archive ouverte UNIGE
http://archive-ouverte.unige.ch

Thesis

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), les politiques de développement sanitaire et leur mise en oeuvre en Afrique centrale entre 1956 et 2000

AYANGMA BONOHO, Simplice

Abstract

L'OMS voit le jour le 7 avril 1948, dans le but d'"affranchir de la maladie" les peuples en leur permettant de "jouir d'une meilleure santé". Elle se positionne rapidement comme la plus importante institution sanitaire du monde, et entreprend de mener ses actions en faveur de l'accompagnement et de l'encadrement des États en matière de santé. Le 22 août 1956, l'Organisation s'installe officiellement à Brazzaville et met en oeuvre ses premières interventions en Afrique centrale. Celles-ci vont progressivement se renforcer dans les années 1980 et visent à remédier à une situation sanitaire précaire aggravée par le sous-financement étatique des services de santé nationaux. Ce travail analyse le rôle de l'OMS dans les progrès sanitaires réalisés par les pays de l'Afrique centrale entre 1956 et 2000, en étudiant les politiques d'hygiène, de formation des personnels de santé et les campagnes d'éradication des maladies. Nous nous interrogeons toutefois sur les effets potentiellement déstructurants de ces politiques pour les pays de l'Afrique centrale tant d'un point de vue politique (affaiblissement des [...]

Reference

AYANGMA BONOHO, Simplice. *L'Organisation mondiale de la santé (OMS), les politiques de développement sanitaire et leur mise en oeuvre en Afrique centrale entre 1956 et 2000*. Thèse de doctorat : Univ. Genève, 2019, no. L. 943

DOI : 10.13097/archive-ouverte/unige:119696
URN : urn:nbn:ch:unige-1196967

Available at:
http://archive-ouverte.unige.ch/unige:119696

Disclaimer: layout of this document may differ from the published version.

UNIVERSITÉ DE GENÈVE

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I
……..
CENTRE DE RECHERCHE ET DE FORMATION DOCTORALE EN SCIENCES HUMAINES, SOCIALES ET ÉDUCATIVES
……..
UNITÉ DE RECHERCHE ET DE FORMATION DOCTORALE EN SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
……..

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I
……..
POST GRADUATE SCHOOL FOR SOCIAL AND EDUCATIONAL SCIENCES
……..
DOCTORAL RESEACH UNIT FOR SOCIAL SCIENCES
……..

UNIVERSITÉ DE GENÈVE

Co-tutelle internationale entre
L'Université de Yaoundé I et l'Université de Genève

L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), LES POLITIQUES DE DÉVELOPPEMENT SANITAIRE ET LEUR MISE EN ŒUVRE EN AFRIQUE CENTRALE ENTRE 1956 ET 2000

Thèse présentée et soutenue publiquement en vue de l'obtention du
Doctorat/Ph.D en Histoire économique et sociale et du Doctorat ès Lettres, Histoire Générale

Par
Simplice AYANGMA - BONOHO -
Master en Histoire économique et sociale

Membres du jury de thèse

Président : Ludovic TOURNES (Université de Genève)
Directrice : Sandrine KOTT (Université de Genève)
Co-directeurs : Daniel ABWA (Université de Yaoundé I)
Elie-Claude NDAM NJITOYAP (Université de Yaoundé I)
Membres : Vincent BARRAS (Université de Laujsanne)
Joseph Vincent NTUDA EBODE (Université de Yaoundé II)

Mai 2019

La Faculté des lettres, sur le préavis d'une commission composée de Madame et Messieurs les Professeurs, Ludovic Tournès, président du jury ; Sandrine Kott, directrice de thèse ; Daniel Abwa (Université de Yaoundé I), co-directeur de thèse ; Elie-Claude Ndam Njitoyap (Université de Yaoundé I), co-directeur de thèse ; Vincent Barras (Université de Lausanne), Joseph Vincent Ntuda Ebode (Université de Yaoundé II), autorise l'impression de la présente thèse, sans exprimer d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Les Universités de Yaoundé I et de Genève n'entendent donner aucune approbation, ni improbation aux opinions émises dans cette thèse. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.

À la mémoire de Mikel et de Kendy,

À toute la communauté scientifique,

À tous ceux qui souffrent de maladies de toutes sortes,

Nous dédions ce travail.

Remerciements

Il nous a semblé nécessaire, au moment où s'achève ce travaill de recherche, de témoigner notre reconnaissance à celles et ceux sans qui ce projet n'aurait jamais été réalisé. La dette accumulée auprès de ces nombreuses personnes, au cours de ces cinq années de recherche, ne saurait malgré tout, être effacée par ces quelques lignes.

Par leurs suggestions et leurs encouragements, nous tenons à remercier prioritairement nos encadreurs, les Professeur(e)s Daniel Abwa, Sandrine Kott, et Elie-Claude Ndam Njitoyap. Ils ont accepté de nous diriger, en dépit de leurs multiples occupations. Dans un climat empreint de convivialité et de proximité, ils ont su nous guider sur ce chemin exigeant de la recherche académique. Nous osons croire que leurs conseils transparaîtront dans ce travail. Qu'il nous soit permis ici de leur témoigner notre reconnaissance, pour tout ce qu'ils ont fait de bien pour l'avancement de notre travail, et notamment pour leur patience et leur disponibilité dans la relecture de nos différents brouillons, leurs corrections et critiques toujours bien stimulantes, leurs conseils pratiques et les encouragements qu'ils n'ont pas hésité à formuler.

Nous voudrions tout aussi bien manifester notre gratitude envers l'ensemble des enseignants des Universités de Yaoundé I, de Genève, de Marien Ngouabi, Omar Bongo, etc., pour l'expérience enrichissante et pleine d'intérêt qu'ils nous ont fait vivre tout au long de ces années de recherche qui s'achèvent. Nous pensons tout particulièrement aux Professeur(e)s Philippe Blaise Essomba, Samuel Efoua Mbozo'o, Matthias Schulz, Ludovic Tournès, Aline Helg, Joelle Droux, Damiano Matasci, Marie-Luce Desgrandchamp, Scolastique Dianzinga, Joachim-Emmanuel Goma-Thethet, Hugues Mouckaga, Abraham Nyama, Armande Longo, etc. Nous tenons enfin à remercier le Pr. Vincent Barras, Directeur de l'Institut des Humanités Médicales de l'Université de Lausanne, pour ses multiples invitations aux séminaires d'Histoire Globale de l'Institut, pour son soutien et pour ses encouragements.

De nombreuses structures et institutions de financement de la recherche n'ont menagé aucun effort pour nous soutenir dans la réalisation de ce travail. Il s'agit de la Confédérantion Suisse, pour la Bourse d'Excellence qu'elle nous a fait l'honneur de nous accorder en 2015 ; du Groupe européen Coimbra ; de la Faculté des Lettres de l'Université de Genève ; et du Fonds National Suisse de la Recherche Scientifique (FNS), sans lequel notre second séjour à Brazzaville n'aurait jamais été possible. À toutes et à chacune d'elles, nous tenons à témoigner notre reconnaissance.

Notre affection et notre estime vont également à l'endroit de celles et ceux qui ont eu la patience de relire, de corriger, et critiquer tout ou une partie de ce travail : Socrates Litsios, Pierre Lutgen, Guillaume Lachenal, Philip Havik, Michel Christian, Roval Caprice Goma-Thethet, Diego Buriot, Laure Mélanie Puiguet, Véronique Stenger, Paulos Asfa, etc.

Nous tenons à remercier l'ensemble des personnels des archives à Yaoundé, à Brazzaville, à Libreville, à Genève, à Paris, et à Bruxelles, pour leur professionnalisme et leur disponibilité devant nos nombreuses requêtes. De même, nous devons beaucoup à tous ces informatrices et informateurs qui ont bien voulu répondre à nos questions. Les entretiens qu'ils nous ont accordés ont ajouté une dimension et une profondeur à notre étude.

Nos sincères remerciements à son Excellence le Dr. Komidor Njimoluh, Ambassadeur extraordinaire et plénipotentiaire du Cameroun au Congo, pour son accueil chaleureux à Brazzaville, et pour ses encouragements répétés. Nous tenons aussi à remercier Simon et Camille Toulou, Armelle Pichon, de nous avoir toujours soutenu et souvent hébergé durant nos différents séjours de recherche à Genève et à Paris.

À toute la famille Bonoho, et tout particulièrement à notre chère mère Madame Bonoho née Adiana Isabelle, qu'elle trouve, dans la réalisation de ce modeste travail, le fruit de ses indéfectibles efforts. À tous nos frères et sœurs, s'ils n'ont pas pu contribuer directement au contenu de ce travail, ils nous ont fait l'inestimable cadeau de souffrir silencieusement de nos instabibilités, absences, et surtout de nous aider à nous remettre en orbite lorsque nous broyions du noir.

À tous nos amis, Landy Yannick Nkenge, Guy Christophe Eloundou Onguéné, Brice Lemana Assé, Hilaire Mbessé, et particulièrement à Perpétue Monyoko pour son soutien moral ; à tous nos camarades de promotion, qu'ils puissent trouver en ce travail l'expression de notre complicité. Que toutes celles et ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce travail trouvent ici un remerciement chaleureux.

Sommaire

Remerciements iii

Sommaire v

Liste des sigles et des abréviations vi

Résumé xii

Summary xiii

INTRODUCTION 1

PREMIÈRE PARTIE : INTERNATIONALISER LES PROBLÈMES DE SANTÉ DES TERRITOIRES DOMINÉS D'AFRIQUE CENTRALE : ENTRE EXPLOITATION COLONIALE, CRISES ET RECONSTRUCTIONS 23

Chapitre I : L'Office international d'Hygiène Publique (OIHP), l'Organisation d'Hygiène de la Société des Nations (OHSDN) et les territoires dominés d'Afrique centrale : une internationalisation des problèmes de santé des colonies 25

Chapitre II : De l'avènement de l'OMS à son implantation en Afrique centrale : entre régionalisation et régionalisme 66

DEUXIÈME PARTIE : POLITIQUES INTERNATIONALES DE DÉVELOPPEMENT SANITAIRE EN AFRIQUE CENTRALE : ENTRE CIRCULATION ET LOCALISATION 130

Chapitre III : La fabrique des politiques internationales de développement sanitaire : acteurs et réseaux d'acteurs 132

Chapitre IV : Les politiques sanitaires de l'OMS en Afrique centrale : entre circulation et localisation 214

TROISIÈME PARTIE : POLITIQUES INTERNATIONALES DE DÉVELOPPEMENT SANITAIRE EN AFRIQUE CENTRALE : ENTRE PRATIQUES, IMBRICATIONS ET RÉPERCUSSIONS 272

Chapitre V : L'internationalisation de la lutte contre les maladies en Afrique centrale post indépendante : le cas de la trypanosomiase humaine africaine (THA) 274

Chapitre VI : De la mise en œuvre des politiques sanitaires de l'OMS en Afrique centrale : cas de la lutte contre le paludisme (1950-2000) 325

Chapitre VII : L'impact de la mise en œuvre des politiques sanitaires de l'OMS en Afrique centrale 383

CONCLUSION 452

ANNEXES 461

Sources et références bibliographiques 489

INDEX 557

Tables des cartes, figures, illustrations, images et tableaux 566

Table des matières 569

Liste des sigles et des abréviations

ADB : Archives Diplomatiques de Bruxelles

ADP : Archives Diplomatiques de Paris

ADPIC : Aspects du Droit de Propriété Intellectuelle qui touchent au Commerce

AEF : Afrique Equatoriale Française

AFD : Agence Française de Développement

AGETAC/GATT : Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce/*General Agreement on Tariffs and Trade*

AIA : Association Internationale Africaine

AID/USAID : *Agency of International Development/Unitde States Agency of International Development.* En français : Agence des États-Unis pour le Développement International

AMI : Assistance Médicale aux Indigènes

AMINA : Assistance morale aux indigènes nord-africains

AMS/WHA : Assemblée Mondiale de la Santé/World Heath Assembly

AMSP-CMR : Archives du Ministère camerounais de la Santé Publique

AMVTN : *African Malaria Vaccine Testing Network*

ANC : Archives Nationales du Congo

ANG : Archives Nationales du Gabon

ANY : Archives Nationales de Yaoundé

AOF : Afrique Occidentale Française

AOMS/BZV : Archives de l'OMS à Brazzaville

AOMS/GVA : Archives de l'OMS à Genève

APHA : *American Public Health Assocociation*

ASC/ASV : Agents de Santé Communautaire/Agents de Santé des Villages

AUCAM : Association Catholique d'Aide aux Missions

AusAID : Australian Agency for International Development

BAD : Banque africaine de développement

BM : Banque Mondiale

BPITT : Bureau Permanent International de la Tsé-tsé et de la Trypanosomiase

BR/AFRO : Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique

BR/EMRO : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée Orientale

CAPP : Centrale d'Approvisionnement Pharmaceutique Provinciale

CCHP : Comité Consultatif d'Hygiène Publique

CCTA : Commission pour la Coopération Technique en Afrique au Sud du Sahara

CDC : Centre for Disease Control and Prevention

CE/EB : Conseil Exécutif/Executif Bord

CEA : Commission Économique pour l'Afrique

CENAME : Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables médicaux Essentiels

CENAREST : Centre National de Recherche Scientifique et Technologique

CES/ECOSOC : Conseil Économique et Social/Economic and Sociale Commission

CESSI : Centres d'Enseignement Supérieurs en Soins Infirmiers

CFA : Compagnie Française de l'Afrique

CH : Comité d'Hygiène

CHU : Centre Hospitalier et Universitaire

CIAME : Centre Intermédiaire d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels

CMC : *Christian Medical Commission*

COE/WCC : Conseil Œcuménique des Eglises*/World Council of Churches*

CQ-R : Chloroquino-Résistance

CR : Comité Régional

CR/ARFO : Comité Régional de l'OMS pour l'Afrique

CS : Centre de Santé

CSA : Conseil Scientifique Africain

CSD : Centre de Santé de District

CSI : Centre de Santé Intégré

CSIRT : Conseil Scientifique International de Recherche sur les Trypanosomiases

CSMQ : Conseil Sanitaire Maritime et Quarantenaire d'Alexandrie

CSTR : Commission Scientifique, Technique et de la Recherche

CUSS : Centre Universitaire des Sciences de la Santé

DCOOP : Direction de la Coopération

DDT : Dichloro-Diphenyl-Trichloroethane

DFID : Department for International Development

DG/OMS : Directeur Général de l'OMS

DGA/OMS : Directeur Général Adjoint de l'OMS

DIH : *Division of International Health*

DLD : Dieldrine

DPI : Droit de Propriété Intellectuelle

DPM : Direction de la Pharmacie et du Médicament

DR/AFRO : Directeur Régional de l'OMS pour l'Afrique

DR/OMS : Directeur Régional de l'OMS

DS : District de Santé

EDF : *Environmental Defence Fund*

EMA : Agence Européenne des Médicaments

ES : Éducation pour la santé

EURO : European Regional Office/Bureau Régional de l'OMS pour l'Europe

FAC : Fonds Français d'Aide et de Coopération

FAO : Food and Agriculture Organization/Fonds des Nations Unies pour l'Agriculture

Fédecame : Fédération des Centrales d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels

FICB : Fédération des Industries Chimiques Belges

FIIM : Fédération Internationale de l'Industrie du Médicament

FISE : Fonds International de Secours à l'Enfance

FMI : Fonds Monétaire International

FOM : France d'Outre-Mer

FOMETRO : Fonds Médical Tropical belge

FOMULAC : Fondation Médicale de l'Université de Louvain au Congo

Franc CFA : Franc de la Communauté Française d'Afrique

GB : Grande Bretagne

GG : Gouvernement Général

GOBI-FFF : GOBI (**G** = Growth monitoring to detect undernutrition in small children ; **O** = Oral rehydratation therapy to treat childhood diarrhea ; **B** = Breastfeeding ; **I** = Immunization. **FFF** = Food supplements, Family planning and Female education

GSK : GlaxoSmithKline

GTZ/GIZ : *Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit*

HC : Hôpitaux Centraux

HG : Hôpitaux Généraux

IB/BI : Initiative de Bamako/Bamako Initiative

ICA : *International Cooperation Administration*

ICPHC : *International Conference on Primary Health Care*

IMT : Institut de Médecine Tropicale

IPG : Industrielle Pharmaceutique du Gabon

IPHAMETRA : Institut de Pharmacopée et de Médecine Traditionnelle

IRD : Institut de Recherche pour le Développement

ISONU : Institutions Spécialisées des Nations Unies

J.O. : Jeux Olympiques

JICA : Japan International Cooperation Agency

JOAEF : Journal Officiel de l'Afrique Équatoriale Française

JOC : Journal Officiel du Cameroun

JORF : Journal Officiel de la République Française

LWF : *Lutheran World Federation*

MAE : Ministère des Affaires Etrangères

ME/ED : Médicaments Essentiels/Essential Drugs

MII : Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide

MIM : *Multilateral Initiative on Malaria*

MINFOM : Ministre de la France d'Outre-Mer

MINSANTE : Ministère de la Santé

MOD : *Ministry of Overseas Development*

MRC : *Medical Research Council*

NAC : *National African Compagny*

NAS : *National Academy of Sciences*

NOEI : Nouvel Ordre Economique International

NU : Nations Unies

OAA : Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (devenue plus tard FAO : Food and Agriculture Organization)

OCEAC : Organisation pour la Coordination de la lutte contre les Grandes Endémies en Afrique centrale

ODC : *Overseas Development Council*

OHSDN : Organisation d'Hygiène de la Société des Nations

OI : Oragnisation internationale

OIC : Organisation Internationale du Commerce

OIHP : Office International d'Hygiène Publique

OIS : Organisations Internationales de Santé

OMC : Organisation Mondiale du Commerce

OMS/WHO : Organisation Mondiale de la Santé/World Health Organization

ONAPHARM : Office National Pharmaceutique du Cameroun

ONG : Organisation non-gouvernementale

ONPC : Office national des pharmaciens du Cameroun

ONU : Organisaton des Nations Unies

ONVPP : Office National de Vente des Produits Pharmaceutiques du Congo

ORSTOM : Office de Recherche Sccientifique et Technique Outre-Mer

OUA : Organisation de l'Unité Africaine

PAME/APED : Programme d'action pour les médicaments essentiels/*Action Program for Essential Drugs*

PD : *Parasistic Diseases*

PEAT : Programme Élargi d'Assistance Technique aux Territoires Insuffisamment Développés

PED : Pays en Développement

PEV : Programme Élargi de Vaccination

PF : Planification familiale

PMI : Centre de Protection Maternelle et Infantile/Protection Maternelle et Infantile

PNDS : Plan National de Développement Sanitaire

PNLP : Programme National de Lutte contre le Paludisme

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

PS/HP : Promotion de la Santé/Heath Promotion

RBM : *Roll Back Malaria*

RCA : République Centrafricaine

RDC : République Démocratique du Congo

RF : *Rockefeller Foundation*

S.N.E.P. : Service National d'Éradication du Paludisme

SALT : *Strategic Arms Limitation Talks*

SDN : Société des Nations

SG/AEF : Secrétaire Général de l'Afrique Equatoriale Française

SG/OUA : Secrétaire Général de l'OUA

SH : Section d'Hygiène

SHMP : Services d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie

SMI : Santé Maternelle et Infantile

SMS : *Short Message Service*

SPT/2000 : Santé Pour Tous en l'an 2000

SRT : Série de Rapports Techniques

SSB : Services de Santé de Base

SSP/PHC : Soins de Santé Primaires/Primary Health Care

SSPC/CPHC : Soins de Santé Primaires Complets/Comprehensive Primary Health Care

SSPS/SPHC : Soins de Santé Primaires Sélecttifs/Selective Primary Health Care

SYNAME : Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels

TB : Tuberculose

THA : Trypanosomiase Humaine Africaine

TOM : Territoires d'Outre-Mer

TSS : Techniciens Supérieurs de la Santé

TV : Télévision

UCM : Unité de Cession du Médicament

UE : Union Européenne

UNESCO : Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

UNRRA : United Nations Relief and Rehabilitation Administration/Administration des Nations Unies pour les Secours et la Reconstruction

UPC : Union des Populations du Cameroun

URSS : Union des Républiques Socialistes Soviétiques

USA : United States of America

VIH/SIDA : Virus de l'Immunodéficience Humaine/Syndrome de l'Immunodéficience Acquise

ZEP : Zone Pilote d'Expérimentation

Résumé

L'OMS voit le jour le 7 avril 1948, avec comme but d'"affranchir de la maladie" les peuples en leur permettant de "jouir d'une meilleure santé". Elle se positionne rapidement comme la plus importante institution sanitaire du monde et entreprend de mener ses actions en faveur de l'accompagnement et de l'encadrement des États en matière de santé. Le 22 août 1956, l'organisation s'installe officiellement à Brazzaville et met en œuvre ses premières interventions dans la sous-région méso africaine. Celles-ci se renforcent progressivement dans les années 1980 et visent à remédier à une situation sanitaire précaire aggravée par le sous-financement étatique des services de santé nationaux.

L'objectif de ce travail de recherche situé au croisement de trois historiographies (celle de la santé, celle des organisations internationales et celle du développement) est d'analyser le rôle joué par l'organisation dans la situation sanitaire des pays de la sous-région entre 1956 et 2000, en étudiant les politiques d'hygiène, de formation des personnels de santé et l'organisation des campagnes d'éradication des maladies. Nous nous interrogeons sur les effets potentiellement déstructurants de ces politiques pour les pays d'Afrique centrale, tant d'un point de vue politique (affaiblissement des États et dépendance accrue aux politiques sanitaires globales) et économique (déstructuration des tissus économiques liés aux secteurs pharmaceutiques nationaux) que socio-culturel (abandon des processus locaux de médication et de médicalisation).

Afin de pouvoir évaluer ces effets des politiques globales de santé en Afrique centrale et dresser un bilan des actions de l'OMS sur ce terrain, notre travail s'est appuyé sur les outils méthodologiques de l'histoire transnationale. Celle-ci entend connecter les différentes histoires nationales (ex-puissances coloniales : France, Belgique, Espagne ; et ex-colonies : Congo, République démocratique du Congo, Gabon, Guinée équatoriale). Elle insiste, tant sur leurs divergences et leurs convergences, que sur la mise en perspective des relations qui les lient à une échelle variable. La question de la réception de ces mesures de l'OMS par les États-nationaux et les populations constitue ainsi l'aspect central de ce travail.

Mots clés : OMS, santé, politiques sanitaires, développement, Afrique centrale

Summary

The WHO was born April 7, 1948, with the aim of freeing peoples for disease, by allowing them to "enjoy better health". It is rapidly positioning itself as the most important health institution in the world and undertakes to carry out its actions in favor of the accompaniment and supervision of states in the field of health. On August 22, 1956, the organization officially moved to Brazzaville and implemented its first interventions in the Meso-African subregion. These interventions gradually strengthen in the 1980s and aim to remedy a precarious health situation aggravated by the state underfunding of national health services.

The aim of this research work at the crossroads of three historiographies (that of health, that of international organizations and that of development) was to analyze the role played by the organization in the health situation of the countries of the subregion between 1956 and 2000, by studying hygiene policies, training of health personnel and disease eradication campaigns. We wonder about the potentially destructuring effects of these policies for the countries of Central Africa, from a political point of view (weakening of States and increased dependence on global health policies), economic (destructuring of the economic fabrics linked to the national pharmaceutical sectors) and socio-cultural (abandonment of local processes of medication and medicalization).

In order to be able to evaluate the effects of global health policies in Central Africa and to take stock of WHO's actions in this field, our work has relied on the methodological tools of transnational history. It intends to connect the different national histories (ex-colonial powers: France, Belgium, Spain and former colonies: Congo, Democratic Republic of Congo, Gabon, Equatorial Guinea). It insists, both on their divergences and their convergences, and on putting in perspective the relations which bind them on a variable scale. The question of the reception of these WHO measures by the national-states and the populations was thus the central aspect of this study.

Keywords: WHO, health, health politicies, development, Central Africa

INTRODUCTION

Internationalisation et transnationalisation sont deux termes mobilisés par une diversité de chercheurs issue de plusieurs disciplines. Marquées par la tradition séculaire de leurs deux dimensions (le politique et l'économique), ces deux notions retracent en effet un cadre à l'intérieur duquel se réalise au quotidien, une multitude de travaux de recherche. Il apparaît cependant que les auteurs qui les emploient ne les définissent préalablement presque jamais, de telle sorte qu'il est courant que l'une soit indifféremment utilisée à la place de l'autre.

Pour ce qui est de la première notion, elle renvoie au processus dans lequel un État ou un organisme international intervient dans les affaires intérieures d'un autre État, en raison surtout des incidences internationales de celles-ci. L'internationalisation[1] s'applique ainsi aux échanges de diverses natures entre différentes nations : économique, politique, socio-culturels, etc., mais aussi aux rapports qui en découlent, qu'ils soient pacifiques ou conflictuels, complémentaires ou tout simplement concurrentiels[2]. C'est dire en tout que l'internationalisation est porteuse d'importants effets d'exclusion, mis en lien avec la division du travail militant[3]. Elle se singularise par un *scale shift* (un changement d'échelle), au sens où l'entendent Tarrow et McAdam[4]. Au principe de ce processus se trouvent les « valeurs », les raisons d'ordre financier et le caractère parfois mobile des réseaux.

L'émergence du transnational comme réalité et catégorie[5] permet de mettre à nu la nuance qui se dégage entre les deux notions. C'est en effet entre les années 1960 et 1970 que l'expression « transnational » fait son apparition – dans le monde académique du moins[6] – dans

[1] Elle désigne en économie, la stratégie qui consiste à développer une entreprise au-delà de son marché national d'origine. Le principe ici consiste à implanter des unités de production dans d'autres pays ou alors de conquérir plusieurs marchés nationaux.

[2] G. Rocher, « La mondialisation : un phénomène pluriel », in D. Mercure, *Une Société-monde ? Les dynamiques sociales de la mondialisation*, Québec, Les Presses de l'Université de Laval et De Boeck Université, 2001, pp. 17-31. Voir aussi *Encyclopédie l'Agora*. « Mondialisation », [en ligne], consulté le 7 juin 2017. URL : http://agora.qc.ca/dossiers/Mondialisation

[3] J. Siméant, « Transnationalisation/internationalisation », in O. Fillieule et *al*., *Dictionnaire des mouvements sociaux*, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.), « Références », 2009, pp. 554-564.

[4] D. Della Porta, S. Tarrow (eds), *Transnational Protest and Global Activism*, Lanham (Md.), Rowman and Littlefield, Coll. « People, Passios, and Power », 2005.

[5] S. Latouche, « La transnationalisation, la crise du développement et la fin du Tiers Monde », in *Tiers-Monde*, Tome 29, n°114, 1988, pp. 253-269.

[6] L'expression aurait vraisemblablement été utilisée pour la première fois par l'essayiste progressiste étatsunien Randolph Bourne, dans un article intitulé « Trans-National America », paru en juillet 1916 dans *The Atlantic Monthly*. L'auteur entendait ainsi désigner des phénomènes d'appartenance multiple des immigrants aux États-Unis, en réaction surtout aux doctrines assimilationnistes anglo-saxonnes. Il percevait de ce fait, dans un contexte de Première Guerre mondiale, de manière positive ce phénomène, étant donné que l'Amérique à même d'engendrer un nouveau cosmopolitisme, pouvait de ce fait favoriser le développement moral et économique du pays. Elle favoriserait du même coup, une unité patriotique, par un apprentissage progressif des règles et codes politiques américains par l'ensemble de ces migrants qui en dépit de tout, garderaient leurs spécificités culturelles.

le cadre surtout de la « politique transnationale », ou des « relations transnationales » prônées par les auteurs comme Karl Kaiser et Walter Bühl, ou encore Robert Keohane et Joseph Nye[7]. Telle que développée par ces deux derniers auteurs, la théorie transnationaliste rejette le modèle explicatif des relations internationales centré sur l'État, sur la place prédominante accordée aux rapports de puissance, sur la séparation artificielle entre politiques « du dedans » et celle « du dehors »[8]. Est ainsi considéré comme transnational, l'ensemble des interactions entre les individus, les groupes, les organisations et les pays visés qui, en opérant à travers les frontières, forment par la même occasion une structure cohérente qui va largement au-delà du modèle de l'État-nation. Une relation transnationale met ainsi en rapport, soit des acteurs non-étatiques entre eux, soit alors des acteurs non-étatiques avec des États. C'est pourquoi ces relations échappent totalement ou partiellement au contrôle et aux politiques menées par les États[9]. La dynamique de transferts entre sociétés[10], qui se met en place par la suite, de même que les réseaux transnationaux qui en résultent (produits parfois de ces transferts), constituent l'un des principaux domaines d'étude de l'histoire transnationale.

Au-delà des nuances qui existent entre ces deux concepts, il convient de souligner que l'un et l'autre processus supposent une éclosion des « espaces élargis de définition des causes » – des causes sociales, convient-il d'ajouter – qui permettent de diversifier les niveaux d'intervention et surtout de prise de parole, mais aussi, une démultiplication des possibilités permanentes de conflits et de malentendus[11], comme nous verrons par exemple dans le cadre de la formulation des politiques internationales de santé, et de la meilleure manière de les mettre en œuvre aux niveaux régional, national et local. Il apparaît ainsi clairement qu'aucune étude digne d'intérêt, et qui plus est, s'intéresse à l'histoire des organisations internationales (OI), ne saurait se mener sans faire référence à l'une ou l'autre de ces notions. C'est pourquoi nous ambitionnons, à partir de l'analyse des dynamiques d'internationalisation et/ou de transnationalisation des politiques publiques internationales de santé, de faire la lumière sur la

---

Voir à cet effet S. Chena, « L'État dans les relations transnationales : Le cas de l'espace saharo-sahélien », in *NAQD*, n°3, 2014/1, pp. 113-132.

[7] R. O. Keohane, J. S. Nye, *Power and interdependance: World politics in transition*, New York, Longman, 1977 ; A. Wimmer, N. G. Schiller, « Methodological Nationalism, the Social Sciences, and the Study of Migration: an Essay in Historical Epistemology », in *International Migration Review*, Vol. 37, n°3, 2003, pp. 576-610 ; *International Organization*, Vol. 25, n°3, 1971.

[8] D. Batistella, *Théories des relations internationales*, 3e édition mise à jour et augmentée, Paris, Sciences-Po Les Presses, 2009, chap. 6.

[9] *Ibid*., p. 217.

[10] D. Stone, « Transfer agents and global networks in the "transnationalization" of policy », in *Journal of European Public Policy*, Vol. 11, n°3, 2004, pp. 545-566.

[11] J. Siméant, « Transnationalisation/internationalisation », p. 559.

mise en œuvre par l'OMS des politiques de développement sanitaire en Afrique centrale, entre 1956 et 2000.

Réfléchir sur la mise en œuvre des politiques de développement sanitaire en Afrique centrale : objectifs, intérêts et motivations

La présente étude poursuit quatre objectifs spécifiques. Il est question : d'analyser les politiques d'hygiène, de formation des personnels de santé et des campagnes d'éradication des maladies ; d'évaluer la réception de ces mesures de l'OMS par les gouvernements nationaux et les communautés locales ; d'examiner l'impact de ces mesures sur ces communautés ; et enfin, de comprendre l'articulation entre politiques globales et mises en œuvre régionales, nationales et locales.

Notre étude des dynamiques d'internationalisation des politiques publiques de santé et leurs répercussions sur les communautés locales, revêt un triple intérêt : scientifique, didactique et politique. Sur le plan scientifique, il est question de contribuer aux débats en cours sur la santé et le développement, deux thématiques d'une brûlante actualité. Il s'agit en effet de parvenir à une meilleure interprétation, explication et compréhension de la mise en œuvre par l'OMS des politiques de développement médico-sanitaires en Afrique centrale. Le second intérêt est didactique, dans la mesure où ce travail de recherche offre une vue panoramique et prospective sur les dynamiques des interactions en matière sanitaire entre responsables (internationaux et régionaux) de l'OMS, élites nationales et communautés locales d'Afrique centrale. Nous avons, à ce niveau, tenté d'examiner le degré d'implication de l'organisation dans le système sanitaire de cette sous-région, en vue de mesurer son impact sur le développement politique, économique et socio-culturel. D'un point de vue politique enfin, notre travail de thèse vise à montrer comment se fait la mise en place, au sein de l'OMS, d'un cadre normatif et réglementaire, constitutif du *Soft power* (puissance douce)[12] tel développé par J. S. Nye, et qui s'applique aux différents États membres, notamment aux pays dits en développement. Il est pour nous question d'évaluer l'importance de ces normes et de ces règles dans les politiques sanitaires nationales.

Un tel projet d'évaluation de l'importance des normes et des règles, dans les politiques sanitaires des États de la sous-région, trouve une justification dans les rapports plus ou moins étroits que le chercheur entretient avec son objet d'étude. Depuis notre plus bas âge en effet, de

[12] Il s'agit de l'ensemble des moyens non-coercitifs de l'influence étatique dans les relations internationales. Voir J. S. Nye, *Soft Power: The Means to Success in World Politics*, New York, Publics Affairs, 2004.

nombreux événements directement liés à notre santé ou à celles de nos proches nous ont marqué de manière particulière. Il s'agit premièrement de la santé fragile de notre frère jumeau qui, à l'âge de quatre ans, a été contraint de rester alité pendant au moins trois mois à l'hôpital militaire de Yaoundé. Il s'en est tiré certes, mais ce premier contact direct avec la maladie, en transformant très tôt nos rapports aux malades et aux structures de prise en soins, a aussi laissé en nous comme une empreinte quasi indélébile.

Quelques mois après son rétablissement, nous sommes inscrits à l'école maternelle où nous avons été, en cette fin des années 1980 – début 1990, les témoins vivants de la distribution de masses des cachets de nivaquine. Le souvenir de ces camarades refusant de les consommer, en raison parfois d'une interdiction parentale – fruit des rumeurs qui circulaient autour et/ou des effets secondaires souvent désagréables de ce médicament –, est resté vivace. Il en est de même de la pression exercée sur ces derniers par les enseignants. Un scénario qui s'est poursuivi également à l'école primaire. Devenu adolescent, nous avons été les témoins du décès de plusieurs jeunes enfants de notre quartier, lorsque ce n'était pas un ami, un frère ou un camarade, qui se trouvait paralysé d'une jambe, à la suite d'une injection à la quinine. Nous en avons connu au moins quatre dans notre entourage, parmi lesquels Kengne et Nyossi sont les seuls dont les noms nous reviennent. Ils traineront sans doute, tout le long de leur vie, ce handicap.

Chacun de ces marqueurs, encore très présents dans notre esprit, a éveillé en nous un certain nombre de questions en rapport avec la santé, le bien-être des populations et leurs liens supposés ou réels avec les institutions nationales et internationales. Le croisement entre cet intérêt et la curiosité du chercheur, et surtout la conscience que nous avions de l'existence d'une instance internationale intéressée aux questions de santé, mais aussi de ses interventions sur le continent nous a conduit, en 2012, à soutenir un premier travail de mémoire, sur le développement de la santé au Cameroun. Non satisfait des résultats assez sommaires de ce premier travail, et surtout soucieux de répondre aux interrogations qui restaient encore posées, nous avons voulu le poursuivre, en prolongeant le raisonnement dans un espace et un temps relativement plus vastes.

Préciser ainsi qu'il existe un lien « étroit, intime et [tout à fait] personnel » entre nous et notre objet d'étude, permet de lever l'équivoque sur « les faux-semblants [d'une] impersonnalité » dans les sciences historiques, et « le caractère précaire de sa garantie »[13].

[13] P. Nora, *Essais d'ego-histoire. Maurice Agulhon, Pierre Chaunu, Georges Duby, Raoul Girardet, Jacque Le Goff, Michelle Perrot, René Rémond*, Éd. Gallimard, « Bibliothèque des Histoires », 1987.

Cette question du lien entre le chercheur et son objet d'étude pourrait laisser conclure hâtivement, que nous nous serions livré à un essai d'égo-histoire. Conscient du biais que ce lien pouvait entraîner, nous avons essayé, tant que faire ce peu, d'opter pour une nécessaire distanciation et réflexivité. Si au-delà de ces précautions méthodologiques et efforts d'objectivation notre « intelligence historique du présent » aurait prédominé, cela ne tendrait que trop bien à confirmer l'évidence de « l'ébranlement des repères classiques » de l'objectivité en histoire[14], mais aussi à renforcer le regard que doit avoir l'historien de lui-même, comme « objet d'enquête »[15].

Ce lien étroit, entre l'objet d'étude et le chercheur, peut aussi justifier – en partie au moins –, les considérations citoyennes qui ont guidé cette réflexion. Nous osons en effet croire que nos analyses permettront de rectifier les incorrections et imperfections observées dans le cadre des rapports de collaboration entre l'OMS et les principaux États-membres – surtout ceux d'Afrique centrale – et contribueront à inspirer les actions et modes de fonctionnement des acteurs en développement, les hommes politiques des pays subsahariens, ainsi que les fonctionnaires internationaux. Nous espérons avoir atteint le but que nous nous étions fixé au début de ce travail : produire un travail de thèse novateur qui présentera les actions de l'OMS, dans le développement de la santé en Afrique centrale, et leur mise en œuvre, à partir d'une enquête de terrain approfondie. Nous avons par ailleurs tenté de livrer une analyse des distorsions, entre les projets pensés au niveau global, voire régional, et les mises en œuvre nationales et locales. La question du rôle des États-nationaux dans ces politiques a ainsi constitué un élément à part entière de cette réflexion.

Le choix de la sous-région méso-africaine comme zone géographique, ou mieux, comme lieu d'observation de la mise en œuvre des politiques internationales de développement sanitaire s'est fait en fonction de l'importance et de la richesse des ressources documentaires et humaines disponibles au siège régional de l'OMS et dans les différents pays de la sous-région : monographies, archives, etc. ; mais aussi de l'opportunité qu'offre ce terrain de répondre mieux que d'autres aux questions soulevées par l'action de l'OMS en Afrique. Il s'agit surtout du Cameroun, de la République du Congo, de la République Démocratique du Congo (RDC), du Gabon et de la Guinée équatoriale. Nous avons effectué dans la majorité de ces pays, un travail de terrain (archives et enquêtes orales), qui permet d'examiner aussi bien le (dys)fonctionnement des systèmes sanitaires, l'inadéquation entre personnel soignant et

[14] *Ibid*., Présentation, p. 5.
[15] *Ibid*., p. 6.

population à prendre en soins, que l'épineux problème du médicament, à partir de l'étude des cas de la lutte contre les épidémies récurrentes : la trypanosomiase et le paludisme. Grâce à l'étude empirique de ces deux cas, au travail d'archives et aux enquêtes orales (perspective microscopique), il a été possible de voir comment se font la circulation et la localisation des savoirs experts en santé publique internationale, et de mettre en évidence certains mécanismes impossibles à observer à une échelle macroscopique.

D'un point de vue chronologique, notre travail s'intéresse à la période allant de 1956 à 2000. Si la première date est celle de l'installation du bureau régional de l'OMS en Afrique (BR/AFRO), la seconde est plus symbolique. C'est celle que l'organisation a fixée pour conduire tous les peuples du monde au niveau de santé le "plus élevé possible". Cette date s'offre donc comme le moment d'un bilan.

La santé, les organisations internationales et le développement dans l'historiographie

Notre travail de recherche se situe à l'intersection de trois historiographies en renouvellement et en expansion : celle de la santé, celle des organisations internationales (OI) et celle du développement. Si l'intérêt accordé par les historiens à la santé et à la médecine permet de mettre en valeur la manière dont les Hommes du passé ont pensé et agi pour maintenir, recouvrer et améliorer leur santé[16], celui accordé aux OI vise une analyse des échanges, connexions et régimes circulatoires entre et par-delà les espaces nationaux[17]. Les travaux sur le développement enfin insistent sur l'origine de ce concept, mieux, sa nature[18], ses buts et ses conséquences, surtout dans les zones du monde où la notion a été importée. La période de l'après-Seconde Guerre mondiale vit naître le projet mondial de "développement", dont le discours du président des États-Unis H. Truman en janvier 1949 est considéré par certains historiens comme le moment originel. Cette croyance généralisée dans la possibilité de développement économique et humain trouve une expression particulière au sein de l'OMS, fondée en 1948, et dans la mise en œuvre d'une politique de développement sanitaire en

[16] A. Klein, S. Parayre (dir.), *Histoire de la santé (XVIIIe-XXe siècles). Nouvelles recherches francophones*, Presses de l'Université de Laval, 2015.
[17] P.-Y. Saunier, « Circulations, connexions et espaces transnationaux », in *Genèses*, n°57, 2004, pp. 110-126. Voir aussi S. Kott, « Les organisations internationales, terrains d'étude de la globalisation. Jalons pour une approche socio-historique », in *Critique internationale*, n°52, 2011/3, pp. 9-16.
[18] G. Rist, *Le développement : Histoire d'une croyance occidentale*, Paris, Les Presses Sciences po, 3ème édition, 2007.

Afrique. La réalisation de ce projet a favorisé l'éclosion d'une abondante littérature sur l'OMS dont une bonne partie est élaborée par l'OMS elle-même ainsi que par certaines OI (la BM, le FMI, le PNUD ou l'UNICEF, et les ONG qui gravitent autour de l'OMS).

Ces travaux plutôt prescriptifs et normatifs se caractérisent toutefois par un manque d'ancrage empirique et d'études rigoureuses de terrain et ne répondent donc que marginalement aux questions que soulève le présent travail de recherche. C'est le cas par exemple des *Rapports sur la santé* produits annuellement par l'OMS. Ils tiennent compte de différents programmes comme les politiques sanitaires[19], l'hygiène et la lutte contre les maladies, à l'instar du paludisme[20] et de la lèpre[21], les campagnes de vaccination[22], etc. Ces publications issues de l'organisation elle-même livrent un matériau essentiellement factuel, en renseignant sur certains acteurs et sur les actions qu'ils mènent sur le terrain. Leur masse rend par ailleurs impossible toute tentative de synthèse.

Outre ces travaux produits par les acteurs du développement, des recherches académiques se sont penchées plus spécifiquement sur le fonctionnement de l'OMS, ainsi que sur la nature de ses actions. Elles les saisissent surtout en termes d'échec[23], ou de nécessaire rénovation[24]. D'autres, au contraire, s'intéressent à l'organisation dans son processus de transition vers une santé publique globale[25]. Se pencher ainsi sur la globalisation des politiques de santé permet de mettre en perspective les échanges et la circulation des savoirs techniques et savoir-faire, afin de rendre compte de l'influence des réseaux transnationaux d'experts (communautés épistémiques) dans le processus de construction des politiques sociales[26], et

---

[19] OMS, *Alma-Ata 1978. Les soins de santé primaires : Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata (URSS), 6-12 septembre 1978. Rapport conjoint de l'OMS et de l'UNICEF*, OMS, Genève, 1978.
[20] OMS, *Stratégie mondiale de lutte antipaludique*, Genève, OMS, 1994.
[21] OMS, Directives concernant la lutte contre la lèpre, Genève, OMS, 1980.
[22] OMS, *Guide pour l'élaboration de politiques nationales de vaccination dans la région africaine de l'OMS*, OMS, Brazzaville, 2017 ; WHO, *Optimization of vaccination schedules in low and middle income countries*, SAGE meeting, 27-29 October 2009 ; UNICEF, *Immunization Summary, The 2009 edition: a statistical reference containing data through 2007*, New York, NY, 2009, etc.
[23] B. Deveaud, B. Lemennicier, *L'OMS : Bateau ivre de la santé publique, les dérives et les échecs de l'agence des Nations Unies*, Paris, l'Harmattan, 1997.
[24] Y. Beigbeder, « L'Organisation mondiale de la santé en transition : la rénovation nécessaire », in *Études internationales* (Québec), Vol. 30, n°3, 1999, pp. 477-491.
[25] T. M. Brown, M. Cueto et E. Fee, *The World Health Organization and the transition from "international" to "global" public health*, Cape Town, Global Health Trust, 2004 ; voir aussi E. Gauvrit, « L'OMS : la santé et le fossé Nord/Sud », in *Cahiers français*, n°302, 2011, pp. 90-96.
[26] P. M. Haas, « Epistemic Communities and International Policy Coordination », *International Organization*, Vol. 46, n°1, 1992, pp. 1-36, voir aussi P. Haas, E. Haas, « Learning to Learn: Improving International Governance », *Global Governance* Vol. 1, n°3, 1995, pp. 255-284 ; E. Haas, *When Knowledge is Power: Three Models of Change in International Organizations,* Los Angeles: University of California Press, 1994 ; S. Kott, « Une « communauté

d'analyser les pratiques de développement comme lieu de déploiement de savoirs et d'expertise. Cette approche du développement fait émerger un questionnement sur l'articulation des politiques globales de santé avec les politiques sanitaires régionales et nationales, voire locales, et met en lumière les limites ou effets pervers de ces politiques de développement[27].

Une référence majeure, pour la réception de ces politiques sur le terrain, est le travail de M. Cueto[28] consacré à la situation en Amérique latine. En Asie, S. Amrith[29] a tenté d'appréhender l'universalisation des questions de santé incarnée par l'OMS comme un processus occidental, un instrument de domination que doivent s'approprier les nationaux. D'où l'appel à la « décolonisation de la santé internationale » qu'il lance. Le but de ce travail de thèse est donc de compenser la rareté des travaux de ce type pour le cas de l'Afrique. Il vise précisément à identifier les effets déstructurants des politiques globales de santé dans les pays de la sous-région méso africaine, aussi bien au niveau politique (affaiblissement des États et dépendance accrue aux politiques sanitaires globales) et économique (déstructuration des tissus économiques liés aux secteurs pharmaceutiques nationaux), que socio-culturel (abandon des processus locaux de médication et de médicalisation). Une partie de cet ouvrage est donc consacrée à la réception de ces mesures de l'OMS par les gouvernements nationaux comme par les populations.

En référence aux travaux de S. Amrith, portant sur l'Inde et l'Asie du Sud-Ouest, l'étude ainsi menée tente de mettre en perspective les ressorts de l'assistance médico-sanitaire internationale, non exempts de présupposés colonialistes, qui structurèrent les premières OI de santé (OIHP/OHSDN) et donnèrent leur essence à l'OMS (cf. Chap. I et II). Les questions liées aux politiques sanitaires que soulève cet auteur, au sujet de l'Asie des années 1930-1960, sont similaires à celles que pose, aujourd'hui encore, l'Afrique. Loin de représenter « la préhistoire d'une conscience internationale globale », elles s'inscrivent au contraire dans la logique d'une histoire longue partagée entre des ruptures et des survivances, et permettent de comprendre les actions de l'OMS sur le continent.

épistémique » du social ? Experts de l'OIT et internationalisation des politiques sociales dans l'entre-deux-guerres », *Genèses*, n°71, 2008/2, pp. 26-46.

[27] S. Latouche, *Faut-il refuser le développement* ?, Paris, PUF, 1986 ; A. Escobar, « Power and Visibility: Development and the Invention and Management of the Third World », in *Cultural Anthropology*, Vol.3, n°4, 1988, pp. 428-443 ; S. Amin, *La faillite du développement en Afrique et dans le Tiers Monde : Une analyse politique*, Paris, L'Harmattan, 1989 ; F. Cooper, *Africa Since 1940 : The Past of the Present*, Cambridge, Cambrigde University Press, 2002.

[28] M. Cueto, « Appropriation and Resistance: Local response to Malaria eradication in Mexico, 1955-1970 », in *Journal of Latin American Studies*, Vol. 37, n°3, Mexico (Aug. 2005), pp. 533-559.

[29] S. Amrith, *Decolonizing International Health: India and Southeast Asia, 1930-1965*, New York, Palgrave, 2006.

La Guerre froide achevée, dans les années 1980, et constamment évoquée comme prétexte, n'aura donc pas sonné le glas des batailles des puissances étrangères pour leurs intérêts en Afrique sur l'arène que constitue l'OMS. Les firmes pharmaceutiques occidentales (états-uniennes notamment) et les différents lobbies qui les encadrent se trouvent ainsi pointés du doigt comme principaux catalyseurs de ces conflits. Ces affrontements expliquent, en partie au moins, la situation désastreuse du secteur du médicament dans le continent, compte tenu de sa centralité dans la prise en compte des problèmes de santé.

Il existe par ailleurs une production historiographique déjà riche sur cette question du médicament. De nombreux travaux s'intéressent par exemple à l'approvisionnement en médicaments[30]. Ils décrivent, entre autres, la situation de ce secteur dans une Afrique orientée vers le phénomène du "médicament de la rue" et/ou du "médicament par terre". Ils s'intéressent aussi aux marchés informels et parallèles des produits médicamenteux[31]. Cette littérature permet de valider l'hypothèse d'un secteur pharmaceutique africain vu comme « essentiellement déséquilibré »[32], et celle du « dysfonctionnement des systèmes de distribution pharmaceutiques formels »[33].

Penser la domination dans les rapports entre les OI et les pays dits en développement

Les OI sont des appareils politiquo-administratifs dont l'importance n'a cessé d'être soulignée dans un contexte d'internationalisation des politiques sociales et de libre-échange, et avec la multiplication des travaux scientifiques sur la « mondialisation » et/ou la « globalisation ». L'une des références associées à la notion d'OI est la réalité institutionnelle du système onusien et ses diverses agences mondiales satellites[34]. La montée en puissance de

---

[30] P. Gish, L. Feller, *Planning Pharmaceuticals for Primary Health Care: The Supply and Utilization of Drugs in the Third World,* Washington, D.C., American Public Health Association (Monograph Series 2), 1979 ; M. Muller, *The Healh of Nations: A North-South Investigation*, London, Faber & Faber, 1982.

[31] C. Baxerres, « Pourquoi un marché informel du médicament dans les pays francophones d'Afrique ? », in *Politique africaine*, n°123, 2011, pp. 117-136 ; L. Assogbe, T. Locoh, « Le marché parallèle des produits pour la contraception et la lutte contre la stérilité à Lomé », in *Études et travaux APEL*, Cotonou, Université du Bénin, Unité de recherche démographique, N°5, 19 p. + annexes, 1985 ; S. Van der Geest, « The Illegal Distribution of western Medicines in Developing Countries: Pharmacist, Drug Pedlars, Injection Doctors and Others. A Bibliographic Exploration », in *Medical anthropology*, Vol. 6, n°4, 1982, pp. 197-219 ; A. Delcaux, J.-J. Lévy, « Cultures et médicaments. Anciens ou nouveau courant en anthropologie médicale ? », in *Anthroplogie et société*, Vol. 27, n°2, 2003, pp. 5-21.

[32] G. Bouvenot, E. Eschwège, *Le médicament, cité des sciences et de l'industrie*, Pocket, 1994.

[33] C. Baxerres, « Pourquoi un marché ? », p. 119.

[34] C. Gobin, J.-C. Deroubaix, « L'analyse du discours des organisations internationales. Un vaste champ encore peu exploré », in *Mots. Les langages du politique*, n°94, 2010, pp. 107-114.

ces institutions inter-étatiques et la mise en « agenda international »[35] des questions et décisions politiques au-delà des cadres nationaux ont été suivies par le repositionnement des OI au sommet de la pyramide des États, et la production régulière d'une pléthore de textes et de discours. L'utilisation prioritaire de ces sources, pour comprendre les rapports des OI aux pays anciennement colonisés, a conduit à former la représentation d'une structure de domination qui tire ses origines de l'entre-deux-guerres, et qui a évolué dans le domaine de la santé publique internationale, avec la naissance de l'OMS en 1948, et l'avènement des indépendances des années 1960.

Les récents travaux sur l'analyse de ces instruments produits par les OI, tentent en effet de remettre à l'ordre du jour les débats sur la circulation des « discours nodaux » et leur recontextualisation[36]. Il s'agit des énoncés « programmatiques » internationaux qui, peu à peu, se muent en discours nationaux légitimes et légitimants[37]. Vu dans ce sens, les ressources produites par ces institutions supranationales tendent à légitimer les théories de la domination, qui insistent sur les concepts d'aliénation, de soumission « morbide » aux lois théocratiques formulées par une classe exploiteuse qui fait triompher son idéologie sur le reste de la société[38]. Les politiques sanitaires internationales édictées par l'OMS ne peuvent, elles-mêmes, se soustraire de telles analyses. L'organisation serait ainsi devenue un instrument d'oppression et de domination, grâce à son noyautage par les anciennes puissances coloniales et les nouveaux États impérialistes comme les États-Unis et l'URSS[39].

Appréhender les choses dans cette perspective serait ainsi ignorer les autres hypothèses pouvant être avancées. L'une d'elles étant celle du pragmatisme, qui tente de mettre à nu, les limites de la faisabilité politique d'une réforme globale, à partir d'un modèle spécifique. L'objectif d'un tel positionnement est de remettre en cause les rapports de pouvoir entre différentes forces en présence[40]. La diversité institutionnelle des systèmes de santé dans le continent permet en effet de postuler une interaction entre les différents acteurs. Ces

---

[35] *Ibid*.
[36] Voir à cet effet N. Fairclough, « Critical discourse analysis », in *Marges linguistiques*, n°9, 2005, pp. 76-94.
[37] C. Gobin, J.-C. Deroubaix, « L'analyse du discours des organisations », p. 110.
[38] M. Serre, F. Pierru, « Les organisations internationales et la production d'un sens commun réformateur de la politique de protection maladie », in *Lien social et Politiques*, n°45, 2001, pp. 105-128.
[39] Cette interprétation est fidèle au postulat déconstructionniste, qui insiste sur les écarts entre la rhétorique sur le développement et les pratiques, en présentant le développement comme un produit de la domination des populations du Sud par ceux du Nord, pour tenter de justifier les échecs des politiques de développement dans les pays dits en développement. Voir à cet effet J.-P. Olivier de Sardan, *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*, Paris, APAD-Karthala, 1995.
[40] M. Serre et F. Pierru, « Les organisations internationales », p. 120.

interactions sont le fruit des négociations, compromis et/ou arrangements qui sous-tendent les rapports entre acteurs, et justifient la fabrique d'un « consensus ».

Les organisations politiques et bureaucratiques, nationales et internationales deviennent, par le fait même, des espaces sociaux composés d'individus socialement situés, et dont les trajectoires sociales et professionnelles sont diversifiées. De ce point de vue, leur insertion dans un tel espace a un impact sur la distribution sociale des ressources et des intérêts qu'elle refaçonne. Ces individus ne peuvent donc ainsi totalement se soustraire aux rapports qu'ils sont supposés entretenir avec le système. On assiste ainsi à une multitude d'« appropriations nationales » du modèle valorisé, dont l'importation par les experts nationaux et locaux participe d'une « sélection » et d'une « retraduction » qui correspondent, le plus souvent, aux besoins et aux traditions nationales[41]. C'est dire en définitive que la mise en place des rapports entre différents acteurs est étroitement liée à l'ampleur des contraintes économiques, le degré d'ouverture et d'exposition à ces expériences étrangères, de même que les capacités différentielles des États (*state capacities*). Ces dernières permettent d'impulser des réformes structurelles, qui seules permettent d'expliquer le maintien des spécificités nationales[42], et d'échapper par le fait même, à toute logique de soumission volontaire ou involontaire.

Un terrain à plusieurs échelles

Le choix des sources (archives ou autres documents imprimées) mobilisées, dans la cadre de cette thèse, a généralement été guidé par des questions pratiques, ou encore la recherche des réponses à des questions qui ont émergé à la suite d'un travail de recherche dans un autre fonds d'archives ou publication. Construire le terrain empirique a nécessité de partir des questions et d'hypothèses théoriques qui se sont progressivement affinées et diversifiées. Chaque problème posé a donc ainsi conduit à mobiliser une source ou à se rendre sur un terrain précis. Ce qui fait considérablement varier la géométrie des fonds consultés. Il a été par ailleurs difficile, au-delà de la diversité des terrains explorés, de construire la « représentativité » de nos sources sur une logique d'exhaustivité. Il apparaît aussi difficile, voire impossible, de garantir une critique rigoureuse desdites sources, encore moins une neutralité axiologique, qui permettrait d'annuler, au moins de manière symbolique, la double subjectivité du producteur et

[41] *Ibid*., p. 123.
[42] R. Freeman, « Policy transfer in the health sector », Florence, Institut universitaire européen, European Forum, Centre Robert Schuman, 1999.

de l'utilisateur. Nous avons toutefois tenté, au mieux, de multiplier les points de vue, pour administrer la preuve. C'est ainsi que notre analyse a été étendue à toutes les échelles : internationale, régionale, nationale et locale.

Entre 2013 et 2015 en effet, nous avons eu accès, au Cameroun, aux Archives Nationales de Yaoundé (ANY), celles du Ministère camerounais de la santé (AMSP-CMR), et celles du Programme national camerounais de lutte contre le paludisme (PNLP-CMR). Nous avons aussi effectué une visite exploratoire en République du Congo, où il a été possible d'évaluer les archives du bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (BR/AFRO). Pendant l'année 2015-2016 passée à Genève, nous avons eu la possibilité de consulter et analyser divers fonds d'archives : ceux de l'OMS à Genève, mais également les archives diplomatiques de Paris et les archives africaines de Bruxelles. L'année 2017-2018, par contre, a surtout été consacrée à un rigoureux travail de terrain dans les archives des pays de la sous-région méso-africaine. Il s'agit surtout des Archives Nationales du Gabon (ANG), et des Archives Nationales du Congo (ANC) ou de l'ex-AEF à Brazzaville. Ce travail documentaire mené dans les archives nationales de ces pays a été articulé à des entretiens semi directifs individuels et de groupe, sur ces mêmes terrains.

L'échelle macro poursuivie à Genève, à Paris et à Bruxelles nous a permis de saisir le discours et la logique des politiques de développement sanitaire, alors que les études de terrain ont permis de saisir les difficultés de mise en œuvre de ces programmes et d'étudier les interactions avec les populations locales. Le travail effectué sur place en Afrique a largement contribué à la réalisation de cet objectif. C'est ici qu'il nous a en effet été possible d'avoir des informations précises sur l'œuvre menée par les experts internationaux sur le terrain, mais aussi de comprendre leurs interactions avec les élites nationales, locales et les communautés, les rapports transmis à Genève par ces experts ne donnant généralement qu'une vision en surplomb des résultats de leurs interventions.

Sur la base de la délimitation de notre objet d'analyse, et des propositions méthodologiques que nous avons formulées, il est apparu impérieux de multiplier les points de vue, les lieux d'observation et les sources nécessaires à la réalisation de cette étude. Cette manière de procéder a rendu possible le croisement des visions macro et micro, afin de parvenir à l'explication et la compréhension globale du phénomène étudié, dans toute sa complexité. L'atteinte de nos objectifs a ainsi nécessité l'utilisation de deux techniques méthodologiques : le travail sur les archives, les revues et autres sources imprimées, et les entretiens. Ce travail nous a aidé à reformuler, de manière progressive, certaines de nos hypothèses, en même temps que de nouvelles questions ont surgi. Le questionnement centré sur les échanges et les pratiques

qui constituent une politique sociale implique la mobilisation d'une diversité de sources produites par un nombre distinct d'institutions et d'acteurs, qui interviennent dans la fabrique, la mise en application, l'appropriation, l'hybridation ou le rejet par les communautés locales, d'une mesure de santé publique.

Des sources diversifiées

Pour atteindre les objectifs que nous nous étions fixés en tout début de ce travail, il a été nécessaire de consulter des sources primaires produites par l'OMS, au siège international à Genève, au BR/AFRO à Brazzaville, ainsi que les archives des agences nationales de l'OMS qui se trouvent à la disposition des chercheurs dans les principaux pays auxquels s'intéresse notre étude. Par ailleurs, nous avons eu accès, aux archives des anciennes puissances coloniales conservées à Paris et à Bruxelles, et en Afrique, il nous a été donné de consulter les fonds archivistiques des différents pays ayant trait à notre objet de recherche. Dans ces pays, nous avons eu accès aux archives nationales traitant des questions de santé et de développement. Il s'agit des archives nationales de Yaoundé, de Brazzaville, et de Libreville.

Les données issues des archives coloniales de l'AEF, conservées aux archives nationales du Congo à Brazzaville, ont été utiles à la contextualisation de notre 1er chapitre, qui traite de l'internationalisation des problèmes de santé dans les colonies. Ces archives sont intéressantes car elles constituent un patrimoine partagé entre le Congo, le Gabon, la Centrafrique, le Tchad et la France. Le fonds « Santé et assistance publique (GG 435-458) », par exemple, offre une documentation importante sur la période 1907-1956. La consultation de ce fonds a rendu possible la compréhension du processus qui a conduit de la signature du traité de Rome le 9 décembre 1907 (portant création de l'OIHP) à l'implantation du BR/AFRO à Brazzaville, en 1956, en passant par l'adhésion des territoires dominés dans les OI de santé en 1929, en vue de rester fidèle à la logique de la longue durée, et d'analyser l'influence de la période coloniale sur les politiques internationales de santé de l'après-indépendance.

Les archives du BR/AFRO, situées dans la même ville, ont aidé à l'objectivation du Chap. II, consacré à l'implantation du bureau régional de l'OMS au Congo. Une première immersion d'un mois à Brazzaville en avril 2013 nous a permis d'évaluer l'importance des sources disponibles. Ce fonds offre une documentation riche et variée sur la constitution de ce bureau, les logiques qui ont présidé à sa création, les enjeux de son implantation et son rôle dans la mise en œuvre des politiques globales de santé dans le continent. Le vœu conçu de

trouver dans ces mêmes archives des informations relatives aux fichiers des personnels régionaux, choisis sur la base de l'importance de leurs interventions, et ceux des experts nationaux et internationaux intervenant dans les programmes de développement sanitaire en Afrique, n'a pas été satisfait. Cela n'a pas été possible, en raison du caractère parfois intime, sensible et confidentiel de ce genre de documents, comme il nous a par ailleurs été confié par certains responsables. L'accès, le dépouillement et l'exploitation de ce type de données aurait servi à la réalisation des biographies collectives (prosopographie) nécessaires à la compréhension des origines socio-politiques et idéologiques de ces acteurs, de leurs parcours, de leurs différentes connexions et des divers réseaux au sein desquels ils interagissent. Une telle approche nous aurait aussi permis de mieux mettre en valeur l'influence que ces réseaux d'acteurs exercent dans la mise en œuvre des politiques de développement sanitaire en Afrique (cf. Chap. III). En l'absence de ces informations sur les personnels régionaux et experts, nous avons dû nous contenter d'une analyse classique des réseaux d'acteurs, en procédant parfois à une identification intuitive de certains de ces groupes, ou sur la base des données empiriques collectées. Ce qui peut constituer l'une des principales faiblesses de ce travail.

La consultation des archives nationales de la RDC à Kinshasa aurait été d'un apport considérable, dans l'objectivation et la contextualisation du V^{e} Chap., qui retrace et analyse la lutte contre la THA en RDC au lendemain des indépendances. Il ne nous a finalement pas été possible de nous y rendre, en raison de l'insécurité liée aux heurts entre les églises et le Gouvernement, et les tracasseries administrives y afférentes. L'accès aux fonds « Archives des Institutions Républicaines de 1960 » et « Archives de la Deuxième République (Zaïre) » nous aurait probablement donné l'occasion de mieux saisir le rôle des élites nationales congolaises et des acteurs locaux dans ce processus. Un aspect que nous entendons développer dans nos recherches futures. Les données par ailleurs collectées aux archives nationales à Libreville et de Yaoundé, de même que dans les archives des bureaux de pays de l'OMS dans ces deux villes ont permis d'avoir une vision située des actions des experts internationaux sur ces terrains. Leur analyse a servi à la rédaction des Chap. VI et VII portant sur la lutte contre le paludisme et sur l'impact au niveau national des politiques globales de santé. En dépit de leur apparente abondance, la consultation et l'analyse des données effectivement collectées ont été achevées dans les meilleurs délais, compte tenu du travail préparatoire que nous avions déjà effectué. Les informations issues de ces fonds archivistiques ont été par la suite combinées aux entretiens semi-directifs individuels et collectifs.

Les sources mobilisées dans le cadre de ce travail de thèse sont de plusieurs types : il s'agit des fonds d'archives - base essentielle de notre travail empirique - ; les données quantitatives utilisées ou construites ; les sources publiées (les publications de l'OMS, la presse, les brochures et les manuels, et la littérature scientifique) ; et les entretiens semi directifs, individuels et de groupe.

Les archives : en dehors des archives de l'OMS à Genève et à Brazzaville, nous avons consulté celles des bureaux pays de l'OMS dans les différents pays intéressés par notre objet d'étude. Par ailleurs, nous avons eu accès aux archives des anciennes possessions coloniales à Paris et à Bruxelles, et celles nationales du Cameroun, du Congo, et du Gabon. Circulaires, arrêtés, instructions et les directives, les lois et les résolutions, correspondances, rapports d'activités, etc., ont ainsi été rigoureusement analysés.

Les données quantitatives : la montée en puissance de l'usage des statistiques, dans la fonction publique internationale, est en grande partie liée à l'émergence de la planification. Il convient donc de souligner la difficulté qu'il y a à faire une économie de la réflexion sur la construction des catégories et des outils statistiques à même de refléter à la fois la vision des sociétés et les données ayant servi de base à la prise des décisions à plusieurs échelles. L'utilisation de ces données chiffrées s'est faite de trois manières : par la reprise des chiffres et catégories produites et utilisées par les institutions internationales et les États-Nations, pour fournir des données « objectives » et nécessaires à la compréhension des décisions. Celles-ci n'ont été utilisées que lorsqu'elles nous ont paru relativement fiables, dans le processus d'établissement des ordres de grandeur. Secondairement, les données statistiques ont été utilisées comme indicateur des modifications des rapports de force au sein des espaces de producteurs des savoirs sanitaires et qui en étudient la sociologie des catégories et des méthodes de production de statistiques et de leurs usages.

Ainsi a-t-il fallu mettre en valeur l'émergence de nouveaux systèmes de comptage, de mise en forme, par des chiffres et des catégories, de la « réalité » médico-sanitaire, les discussions, et les désaccords sur la signification de certaines données, le processus de monopolisation du savoir-faire par les administrations centrales et l'économie de la diffusion ou de la rétention d'informations chiffrées acquérant par la suite une valeur stratégique dans les rapports entre différents acteurs. Troisièmement et en définitive, ces données ont été construites à partir du codage en X variables, selon leurs propriétés matérielles et leur contenu.

Les sources publiées : l'usage des sources écrites dans un travail d'une telle envergure invite à la prudence. Il convient en effet de les resituer dans le contexte de leur production.

Ainsi, qu'il s'agisse des textes officiels de l'OMS, de ses programmes, de la presse écrite, etc., chacun de ces documents est nécessairement passé par une analyse critique rigoureuse.

Les entretiens individuels et collectifs : notre travail documentaire a été articulé à des entretiens semi-directifs individuels et de groupe. Les entretiens individuels réalisés se sont faits essentiellement avec des acteurs identifiés comme « passeurs ». Il s'agit de tous ceux qui, à l'échelle régionale, nationale et locale, contribuent à diffuser et à implémenter les politiques publiques internationales de santé : experts internationaux, régionaux et nationaux ; autorités étatiques nationales et les élites locales ; travailleurs de la santé (personnel médico-sanitaire et agents de santé communautaires).

Le choix de ces passeurs a nécessairement tenu compte de leurs profils et de leurs modes divergents d'intervention. C'est environ une dizaine d'experts que nous avons rencontrée aussi bien au siège de l'OMS à Genève et à Brazzaville, que dans les bureau-pays de l'organisation. Nous avons aussi interviewé une demi-dizaine de membres des élites nationales et locales, et une cinquantaine de travailleurs de la santé et membres des communautés locales. Nous avons ainsi croisé les informations provenant de ces différents acteurs, de manière à établir une typologie des situations d'interaction entre les intervenants intérieurs et extérieurs, et les populations locales (prévention, traitement des maladies). Le but d'un tel exercice était d'analyser les actions concrètes menées par ces passeurs sur le terrain, la perception qu'ils ont d'eux-mêmes et de leurs missions, mais aussi les ressources (savoirs et pratiques) qu'ils mobilisent. Nous avons élaboré des guides d'entretien adaptés à chacune de ces trois catégories d'acteurs. Ces guides d'entretien ont favorisé l'analyse de la circulation en Afrique des savoirs et savoir-faire en santé publique internationale.

Si cette analyse de la circulation des savoirs et savoir-faire est facilitée par l'existence d'une abondante littérature surtout théorique[43], celle de leur localisation ou de leur réception apparaît moins aisée, en raison de la diversité des peuples, de la variété de leurs pratiques et de leurs cultures, de leur environnement et du contexte, qui échappent parfois à toute tentative de théorisation. C'est pour pallier cette limite théorique que nous avons été amené à réaliser des entretiens collectifs exclusivement avec les communautés locales, principales destinataires des politiques publiques internationales de santé. Ces entretiens ont ainsi rassemblé en moyenne

[43] D. P. Dolowitz, D. Marsh, « Learning from Abroad: The Role of Policy Transfer in Contemporary Policy-Making », in *Governance: An International Journal of Policy and Administration*, Vol. 13, n°1, 2000, pp. 5-23 ; P. Moity Maïzi, R. Bouche, « Ancrage territorial et hybridation des savoir-faire au sein d'un système agroalimentaire localisé. Le cas des fromages corses », in *Économie rurale*, n°322, 2011, pp. 24-38 ; P.-Y Saunier, « Circulations, connexions et espaces transnationaux », pp. 110-126.

six à huit participants par groupe – soit une cinquantaine de participants au total –, tous volontaires et ayant un lien avec les thématiques abordées. L'enquête s'est faite sur la base d'un protocole d'interview constitué d'une demi-douzaine de questions ouvertes.

Il s'agit d'une approche socio-anthropologique qui seule a permis de prendre en compte les représentations sociales que se font les communautés locales des maladies dont elles souffrent : thème central de mes Chap. V et VI. Une telle approche donne à voir comment se forgent les systèmes de connaissances et d'actions partagées par ces populations autour de la maladie, en vue de juguler ses effets. L'objectif de cette démarche a donc été d'évaluer, à partir de ces connaissances locales, l'accueil que ces communautés réservent aux programmes internationaux de santé.

À l'issue de cet exercice méthodologique rigoureux, nous avons obtenu des données sur des faits ou des représentations dont nous avons analysé le degré de pertinence, de validité ou de fiabilité. Au cours des entretiens, certains acteurs ont parfois choisi délibérément de tronquer une réalité, ou encore, pour une raison quelconque, de livrer une fausse information. C'est pour pallier ce risque et les biais qui en ont résulté, et pour améliorer la compréhension des phénomènes étudiés que nous avons procédé à une triangulation des méthodes de collecte de données (recherche documentaire et enquêtes orales). Ceci nous a permis, d'une part, d'évaluer les besoins des communautés, leurs attentes et leur satisfaction, en matière de lutte contre les maladies notamment (Chap. V et VI) et d'accès aux médicaments (Chap. VII) ; et d'autre part de mieux appréhender les opinions, les motivations et les comportements de ces destinataires vis-à-vis des politiques de développement sanitaire mises en œuvre à l'échelle locale.

Cet usage croisé de techniques de recueil de données s'est adossé aux outils méthodologiques et théoriques de l'histoire transnationale. Pour ceux des chercheurs qui se sont intéressés à cette approche méthodologique en histoire, ils doivent savoir que celle-ci récuse le discours de la rupture, en mettant en valeur les continuités et les flux (c'est-à-dire les échanges) entre univers culturels différents[44]. Et si nous avons choisi d'adopter cette approche, ce n'est pas parce que nous cherchions absolument à trouver les continuités entre les œuvres médico-sanitaires coloniales et celles mises en œuvre par la suite, avec l'appui de l'OMS et d'autres bailleurs de fonds étrangers. Notre objectif était de rendre intelligible celles des continuités qui existent, étant donné qu'il n'est jamais évident de les identifier, à moins de s'intéresser de manière particulière à ces questions. À partir de cette approche, il nous a été possible

[44] Pour Saunier, cette approche consiste à examiner les flux internationaux de valeurs et d'idées entre et par-delà les espaces nationaux. Cf. P.-Y. Saunier, « Circulations, connexions et espaces transnationaux », p. 110.

d'identifier les savoirs et savoir-faire internationaux diffusés et les pratiques locales, en vue d'étudier les phénomènes de rejet, d'emprunt, de métissages ou d'hybridation des savoirs biomédicaux, qui affectent tant les procédés et les techniques que les comportements des acteurs (cf. Chap. IV).

Un plan tripartite

De manière générale, le plan de ce travail se subdivise en trois parties comprenant au total sept chapitres, qui associent approches diachronique et synchronique. Un plan simplement chronologique n'aurait en effet pas permis la reconstitution des interactions en cours dans les rapports entre l'OMS et les États de l'Afrique centrale. De même, une juxtaposition des politiques et programmes internationaux de santé mis en œuvre dans la sous-région méso-africaine n'aurait pas rendu possible la mise en perspective du caractère hétérogène des politiques sanitaires en circulation dans ces espaces, encore moins la structuration des rapports entre institutions centrales et périphériques. Une stricte séparation des échelles d'observation n'aurait pas, elle aussi, favorisé la mise en valeur des dynamiques créées par l'interpénétration des milieux, ou mieux, les « négociations » et/ou « arrangements » entre différentes instances politiques, administratives et sociales.

La ligne directrice de ce travail privilégie donc une progression du récit qui passe progressivement des échanges entre acteurs et institutions internationales, régionales et nationales vers leurs « transactions » avec les institutions « périphériques », c'est-à-dire, des administrations vers les administrés. Une telle organisation ne tend cependant pas à présupposer une hiérarchie de l'importance ou de la pertinence des différentes échelles dans notre démonstration. Elle découle au contraire de ce que la fabrique des politiques sociales de santé, du fait de la monopolisation des savoirs par les institutions centrales (internationales et nationales), situe les échanges décisifs dans ces espaces. Seulement, l'action des communautés locales, dans le processus de mise en œuvre de ces politiques, rend difficile l'érection des frontières étanches entre ces différents espaces d'observation. C'est pourquoi le récit progresse par un glissement parallèle de la conception de ces politiques vers leur mise en application sur le terrain, et des espaces centraux (internationaux, régionaux et nationaux) vers les espaces périphériques. L'étude comprend ainsi deux cas d'études sur la trypanosomiase et le paludisme, dont l'analyse permet la mise en perspective des problèmes liés au (dys)fonctionnement des

systèmes sanitaires nationaux, à l'insuffisance des personnels médico-sanitaires, à l'approvisionnement en produits médicamenteux, etc.

La première partie intitulée « Internationaliser les problèmes de santé des territoires dominés d'Afrique centrale : entre exploitation coloniale, crises et reconstructions », est constituée de deux chapitres, chronologiquement organisés, et dont le but est de mener une analyse des dynamiques d'internationalisation des politiques sanitaires des pays d'Afrique centrale, de la période coloniale à la période postcoloniale. Elle permet surtout une analyse sociologique des réseaux d'acteurs engagés dans ce processus. Dans le premier chapitre, nous analysons les origines de l'internationalisation des problèmes de santé des colonies de 1929 à la naissance de l'OMS en 1948. En insistant sur la longue durée dans l'optique de relever les ruptures et les survivances à l'œuvre au sein des OI de santé, le chapitre (re)interroge le rôle des "idées" dans l'élaboration des normes en matière d'hygiène en Afrique centrale coloniale. Il permet de faire la lumière sur les experts, la fabrique du discours de l'expertise internationale, et les moyens de leur diffusion dans les territoires dominés. Dans le deuxième chapitre, nous nous intéressons à l'implantation du BR/AFRO dans le continent et aux conflits que cette implantation a entraînés. Le chapitre tente de saisir les acteurs de cette régionalisation et ceux à l'origine d'un régionalisme manifesté vis-à-vis de ce processus. Il mène aussi une analyse des réseaux transnationaux d'experts, en s'intéressant tout particulièrement aux lieux où ils émergent et se rencontrent (niveaux macro et micro). Il met enfin en évidence la constitution d'un "horizon occidental" en matière de politique sanitaire et d'un langage commun aux réformateurs d'origines diverses, dans lequel s'expriment consensus et désaccord.

La deuxième partie, pour sa part : « Politiques internationales de développement sanitaire en Afrique centrale : entre circulation et localisation », tente d'analyser la mise en œuvre effective des politiques de développement sanitaire en Afrique centrale. L'organisation de cette partie en deux chapitres obéit à une logique thématique dont l'objectif est de mettre en visière les dynamiques en cours, dans les rapports entre l'OMS et les pays de la sous-région. Elle permet aussi de mettre en perspective les limites des textes normatifs et prescriptifs, et des données statistiques dans la mise en structure des interactions entre les institutions centrales et périphériques. Cette seconde partie s'ouvre ainsi par le Chapitre III, dans lequel nous étudions les origines de la stratégie des Soins de Santé Primaires et de l'Initiative de Bamako, comme piliers des politiques de développement sanitaire en vigueur dans l'ensemble des pays d'Afrique. Nous insistons, dans ce chapitre, sur le rôle des acteurs et réseaux d'acteurs nationaux et transnationaux dans le processus de formulation de ces programmes, ainsi que sur

l'influence du contexte international qui les a vu émerger (décolonisations, Guerre froide, crises de années 1970-1980, etc.). Pour ce qui est du quatrième chapitre, il aborde les processus de transmission et de circulation des savoirs et savoir-faire en matière de politiques sanitaires de l'OMS notamment. Une telle étude permet de comprendre le rôle des acteurs nationaux et transnationaux, dans la valorisation ou la "patrimonialisation" des savoirs techniques construits et véhiculés par les experts de l'organisation, ainsi que de saisir leur interaction avec des savoirs locaux en constante diversification.

La troisième partie enfin : « Politiques internationales de développement sanitaire en Afrique centrale : entre pratiques, imbrications et répercussions », tente de mettre en valeur, l'impact, ou mieux, les conséquences à la fois politique, économique et socio-culturel des politiques internationales de santé, mais aussi celles des transactions entre institutions centrales et périphériques. Nous montrons par exemple, à travers deux cas d'études sur la trypanosomiase humaine africaine (THA) et le paludisme, comment se fait cette mise en œuvre, et les enjeux qu'elle met en jeu.

Les chapitres cinq et six que compte cette dernière partie sont deux cas d'études, qui tentent de mettre en valeur, la manière dont ces politiques sont implémentées sur le terrain. Le cinquième chapitre analyse plus précisément les enjeux de l'internationalisation des questions de santé du continent. Il examine les rapports qui lient normes et intérêts. En explorant le processus de formation des intérêts, le chapitre analyse en outre les enjeux de la lutte contre la maladie du sommeil au Congo ex-belge, à partir de 1960, en vue de comprendre le rôle joué par les autorités de l'OMS en interaction avec les autorités congolaises dans la sauvegarde des intérêts privés et ceux des puissances occidentales en Afrique. Pour ce qui est du second cas d'étude traité dans le sixième chapitre, il propose une analyse des enjeux de la lutte contre le paludisme, "endémie n°1" dans le continent, depuis le projet de régionalisation de l'OMS en Afrique jusqu'au début des années 2000. Ce chapitre permet de mettre en exergue le passage de la possible "éradication" de la maladie dans les années 1950 au contrôle pérenne de cette affection. Il examine aussi le rôle des acteurs nationaux et transnationaux dans l'échec du processus d'éradication de cette endémo-épidémie et tient compte, entre autres, de l'influence des intérêts des firmes pharmaceutiques étrangères et des différents lobbies qui les encadrent.

Dans le chapitre 7, nous tentons de livrer une analyse des répercussions des politiques globales de santé en Afrique centrale, en insistant sur les aspects politiques, économiques et socio-culturels. Ce chapitre analyse en effet l'influence de ces politiques transnationales de

santé sur la souveraineté des États, la déstructuration des secteurs pharmaceutiques nationaux et l'abandon des processus locaux de médication et de médicalisation.

En mettant en avant l'idée qu'il a toujours persisté un colonialisme sanitaire international – qu'entretiennent les acteurs internationaux, en interaction avec les autorités politiques régionales, nationales et locales –, ce travail propose les pistes pour une (re)appropriation des politiques sanitaires par les nationaux, en mettant en valeur la nécessité de « décoloniser » la santé publique internationale, d'un point de vue médico-sanitaire et technologique surtout.

PREMIÈRE PARTIE : INTERNATIONALISER LES PROBLÈMES DE SANTÉ DES TERRITOIRES DOMINÉS D'AFRIQUE CENTRALE : ENTRE EXPLOITATION COLONIALE, CRISES ET RECONSTRUCTIONS

Dans cette première partie de notre thèse, nous ambitionnons de mener une analyse des dynamiques d'internationalisation et de transnationalisation des politiques sanitaires des pays d'Afrique centrale, de la période coloniale à la période postcoloniale. Un tel effort et rappel historiques visent surtout à parvenir à l'étude sociologique des réseaux d'acteurs engagés dans ce processus, depuis le départ. Cette partie est constituée de deux chapitres, chronologiquement organisés : le premier analyse les origines de l'internationalisation et de la transnationalisation des problèmes de santé des colonies de 1929 à la naissance de l'OMS en 1948. En insistant sur la longue durée dans l'optique de relever les ruptures et les survivances à l'œuvre au sein des OI de santé, le chapitre (re)interroge le rôle des "idées" dans l'élaboration des normes en matière d'hygiène en Afrique centrale coloniale. Il permet de faire la lumière sur les experts, la fabrique du discours de l'expertise internationale, et les moyens de leur diffusion dans les territoires dominés.

Le second chapitre de cette première partie pour sa part, s'intéresse à l'implantation du BR/AFRO dans le continent et aux conflits que cette implantation a entraînés. Le chapitre tente de saisir les acteurs de cette régionalisation et ceux à l'origine d'un régionalisme manifesté vis-à-vis de ce processus. Il mène aussi une analyse des réseaux transnationaux d'experts, en s'intéressant tout particulièrement aux lieux où ils émergent et se rencontrent (niveaux macro et micro). Il met enfin en évidence la constitution d'un "horizon occidental" en matière de politique sanitaire et d'un langage commun aux réformateurs d'origine diverse, dans lequel s'expriment consensus et désaccord.

Chapitre I : L'Office international d'Hygiène Publique (OIHP), l'Organisation d'Hygiène de la Société des Nations (OHSDN) et les territoires dominés d'Afrique centrale : une internationalisation des problèmes de santé des colonies

De nombreux travaux sur la santé en Afrique ont été présentés par leurs auteurs comme le fruit des politiques des administrations coloniales, donc comme produit des politiques sociales nationales inspirées du système impérial en vigueur dans chaque territoire dominé[1], selon que le modèle européen eut été français, britannique, portugais ou belge. Ceci traduit l'idée des politiques sociales appréhendées comme une spécificité des "États-Nations". Appliqué aux colonies, ce concept d'"État-Nation" garde tout son sens[2] car, « quel que puisse être le degré de leur autonomie administrative ou politique, les collectivités non autonomes sont englobées dans la personnalité internationale unique de l'État dont elles font partie ou auquel elles sont rattachées »[3]. Toutefois, cette vision des politiques sociales est remise en cause aujourd'hui par la nouvelle historiographie. Celle-ci postule une "dénationalisation" de ces politiques, en soulignant l'influence des réseaux transnationaux d'acteurs ou "communautés épistémiques"[4]. Ce chapitre s'inscrit dans cette logique. Il entend montrer comment la prise en compte des problèmes de santé des colonies d'Afrique centrale a connu un début d'internationalisation, surtout au lendemain de la Première Guerre mondiale, sur des arènes que sont les premières Organisations internationales (OI).

La transnationalisation de l'œuvre sanitaire dite "moderne" est en effet, entreprise par les missions chrétiennes européennes en Afrique, vraisemblablement au XIX^{e} siècle. Au lendemain de la conférence de Berlin (1884-1885) qui légitime le partage de l'Afrique, s'installent dans le continent les administrations coloniales qui vont désormais œuvrer aux côtés des missionnaires. Elles institutionnalisent les pratiques de santé en mettant sur pied un cadre

---

[1] Voir notamment L. Lapeyssonnie, *La médecine coloniale : Mythes et réalités*, Paris, Robert Laffont, 1988 ; E. Eben-Moussi, *L'Afrique doit se refaire une santé : Témoignage et réflexion sur 4 décennies de développement sanitaire*, Paris, L'Harmattan, 2006. Voir aussi, L.-A. Héraut, « La médecine militaire coloniale française : une aventure médicale de trois quarts de siècle (1890-1968) », in *Histoire des Sciences Médicales*, Tome 40, n°4, 2006, pp. 381-392 ; etc.

[2] Voir débat sur la naissance des États-Nations en Afrique.

[3] R. Kovar, « La participation des territoires non autonomes aux Organisations internationales », in *Annuaire français de droit international*, Vol.15, 1969, pp. 522-549.

[4] E. Adler, P. M. Hass, « Conclusion: Epistemic Communities, World Order, and the Creation of Reflective Research Programm », in *International Organization*, Vol. 46, n°1, 1992, pp. 367-390. Voir aussi P.-Y. Saunier, « Circulations, connexions et espaces transnationaux », pp. 110-126 ; S. Kott, « Une « communauté épistémique » du social ? », pp. 26-46.

normatif et réglementaire (des lois, des décrets et des arrêtés) dicté en grande partie par des "préjugés" ayant influencé leur conclusion sur la situation sanitaire dans les colonies. Le discours autour de cette situation sanitaire apparaît dès lors comme un lieu de légitimation et de configuration de nouvelles visions. Mais aussi, il favorise la circulation de nouvelles idéologies, que justifient le projet de "modernisation" et l'éclosion d'une médecine sociale qu'entendent véhiculer les administrations coloniales.

La faible démographie généralement corrélée à la traite négrière de la période précédente est par exemple attribuée aux ravages causés par les épidémies. Le Cameroun par exemple est baptisé "*Todesland*, *Fieberland*" (« pays de la mort », pays de la fièvre) par les Allemands. Cette image qui hante pendant longtemps l'esprit des explorateurs et des administrateurs coloniaux venus d'Europe est par la suite mise en rapport avec le nom même du continent : - « *Afrika – ein Todesland* » (« Afrique, terre de la mort ») - puisqu'il est difficile à cette époque, d'individualiser les pays africains[5]. Ceci amène par ailleurs les colons allemands au Cameroun à parler de la population de ce territoire comme d'une « race en voie de disparition »[6]. Le paludisme, la trypanosomiase humaine africaine (THA) ou maladie du sommeil, les parasitoses intestinales, les maladies pulmonaires, la lèpre, le pian, la méningite cérébro-spinale, etc., sont alors recensés par l'administration coloniale allemande dans ce territoire, et identifiés comme cause principale du "lourd tribut" que payent les indigènes[7]. Ce qui renforce la nécessité de l'adoption des mesures sanitaires/sociales dans les colonies aussi bien allemandes que françaises, britanniques, portugaises ou belges.

La mise en place d'un cadre normatif et réglementaire dans le domaine médico-sanitaire intéresse aussi bien l'organisation du service de santé que l'hygiène qui les inscrit ainsi au rang de priorité[8]. Toutefois, lorsque naît en 1907 l'Office international d'hygiène publique (OIHP), l'Afrique Equatoriale Française (AEF) par exemple adhère à "l'Arrangement international", par

---

[5] Voir à cet effet, M. F. Dippold, « L'image du Cameroun dans la littérature coloniale allemande », in *Cahiers d'Études Africaines*, Vol. 13, Cahier 49, 1973, pp. 37-59.

[6] Voir J.-B. Nzoguè, « Hygiène et ville coloniale au Cameroun français (1916-1960) : enjeux et paradoxes d'une acculturation », [en ligne], consulté le 3 décembre 2015. URL : http://www.etudescoloniales.canalblog.com/archives/2013/04/13/26915937/html

[7] *Ibid*. L'auteur fait par exemple allusion à un rapport médical fourni entre 1909-1910 par l'administration coloniale allemande au Cameroun. Ce rapport d'enquête « préoccupant », portait sur un échantillon de 1000 femmes. Et parmi elles, 700 avaient donné naissance, à un nombre d'environ 2382 enfants, dont au moins 821 étaient morts dans la première enfance.

[8] Archives nationales de Yaoundé (ci-après ANY), « Cameroun, santé 1916-1950 : l'œuvre sanitaire au Cameroun », 3AC 1117 (lire 3 archives coloniales 1117). Voir aussi ANY, « Santé publique, Protection », 1928, 1AC 4989, etc. Il serait intéressant de voir aussi la réglementation de la période allemande, pour ce qui est du cas du Cameroun notamment.

le biais de l'administration coloniale française. Cette adhésion des territoires colonisés à l'Office est essentiellement formelle et ne devient effective que dès 1929. Il en est de même pour l'ensemble des colonies britanniques, portugaises, et pour le Congo belge. Une telle prise en compte "tardive" de l'adhésion des colonies dans cette première OI de santé n'est pas sans intérêt pour l'historien. Elle permet en effet, de dégager un certain nombre de questions sur les raisons qui justifient une telle "prise en compte", mais aussi de questionner le contexte international qui l'avait précédé.

C'est en effet la naissance de l'Organisation d'Hygiène de la Société des Nations (OHSDN) en 1923 qui marque un nouveau tournant dans la prise en compte des questions d'hygiène des colonies, dans ces premières organisations internationales. Cette nouvelle politique de prise en charge de la santé dans les colonies intervient dans un contexte international de concurrence coloniale, de reconstruction d'après la Première Guerre, de crise économique des années 1930 et de montée des nationalismes dans les colonies[9], que justifie la revendication des autonomies. Elle participe alors de ce processus d'internationalisation des "causes" sanitaires coloniales. Un processus alimenté par des réseaux transnationaux d'acteurs étatiques et non étatiques, en constante interconnexion avec les colonisés. L'OIHP/OHSDN apparaît, dès lors, comme un lieu de "confrontation" et de "concertation", où l'adoption d'un langage commun aux réformateurs témoigne de la vivacité des dynamiques circulatoires au sein de cette organisation internationale de santé.

En s'appuyant sur la collecte et l'analyse des données recueillies à l'OMS, à Genève (abritant celles de l'ex-OIHP/OHSDN) et à Brazzaville, aux archives du Ministère français des affaires étrangères (Archives Diplomatiques de Paris), et celles de l'AEF (Afrique équatoriale française) : actuelles Archives nationales du Congo (ANC), disponibles à Brazzaville, et sur des sources secondaires, ce chapitre a pour but de re-intérroger le rôle des "idées" dans l'élaboration des normes en matière de santé en Afrique centrale sous domination coloniale. Il permet, de ce fait, de faire la lumière sur les "experts", la "fabrique" du discours de l'expertise internationale, et les moyens de leur diffusion dans les territoires dominés. C'est dans cette logique que nous allons, dans un premier temps, saisir les caractéristiques des enjeux sanitaires mondiaux dans l'entre-deux-guerres (I), avant de mettre en exergue les ressorts d'une

[9] Voir D. Abwa, *Cameroun, Histoire d'un nationalisme, 1884-1961*, Yaoundé, éd. Clé, 2010 (Préface de T. Mouctar Bah). L'auteur fait dans cet ouvrage, une sorte de plaidoyer pour la reconnaissance d'un « nationalisme » étroitement lié à une réaction des colonisés contre le colonialisme, datant des premiers contacts avec les Européens. Voir aussi T. Mouctar Bah (dir.), *Intellectuels, nationalisme et idéal panafricain : une perspective historique*, Dakar, CODESRIA, 2005.

"coopération" qui part de la nécessité pour l'administration coloniale française de lutter contre les grandes endémies dans les territoires dominés d'Afrique centrale, à la "prise en compte" de ces préoccupations au niveau international, voire mondial (II).

I. Enjeux sanitaires internationaux et naissance des premiers réseaux transnationaux de santé

Les historiens qui se sont intéressés à l'histoire transnationale, depuis environ deux décennies, ont jugé nécessaire d'inscrire leur raisonnement dans la longue durée[10]. Ces énoncés récusent les discours de la rupture, en reconnaissant que l'histoire s'est toujours intéressée au transfrontalier. C'est dans le même esprit que nous entendons aborder les enjeux sanitaires internationaux, c'est-à-dire, en les insérant dans le contexte global qui vit naître les autres OI. Notons de ce fait que pour cerner la nature de ces enjeux transnationaux de santé, il convient d'analyser les logiques qui ont présidé à la création des premières associations internationales de santé. En nous appuyant sur un travail récemment effectué par Anne Peters, dans son « cheminement historique des Organisations internationales »[11], nous avons pu dégager trois principaux enjeux permettant de faire la lumière sur les raisons qui ont conduit à l'émergence des premières OI. Notre démarche consiste à partir d'un cadre général, pour insister sur ce qui fait la spécificité des OI de santé à caractère universel. Ces enjeux sont à la fois idéologiques, stratégiques et matériels (1) et justifient – en partie au moins – l'innervation des premiers réseaux transnationaux d'acteurs intéressés à la santé et la médecine sociales en Afrique (2).

1. Les enjeux sanitaires internationaux

1.1. Les enjeux idéologiques

Parler des enjeux intellectuels, dans la genèse des OI, revient à considérer le rôle joué par les idées et surtout les idéologies dans la croissance économique. Les progrès scientifiques

---

[10] C. Douky, P. Minard, « Histoire globale, histoires connectées : un changement d'échelle historiographique ? Introduction », in *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, Vol. 54, n°4 bis, 2007, pp. 7-21 ; P.-Y. Saunier, « Learning by Doing: Notes about the Making of the Palgrave Dictionary of Transnational History », in *Journal of Modern European History*, Vol. 6, n°2, 2008, pp. 159-180 ; « Les régimes circulatoires du domaine social 1800-1940 : projets et ingénierie de la convergence et de la différence », in *Genèses*, n°71, 2008, pp. 4-25 ; etc.

[11] A. Peters, « Le cheminement historique des organisations internationales : entre technocratie et démocratie », in P.-M. Dupuy ; V. Chetail (éds), *The Roots of International Law/Les fondements du droit international*, Liber Amicorum Peter Haggenmacher (Leiden, Boston: Martinus Nijhoff Publishers), 2014, pp. 487-529.

et techniques furent à la fois réalistes et idéologiques, comme le souligne A. Peters[12]. C'est pourquoi la collaboration internationale entre les États fut analysée de manière générale, tantôt comme la "force des choses"[13], tantôt comme une nécessité de la communauté tout entière, plutôt que celle de l'État pris individuellement[14]. Et c'est Ernst Ullmann qui théorisa le mieux l'incapacité des États à résoudre seuls leurs problèmes[15]. Il fallut sortir de "l'individualité" des États-Nations, pour entrer dans une "communauté", d'un point de vue du droit international au moins. Sur le plan économique et politique, il était devenu "impératif" de se rattacher au regroupement des puissances en Europe. Et socialement, la nécessité de trouver des réponses communes aux problèmes de la faim, du chômage et surtout d'hygiène ne faisait plus l'ombre d'un doute, comme il sera démontré avec le cas des épidémies de la peste dite noire. C'est donc en terme d'intérêts communs que furent désormais appréhendées les questions concernant le "monde civilisé". C'est ce que A. Peters appelle "enjeux intellectuels". Là où A. Peters parle d'"enjeux intellectuels", nous avons plutôt choisi de parler d'enjeux idéologiques car, cet adjectif, "intellectuel", ne renseigne que très peu sur les dynamiques en cours dans les motivations qui poussent les acteurs à donner naissance à des structures permanentes de gestion conjointe des "causes" communes.

La lutte contre les épidémies en Europe a été à la base de la diffusion d'un nombre incalculable de présupposés[16]. Au principe de la solidarité des riches à l'endroit des pauvres (interdépendance), les épidémies (lèpre, peste, syphilis, fièvre jaune, choléra, etc.) ont été aussi créatrice d'une "civilisation" portée tout d'abord par les OI de santé. Il est probable que les croyances construites autour du choléra et les autres affections comme la peste, la variole, le typhus, etc., aient eu une influence sur ces OI, car comme le souligne H. Markel : "*It was these cholera pandemics, as well as travelling threats of yellow fever, bubonic plague, smallpox, and typhus, that inspired the development of the modern, international health regulations*"[17]. Et c'est l'OIHP qui fut, tout d'abord, l'instrument de diffusion de cette "civilisation" érigée en normes internationales de santé. A. Peters, pense en effet que certains États vont se servir de

---

[12] *Ibid*., p. 502.
[13] J. L. Brierly, *The Law of Nations: An Introduction to the International Law of Peace*, Oxford, Clarendon Press, 1928. Voir aussi A. Peters, « Le cheminement historique des organisations internationales », p. 502.
[14] *Ibid*.
[15] *Ibid*.
[16] Ces présupposés induisent en tout, une élévation du niveau de la « civilisation » au sein de la société entière. Ce que N. Elias appelle « la norme de la sensibilité bourgeoise ». Voir J. Goudsblom, « Les grandes épidémies et la civilisation des mœurs », in *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°68, juin 1987, pp. 3-14.
[17] H. Markel, « WHO: past, present and future. Worly approches to global health: 1851 to the present », in *Public Health*, n°128, 2014, pp. 124-128.

cet office, pour asseoir leur autorité parfois "sur des territoires souverains comme la Turquie"[18], sous prétexte de civilisation/hygiénisation.

Il convient de rappeler que l'OIHP est née dans un contexte international de compétition pour l'acquisition des colonies. C'est-à-dire, de rencontres avec d'autres civilisations. E. Morin ne souligne-t-il pas que la "notion d'émergence" qu'il appelle encore "autonomie construite autour de la dépendance", vaut pour tous les phénomènes organisés ? Et qu'un système issu de ces phénomènes organisés se "crée à partir de rencontres" ? Quoique l'instant eut été bien indiqué pour la propagation des idées sur la nécessité d'aider les colonisés - par analogie au cas des malades de choléra de l'Europe (les prolétaires) - c'est plutôt avec l'avènement de l'OHSDN que cette diffusion des idéologies se fit de la manière la plus vive. L'OHSDN, pour sa part, voit le jour au lendemain de la Première Guerre mondiale, où la concurrence entre les puissances impériales, les besoins de reconstruction et la revendication des autonomies dans les colonies font émerger la question de la nécessité de "civiliser", dont l'une des figures les plus emblématiques fut Albert Sarraut en France, comme nous le verrons par la suite. En raison des idéologies vilipendées[19], les OI vont être saisies par une certaine opinion sous le prisme de leur "pouvoir civilisateur", au principe de la solidarité et de l'action sociale internationales, du pacifisme, de l'européanisme et de la démocratie[20], conclut Peters. Une façon, somme toute stratégique, pour les puissances parties de ces organisations, de s'assurer, à l'intérieur comme à l'extérieur, une certaine légitimité.

1.2. Les enjeux stratégiques

A. Peters présente, à la suite de M. Herren, un second empire français enclin à dissimuler un déficit de légitimité nationale par des actions internationales d'envergure[21]. Les tenants du réalisme et de l'institutionnalisme du choix rationnel verraient ainsi, dans l'indispensable genèse des institutions internationales permanentes, un moyen de régulation des conflits entre différents États-Nations et empires en constante compétition[22]. Les premières OI de santé et

[18] A. Peters, « Le cheminement historique des organisations internationales », p. 503.
[19] Des idéologies construites autour de la nécessité de venir « en aide » aux pauvres.
[20] A. Peters, « Le cheminement historique des organisations internationales », p. 504.
[21] Voir par exemple M. Herren, *Internationale Organisationen seit 1865. Eine Globalgeschichte der internationalen Ordnung*, Darmstadt, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 2009, pp. 10-11 et 34. Voir aussi A. Peters, « Le cheminement historique des organisations internationales », p. 504. Il en est de même, comme le souligne Peters de certains acteurs non étatiques et notamment les groupes marginalisés (femmes, ouvriers, industriels…).
[22] J. Donnely, *Realism and International Relations*, Cambridge, Cambridge University Press, 2000.

notamment le Conseil Sanitaire Maritime et Quarantenaire d'Alexandrie (CSMQ), vont servir de cadre à l'expression et à la résolution des conflits coloniaux, comme tente de le montrer C. Paillette[23]. Comprendre la nature de ces affrontements nécessite de rappeler le contexte dans lequel ils sont intervenus.

Lors de la conférence de Berlin de 1884-1885, en effet, le chancelier allemand Otto von Bismarck, qui avait tardivement engagé l'Allemagne dans le processus colonial, entend fixer les règles relatives au partage de l'Afrique[24]. Sous la pression des commerçants hanséatiques et des milieux propagandistes allemands représentés par Ernest von Weber et Fiedrich Fabri, Bismarck qui déclare en 1871 que son amitié avec Lord Salisbury lui était plus précieuse que vingt colonies marécageuses en Afrique, se trouve finalement contraint de s'engager dans l'aventure coloniale.

À travers cette attitude taxée de "revirement de Bismarck" par de nombreux africanistes, le chancelier entend trouver une solution aux rivalités qui opposaient déjà les puissances européennes entre elles, au sujet de quelques territoires à occuper. Le Commandant Mattéi, affecté par le Ministère de la guerre à la Compagnie Française de l'Afrique (CFA) fondée en 1880, entre en rivalité avec la Cie anglaise (*National African Compagny*) au Niger. Aussi, l'explorateur français Pierre Savorgnan de Brazza est confronté à la compétition de l'Association internationale africaine (AIA) du Roi belge Léopold II, que représente le journaliste américain Henry Morton Stanley. Ce dernier contrecarre les intérêts des Portugais installés dans l'embouchure du Congo, depuis le XV^{e} siècle[25]. L'intention bismarckienne est sinon d'éviter que ces rivalités ne dégénèrent en conflit ouvert, du moins d'assurer à chaque puissance coloniale la "libre navigation sur les fleuves Congo et Niger", et à son empire, l'occupation des territoires encore vacants. Ceci s'illustre par l'annexion du Cameroun, du Togo et du Tanganyika, après 1884, par le Dr. Gustav Nachtigal[26]. Dans ses clauses les plus

---

[23] C. Paillette, « Diplomatie et globalisation des enjeux sanitaires : Camille Barrère, un itinéraire diplomatique du Caire à l'Office international d'hygiène publique (1883-1926) », in *Hypothèses*, n°17, 2014/1, pp. 129-138.

[24] Nous n'insistons que sur le cas de l'Afrique qui nous intéresse dans le cadre de cette étude.

[25] K. Vignes, « Étude sur la rivalité d'influence entre puissance européennes en Afrique équatoriale et occidentale depuis l'acte général de Berlin jusqu'au seuil du XX^{e} siècle », in *Revue française d'histoire d'outre-mer*, Tome 48, n°170, 1er trimestre 1961, pp. 5-95.

[26] Médecin arrivé en Algérie depuis 1861 et en Tunisie en 1863, Nachtigal est nommé "Haut-Commissaire impérial" en Afrique occidentale par Bismarck, en raison surtout de sa connaissance du continent et de ses écrits y relatifs. Nachtigal également explorateur parcourt pendant plus de cinq années l'Afrique. Il traverse le Fezzan, le Tibesti, le Bornou (Kouka), le Baguirmi (1872), le Ouaddai (1874), le Darfour (1875). Le résultat de ces explorations l'amène à éditer en trois volumes (1879-1889), son livre *Sahara und Sudan*. Voir à cet effet, A. Fierro, Nachtigal Gustav (1834-1885) », in *Encyclopaedia Universalis*, [en ligne], consulté le 3 décembre 2015. URL : http://www.universalis.fr/encyclopedie/gustav-nachtigal/

importantes, l'acte de Berlin n'est rien moins qu'un traité de commerce[27] (voir en annexe 1, les clauses de la conférence).

La "course aux clochers" que consacre la signature de l'acte final de Berlin permet en moins de 15 années le partage total de l'Afrique (voir ci-après, la carte de l'Afrique au début XX^{e} siècle). Ce partage du continent se fait au prix des sanglantes guerres contre les royaumes africains, de multiples résistances des populations indigènes et surtout de vives rivalités entre puissances coloniales au sujet de quelques territoires à occuper[28].

L'acte final de Berlin, contrairement à ses attentes, n'aura pas suffi à éliminer les conflits entre puissances européennes. Comme pour l'occupation de "l'hinterland", l'administration des nouvelles possessions européennes n'a pas mis les impérialistes à l'abri des oppositions. Ils continuent à chercher des compromis au sein des rencontres internationales, et des premières OI de santé. C'est le cas par exemple du Conseil Sanitaire Maritime et Quarantenaire d'Alexandrie (CSMQ) qui, en 1883 déjà, avait servi d'outil stratégique à la résolution du conflit franco-britannique en Egypte. Paillette qui rapporte cet affrontement souligne qu'en 1882, alors que l'Egypte avait cessé d'être un condominium franco-britannique, la France se résignait à la quitter définitivement. W. H. Waddington alors ministre français des affaires extérieures ne précisait-il pas déjà en 1878 que la France entendait conserver en Egypte "à l'exclusion du reste de l'Europe, une influence privilégiée et prépondérante"[29] ?

[27] L. Cuypers, « Le Congrès de Berlin (15 novembre 1884-26 février 1885) et l'évangélisation de l'Afrique équatoriale, in *Annales Aequatoria*, Tome 1, Vol. 1, 1980, pp. 117-136. Voir aussi R. Colin et *al*., « L'Europe et l'Afrique, d'un Berlin à l'autre : 1885-1989, in *Observatoires et dynamiques économiques : Revue de l'OFCE*, n°43, 1993, pp. 455-488.

[28] Les plus significatives de ces rivalités sont celles ayant opposé la France à la Grande-Bretagne au Soudan bien connues sous le nom d'"incident de Fachoda de 1898", ou encore les crises marocaines de 1905 et 1911, ayant opposé la France à l'Allemagne.

[29] Y. Guyot, « L'accord franco-anglais », in *6 Rev. Droit Int'l & Legis.Comp.* (2d ser.), n°275, 1904, pp. 275-289.

Carte 1 : L'Afrique en 1914 (auteur : S. Ayangma)



Source : R. Olivier, J. D. Fage, *A short history of Africa*, Harmondsworth, Penguin, 1962[30].

[30] Cette carte a également été reprise dans A. Adu Boahen (Dir), *Histoire générale de l'Afrique, Vol. 7. L'Afrique sous domination coloniale, 1880-1935*, Édition UNESCO, 1987, 2000, 2010, p. 64.

Le gouvernement impérial français nomme en 1883, à la tête de son consulat en Egypte, Camille Barrère. Celui-ci alerte le Ministre des Affaires étrangères, Jules Ferry, du projet anglais de réforme du Conseil sanitaire du Caire[31]. Face au silence du Ministre, Barrère qui voit dans cette réforme une manœuvre anglaise contre les intérêts de la France, conclut qu'il s'agit plutôt d'une menace à l'endroit d'une institution internationale : le CSMQ. La résolution de cet incident réside, pour Barrère, dans une nécessaire "intervention diplomatique" qui mobiliserait "le corps consulaire". Le silence de J. Ferry ne l'empêche pourtant pas d'agir clandestinement auprès du gouvernement égyptien. Sa stratégie dévoilée, Barrère dut brandir l'argumentaire qui était mobilisé par les hygiénistes français au sein du Comité Consultatif d'Hygiène Publique (CCHP) : il fallait faire prévaloir le droit « de préemption de l'Europe […] sur les autorités locales, dès lors que sa sécurité sanitaire n'était plus garantie contre les maladies par « importation » » et notamment par le choléra[32]. Son propos est cependant renforcé par le retour du choléra en Egypte, à l'été 1883. Face au refus de la Grande-Bretagne de croire que cette épidémie venait des Indes, le compatriote de Barrère, Adrien Proust, alors membre du CCHP dans lequel siégeait la Grande-Bretagne, ne tarda pas à conclure que la "doctrine funeste" de celle-ci laissait "présager" que la prochaine épidémie serait « une importation anglaise »[33].

Hisser ainsi la France « à la tête de la cause sanitaire internationale », comme le souligne Paillette, créait l'opportunité que la diplomatie contrât la prépondérance de la Grande-Bretagne tout en sortant du face-à-face périlleux des relations bilatérales »[34]. Le soutien que reçoit plus tard Barrère de Ferry alimente la thèse d'une "Egypte internationale", qui permet de parler de la III^{e} République comme d'une "République éclairée et civilisatrice". Une République redorée, à l'heure même où l'opinion en France est favorable à « la paix » et que le Parlement « s'oppose à toute aventure »[35] coloniale, quoique acceptant de poursuivre les entreprises de « Tonkin ou de Madagascar pour ne pas donner l'impression d'un abaissement du drapeau français »[36]. C'est sans doute, grâce à ce prestige qu'il redonne à la France, que Barrère est conduit à Rome comme ambassadeur, où voit le jour l'OIHP en 1907.

---

[31] C. Paillette, « Diplomatie et globalisation », p. 132.
[32] *Ibid*., p. 133.
[33] Voir A. Proust, *Le choléra. Étiologie et prophylaxie*, Paris, 1883. Voir aussi C. Paillette, « Diplomatie et globalisation », p. 133.
[34] C. Paillette « Diplomatie et globalisation », p. 134.
[35] H. Coutau-Bégarie, P. Guillen, « L'expansion. 1881-1898 », in *Politique étrangère*, n°1, 1986, 51^{e} année, pp. 350-351.
[36] *Ibid*., p. 350.

Tirant le meilleur parti de ces expériences, il prend la tête d'une délégation française à laquelle appartiennent A. Proust et P. Brouardel, jouant la carte de « souplesse dans les protocoles conférenciers » en donnant davantage de place « aux négociations en coulisse »[37]. Un rôle déterminant qui le conduit au sommet de l'OIHP (Conseil consultatif de l'OHSDN née en 1923), comme « diplomate technicien »[38]. Il ne détourne dès lors plus « son attention des questions sanitaires », travaillant les « termes d'une politique sanitaire extérieure française » en relation avec les responsables des OI de santé[39]. L'analyse de telles alliances et stratégies donne à voir comment se fait le déplacement des concurrences et des compétitions nationales/coloniales entre ces acteurs vers l'arène internationale en vue de la défense d'une vision du monde qui leur est propre et de leurs principes politiques. Ces concurrences et compétitions s'expliquent entre autres, par la nécessité de satisfaire à des besoins d'ordre matériel.

1.3. Les enjeux matériels

Le commerce, les transports et leur corollaire, la mobilité des personnes, ont favorisé l'importation des épidémies comme le choléra, la peste, ou la fièvre jaune, à l'origine des premières conventions sanitaires internationales[40]. Parmi ces conventions, nous pouvons relever celle passée en 1838 entre l'Empire ottoman et les puissances européennes (France, Autriche, Prusse, Russie, Sardaigne et plus tard la Grèce, l'Espagne et la Grande-Bretagne), en vue de l'instauration à Constantinople d'un Conseil supérieur de santé[41]. Son but était « d'impulser les politiques sanitaires […] et de piloter la gestion de maladies »[42]. Notons aussi,

---

[37] C. Paillette, « Diplomatie et globalisation », p. 136.
[38] *Ibid*. Barrère soulignait que l'expression « technicien » n'avait qu'un sens « absolument général » et n'était pas synonyme de « docteur médecin ».
[39] *Ibid*.
[40] Notons que si les premières épidémies de peste dans l'antiquité sont signalées à Athènes vers 429 av. J.C., Londres et Marseille en sont également frappés entre 1347 et 1720. Les victimes se comptent par dizaines de milliers : la peste noire qui envahit Marseille en 1347 fait prêt de 25 millions de morts en Europe, celle de Londres de 1665 fait un peu plus de 70 400 victimes et celle de Marseille de 1720 décime plus de 50 000 marseillais en quelques semaines seulement. Voir à cet effet S. Chiffoleau, *Genèse de la santé publique internationale : de la peste d'Orient à l'OMS*, Paris, Presses Universitaires de Rennes et Ifpo, 2012.
[41] Voir F. Murhard (éd.), « Nouveau Recueil des traités », Vol.16, 2e partie, Gottingue, Dieterich, 1842, pp. 920-926. Voir aussi J.-D. Mizrahi, « Politique sanitaire et impérialisme à l'heure de la révolution pastorienne : le Conseil sanitaire de Constantinople, 1838-1923 », in W. Arbid et *al*. (éds), *Méditerranée, Moyen-Orient : deux siècles de relations internationales : recherche en hommage à Jacques Thobie*, Paris, L'Harmattan, 2003, pp. 221-242.
[42] J.-D. Mizrahi, « Politique sanitaire et impérialisme », p. 222. Voir aussi A. Peters, « Le cheminement historiques des Organisations Internationales », p. 501.

dans la même logique, la « Convention sanitaire internationale » conclue entre la France, la Sardaigne et diverses autres puissances maritimes[43], rendue applicable en France, par le "décret impérial du 27 mai 1853" qui le promulgua. Ce décret est signé par Napoléon III, Empereur de France (1852-1870), à la suite de la première conférence internationale organisée à Paris entre 1851 et 1852.

La conférence de Paris, pour sa part, a servi de cadre au rassemblement des empires qui avaient développé tôt des relations commerciales et maritimes dans la méditerranée et la mer noire, et qui étaient convaincus que l'uniformisation du régime sanitaire dans ce secteur allègerait les charges de la navigation, en sauvegardant la santé publique des États respectifs, notamment en ce qui concerne la peste, la fièvre jaune et le choléra[44]. C'est dans cette perspective, et à l'initiative du gouvernement italien que les Belges, les Brésiliens, les Espagnols, les Étatsuniens, les Français, les Britanniques et Irlandais, les Italiens, les Hollandais, les Portugais, les Russes, les Suisses et le gouvernement de son Altesse le Khédive d'Egypte, signent l'"Arrangement de Rome du 9 décembre 1907", à l'origine de l'Office International d'Hygiène Publique (OIHP). Cet arrangement s'inspire des conventions sanitaires internationales antérieures et notamment de celle signée à Paris le 3 décembre 1903[45].

L'importance de l'enjeu matériel de ces premières conventions sanitaires, de même que de l'OIHP ainsi créée, trouve une justification dans le propos d'un responsable de cette OI de santé, Camille Barrère, alors premier délégué de la France à l'Office, et ambassadeur de la République française à Rome, depuis 1897[46]. Barrère disposait d'une riche expérience administrative (secrétaire de Martin Nadaud à la préfecture de Guéret), des questions coloniales (consul général au Caire entre 1883 et 1885) et diplomatiques (ministre plénipotentiaire à Stockholm entre 1885 et 1888)[47]. Il entre sur la scène sanitaire internationale en 1892, lors de la Conférence de Venise qui reprit "les principes libéraux" de la conférence de Paris de 1851-1852, basée sur "la préservation de la santé" et "la liberté de commerce". Ce diplomate que C. Paillette présente comme une figure imposante de "l'hygiène internationale"[48] est perçu par le

[43] Ladite convention est passée entre Luis-Félix-Etienne représentant l'empire français, et les délégués de l'empereur d'Autriche, du roi du royaume des Deux-Siciles, de la reine des Espagnes, de sa sainteté le Pape, de la reine du Royaume-Uni de la Grande Bretagne et de l'Irlande, du roi de la Grèce, de la reine du Portugal et des Algarves, de l'empereur de toutes les Russies, du roi de Sardaigne, de son altesse impériale et royale archiduc grand duc de Toscane, et de l'empereur de Turquie.
[44] Cf. « Convention sanitaire internationale, 1853 », Bibliothèque, OMS/GVA.
[45] « Arrangement de Rome du 9 décembre 1907 », Bibliothèque OMS/GVA.
[46] Il conserve ce poste jusqu'en 1924.
[47] Voir J. Laroche, *Quinze ans à Rome avec Camille Barrère : 1898-1913*, Paris, Plon, 1948.
[48] Voir C. Paillette, « Diplomatie et globalisation », p. 135.

New York Herald comme la "figure centrale" de la plus importante conférence sanitaire de tous les temps[49].

Barrère va œuvrer à personnifier la République française à l'étranger et à façonner la politique extérieure de la France[50], surtout en matière de santé. Une telle expertise l'amène à favoriser la signature d'un traité de commerce entre la France et l'Italie, qui conduit à l'élaboration d'un arrangement à l'amiable du contentieux colonial en Lybie[51]. Cette expertise du diplomate français apparaît alors comme un moyen de renforcer les idées tendant à préserver les intérêts matériels de la France dont il est le porte-parole. C'est dans ce sens qu'il souligne à la 8e session extraordinaire du Comité permanent de l'OIHP tenue le 11 mars 1911 :

> Vous connaissez l'œuvre qui a été accomplie depuis 1892 jusqu'en 1903 (…). Cette œuvre, essentiellement libérale, a tendu, en définitive, à établir le maximum de protection de la santé publique avec le minimum d'entraves pour les relations commerciales et la libre circulation. (…) il s'agira de persévérer dans cette voie, et si cela est possible, de rendre encore plus libérales les réglementations à appliquer, et aussi d'augmenter les facilités des relations commerciales[52].

C'est cet objectif qui guida les efforts de l'OIHP dont Barrère fut l'un des "pères fondateurs"[53]. D'un point de vue réaliste, Barrère a joué un rôle de défenseur des intérêts nationaux français (libéraux) jusqu'en 1938, ayant présidé à quatre reprises les conférences sanitaires internationales[54]. Un rôle que saisit le néo-institutionnalisme du choix rationnel[55]. Pour cette approche théorique, Barrère n'est rien moins qu'un « acteur en situation » qui s'appuie sur sa « rationalité instrumentale » pour opérer des « préférences », en fonction des

---

[49] AMAE, Affaires consulaires, 1781-1908 (AC), *The New York Herald*, Paris, 16 mars 1897, p. 3. Voir aussi C. Paillette, « Diplomatie et globalisation », p. 135.
[50] Voir C. Paillette, « Diplomatie et globalisation », p. 135.
[51] Voir G. Ferragu, « Camille Barrère, ambassadeur de France à Rome et le rapprochement franco-italien de 1898 à 1914 », Thèse de doctorat, Université de Paris X, 1999.
[52] Procès verbal du Comité Permanent de l'OIHP, Bibliothèque, OMS/GVA.
[53] G. Ferragu, « Camille Barrère », pp. 106-110. Voir C. Paillette, « Diplomatie et globalisation », p. 129.
[54] Ce rôle est d'autant plus déterminant qu'il conduit au maintien de l'OIHP au lendemain de la Grande Guerre. Il a eu également une influence considérable dans le fonctionnement de l'OHSDN qui vit le jour en 1923 car, l'OIHP dont il était à la tête a été le Conseil Consultatif de l'OHSDN jusqu'à sa dissolution en 1946.
[55] Le néo-institutionnalisme est une théorie qui refait surface au début des années 1980, aux États-Unis notamment cf. J. March, J. Olsen, « The New Institutionalism : Organizational Factors in Political Life », in *American Political Science Review*, Vol. 78, 1984, pp. 734-749. Cette approche s'oppose au vieil institutionnalisme né à la fin du XIXe siècle, et qui s'efforçait d'expliquer le phénomène de l'homogénéité dans les organisations, mais aussi l'influence de l'environnement institutionnel sur celles-ci. Cette nouvelle (néo) théorie entend mettre l'accent sur le caractère répétitif de l'action dans les organisations, en prétendant que celles-ci tendent à devenir au fil de l'histoire, homogènes, sans nécessaire amélioration des performances surtout économiques. Il en existe trois types : le néo-institutionnalisme sociologique, le néo-institutionnalisme historique et le néo-institutionnalisme du choix rationnel. Dans sa variante du « choix rationnel », la théorie explique la capacité de l'acteur à pouvoir choisir dans une diversité de choix, celui qui paraît le mieux servir ses intérêts : « préjudices opportunistes ».

intérêts matériels nationaux, ou des convictions morales/culturelles[56]. On peut donc conclure avec A. Peters, que « toutes les organisations internationales de l'époque étaient directement ou indirectement liées aux besoins de facilitation du commerce mondial » pour les « grandes puissances ». Une telle analyse des enjeux sanitaires internationaux laisse entrevoir une conception réaliste des approches des OI qui les perçoivent comme des lieux d'affrontement et d'arbitrage entre les États participants, qui empêchent l'émergence d'une logique globale[57]. L'ensemble de ces enjeux permet d'expliquer l'émergence des premiers réseaux transnationaux d'acteurs sanitaires en Afrique.

2. Les premiers réseaux transnationaux de santé en Afrique

L'analyse des premiers réseaux internationaux de santé engagés dans l'émergence d'une médecine sociale donne des clés de compréhension du processus d'internationalisation de la santé dans une Afrique partagée entre logiques coloniales/nationales et internationales. C'est dire que plusieurs catégories d'acteurs sont à considérer ici, qu'elles soient macro ou micro, globales ou tout simplement locales. Qu'il s'agisse des missionnaires, des experts, de l'élite, ou tout simplement de la population locale ("indigène"), chacun de ces acteurs a participé à la mise en place des "formes d'interactions". Ces interactions ont eu, d'une manière ou d'une autre, une influence sur les politiques sanitaires en Afrique en général, et en Afrique centrale en particulier.

2.1. Les missions chrétiennes

S'il est vrai, que c'est la seconde moitié du XIX^{e} siècle qui vit s'accélérer la mondialisation des échanges et l'essor d'une diversité des réseaux internationaux, c'est aussi pertinent qu'un nombre important d'interconnexions avait déjà vu le jour longtemps avant. C'est donc dans la longue durée qu'il convient de saisir l'œuvre des missions en Afrique centrale, si on veut mieux la comprendre. Celle-ci débute au XV^{e} siècle dans l'embouchure du Congo. C'est la "découverte" de ce territoire par les Portugais vers 1480, qui ouvre la voie à plusieurs siècles d'évangélisation, mais aussi de balisage de l'exploitation multiforme du

[56] Cf. P. A. Hall, R. C. Taylor, « La science politique et les trois néo-institutionnalismes », in *Revue française de science politique*, 47^{e} année, n°3-4, 1997, pp. 469-496 ; P. Di Maggio, W. Powell, « Le néo-institutionnalisme dans l'analyse des organisations », in *Politix*, Vol. 10, n°40, 4^{e} trimestre 1997, pp. 113-154.
[57] Voir A. Iriye, *Global Community. The Role of International Organizations in the Making of the Contemporary World*, Berkeley, University of California Press, 2002.

continent dans les périodes suivantes[58]. L'œuvre sanitaire entreprise par ce premier réseau international diversifié d'acteurs missionnaires[59] fut remarquable. Elle procède de ce que G. Lachenal et B. Taithe[60] appellent la "pastorale médicale". Ils montrent, pour le cas du Cameroun, comment l'abbé Prévost, instigateur d'*Ad Lucem* (organisation catholique laïque), a défini "les rôles complémentaires d'un volontariat consacré"[61]. C'est-à-dire, comment il a tracé les matrices d'un "bénévolat missionnaire" particulièrement intéressé aux colonies au début des années 1920. Prévost, missionnaire français, était proche de Mgr. Liénart (évêque de Lille), et du cardinal Verdier (archevêque de Paris), tous deux incarnant "les propositions sociales du haut clergé catholique" et les "enjeux missionnaires".

Prévost appartenait, comme le soulignent les auteurs, à ce "renouveau social de l'église". Il mit en place "un réseau associatif catholique" (*Ad Lucem*), fédéré à d'autres réseaux comme l'AMINA (Assistance morale aux indigènes nord-africains) qui avait son siège en Algérie. Ce réseau interconnecté œuvra alors tantôt en France, comme un "centre de réflexion, de quête spirituelle et d'échange culturels", tantôt dans les colonies comme facteur de "développement global de la foi catholique d'après une perspective stratégique positionnant clairement les colonies comme la terre d'avenir de la foi"[62]. L'importance que ces missions donnèrent aux problèmes de santé tendait à compenser les limites d'une pastorale dont l'héroïsme allait accélérer le réveil missionnaire du XIX^{e} siècle[63]. Pour atteindre cet objectif, ils durent renforcer leur « action temporelle » par le risque de « passer du salut spirituel au salut du corps »[64]. Cette initiative est à maintes reprises saluée par le Vatican dans la première moitié du XX^{e} siècle, et

---

[58] R. Cornevin, *Histoire de l'Afrique,* Tome 2*, L'Afrique précoloniale : 1500-1900*, Paris, Payot, 1966 ; voir aussi J.-F. Zorn, « Les débuts du protestantisme en Afrique », in *Afrique contemporaine*, n° 159, 3^{e} trimestre 1991, pp. 15-20 ; E. Dorier-Apprill, « Le pluralisme chrétien en Afrique subsaharienne » in *Le Christianisme dans le monde, Questions Internationales*, Paris, La Documentation française, n°29, janvier-février 2008.

[59] On retrouve ici aussi bien les missions catholiques que protestantes. Quelques unes de ces missions sont aujourd'hui bien connues. Ce sont pour les catholiques la Congrégation des pères du Saint-Esprit (1848), les Missions africaines de Lyon (1856), la Société Verbe Divin (1875), la Société des Missionnaires d'Afrique encore appelée « Pères blancs », etc. Cette dernière est fondée par Charles Martial Allemand Lavigerie éminent professeur d'histoire à la Sorbonne, évêque de Nancy en 1863 et d'Alger en 1867. Chez les protestants, les missions représentées sont : la Mission Presbytérienne Américaine (MPA), la Société des Missions Evangéliques de Paris (SMEP), qui remplace au Gabon en 1891, la MPA présente depuis 1842, et au Cameroun elle remplace en 1918, la Mission de Bâle et la Mission Baptiste de Berlin.

[60] G. Lachenal, B. Taithe, « Une généalogie missionnaire et coloniale de l'humanitaire : le cas Aujoulat au Cameroun, 1935-1973 », in *Le mouvement social*, n°227, 2009/2, pp. 45-63.

[61] *Ibid*., p. 53.

[62] Cf. Charte d'Ad Lucem, fonds abbé Prévost, OPM, Q15 661. Voir aussi G. Lachenal et B. Taithe, « Une généalogie missionnaire et coloniale de l'humanitaire », p. 53.

[63] *Ibid*. D'après une recommandation papale.

[64] *Ibid*.

l'une de ses conséquences a été la création d'un « institut de médecine missionnaire en Allemagne à Würzburg » en 1930. Les auteurs précisent qu'au sortir de cette école l'apprenant devait servir pendant 10 ans comme laïc missionnaire, en échange de la gratuité de la formation dont il avait bénéficié[65].

Les missions religieuses constituent ainsi, le premier réseau d'acteurs représentés dans le domaine de l'action sociale/médico-sanitaire. Cette cristallisation des missions autour de la santé, donne lieu à la création des structures permanentes de représentation, des liaisons et surtout de recherches destinées aux milieux dans lesquels vivent les missionnaires eux-mêmes. C'est dans ce sillage qu'il convient d'inscrire l'éclosion de la « médecine tropicale » en tant que pratique et discipline[66], comme nous le verrons par la suite. Si *a priori* l'œuvre des missions est d'évangéliser, on ne pouvait cependant entrevoir de "soigner l'esprit", sans "soigner le corps", surtout dans un contexte africain marqué par des maladies nouvelles, dont certaines furent fatales pour les missionnaires à l'instar de la maladie du sommeil[67]. Ces associations missionnaires ou "nébuleuses réformatrices" vont en effet défendre des principes fondés sur la conviction que la santé des Africains était largement dépendante de la réussite de l'évangélisation. Elles vont servir de base fondamentale à l'œuvre des puissances coloniales et des organisations internationales. Ce qui amène Lachenal et Taithe à parler d'un croisement entre "intérêts missionnaires et humanitaires"[68].

2.2. Puissances coloniales et experts internationaux comme réseau

La colonisation de l'Afrique, entamée vers le début du XIX^{e} siècle, ne devient effective qu'avec la tenue entre 1884 et 1885 de la conférence de Berlin comme sus évoqué. Cette arrivée des colons dans le continent marque un nouveau tournant dans les actions sanitaires en Afrique, en direction des populations métropolitaines d'abord[69]. P. O. Williams précise à ce sujet :

> *During the colonial period, many of British Isles lived and worked in tropical countries either in the armed services, in government or in commercial civilian employment; they were exposed to tropical diseases and many died from them. Because these communities lived*

[65] OPM, Abbé Prévost, Ad Lucem, Q14/I/38, Appel à la formation des missionnaires laïcs, 1932. Voir aussi G. Lachenal et B. Taithe, « Une généalogie missionnaire et coloniale de l'humanitaire », p. 53.
[66] C. Wood (ed.), *Tropical Medicine: From Romance to Reality. Proceedings of a Conference 12-14 December 1977*, Grune & Stratton New York, Academic Press London, 1978.
[67] Voir G. Lachenal, *Le médicament qui devait sauver l'Afrique : Un scandale pharmaceutique aux colonies*, Paris, La Découverte, coll. « Les empêcheurs de penser en rond », 2014.
[68] *Ibid*., p. 53.
[69] Voir P. O. Williams, « The Scientific Neglect of Tropical Medicine », in C. Wood (ed.), *Tropical Medicine: From Romance to Reality*, pp. 15-23.

> *away from home, special medical services were developed to look after them, and as a consequence many British-trained doctors worked in the tropics. Their primary task was to care for the health of their fellow-citizens. During the early years of the Empire they were not charged with looking after the health of the local people except those who were employed by government, the army or major plantations*[70].

Ce que l'auteur décrit pour les colonies britanniques compte aussi bien pour les autres. L'une des caractéristiques principales de l'arrivée des colons en Afrique est surtout l'émergence, aux alentours de 1900, d'une "médecine tropicale"[71] censée répondre « aux attentes des colonisateurs, soucieux de juguler les dangers des tropiques »[72]. Si la *Liverpool School of Tropical Medicine* ouvre ses portes en 1898, c'est une année plus tard que la *London School of Tropical Medicine* ouvre les siennes. La fondation de ces deux institutions est due au financement des compagnies commerciales britanniques et du *Colonial Office*. L'enjeu de cet investissement était de contrecarrer la menace que constituaient les pathologies mortelles d'Afrique - surtout la trypanosomiase humaine africaine (THA) et le paludisme - et qui pesait sur l'expansion commerciale et coloniale[73]. Des institutions similaires, dotées de mêmes ambitions, ne tardent pas à voir le jour ailleurs dans les métropoles, notamment en Allemagne (en 1901 à Hambourg) et en Belgique (à Bruxelles en 1906). En 1931, l'Institut de Médecine Tropicale belge, suite à un transfert en région flamande, devient l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers.

Les découvertes pasteuriennes marquées par la "victoire" sur des « maladies qui terrifient les voyageurs » fait s'enchevêtrer logiques coloniale et scientifique[74]. On assiste alors aux premiers dépistages de masse, menées par des équipes de chercheurs européens dans le continent africain, mais aussi en Asie. Ils consistent aussi bien, à l'identification de l'agent causal de la maladie en question que son mode de transmission[75] : éléments essentiels donnant lieu à la recherche de traitements et/ou de vaccins. Outre la pratique des dépistages de masse, on assiste aussi à l'émergence des premiers centres de recherches en Afrique et en Asie, dont les plus connus sont les Instituts Pasteurs français ouverts successivement à Saigon (1891), à

---

[70] *Ibid*., p. 15.
[71] H. Tilley, *Africa as a Living Laboratory: Empire, Development, and the Problem of Scientific Knowledge, 1870-1950*, Chicago and London, The University of Chicago Press, 2011.
[72] M. Van Dormael, « La médecine coloniale, ou la tradition exogène de la médecine moderne dans le Tiers Monde », in *Studies in Health Services Organization & Policy*, n°1, 1997, pp. 1-38.
[73] *Ibid*., p. 6.
[74] D. J. Neill's, *Networks in Tropical Medicine: Internationalism, Colonialism, and the Rise of a Medical Specialty 1890-1930*, Stanford, California, Stanford University Press, 2012.
[75] *Ibid*., p. 7. C'est dans cette veine qu'entre 1880 et 1918, est identifié l'agent causal du paludisme, du choléra, de la THA, de la peste, etc.

Constantinople (1892), à Tunis (1893), à Alger (1894), à Nha Trang (1895), à Brazzaville (1908), à Fort de France (1910), à Tanger (1914), à Hanoï (1922), à Dakar (1924), etc.

À côté de ce réseau des établissements de recherche en constante expansion et rattachés à l'Institut Pasteur de Paris, se trouvent le *Central Research Institute* britannique créé en 1907, et la *Rockefeller Foundation* étatsunienne sur laquelle nous reviendrons plus loin. Les programmes des uns et des autres étaient sous-tendus par des préoccupations essentiellement commerciales et culturelles, et dans une moindre mesure, humanitaires. L'atteinte de cet objectif, au début de la colonisation, est significative de la nette division sociale, voire raciale, manifestée dans les services médicaux[76]. Les images suivantes sont une illustration de la ségrégation raciale dans les services médico-sanitaires au Cameroun vers la fin des années 1920.

Image 1 : L'hôpital de Douala : « Pavillon indigène »



Image 2 : L'hôpital de Douala : « Pavillon européen »



Image 3 : L'hôpital de Yaoundé : « Pavillon européen »



Source : Martin Gustav, *L'existence au Cameroun, Etudes sociales, Etudes médicales, études d'hygiènes et de prophylaxie*, 1921, pp. 497 et 502.

[76] On avait ainsi d'une part, les services curatifs destinés aux Européens et leur personnel (administrateurs coloniaux, marchands et cadres et personnel indigène employé dans l'armée et l'administration), et les dispensaires pour le personnel indigène créés surtout par les entreprises et les plantations. D'autre part, des mesures d'hygiène et de prévention destinées essentiellement aux populations autochtones.

Pour demeurer fidèles à leurs logiques racialistes et ségrégationnistes, les expansionnistes se sont dotés dès le départ d'un vocabulaire, qui comme le souligne C. Coquery-Vidrovitch, a bercé leur bonne conscience[77]. La plus significative de ces expressions est : "la mission sacrée de civilisation", dévolue aux nations dites "évoluées". Elle est appréhendée par M. Weber comme "une rhétorique de la domination", en vue de légitimer l'exploitation économique systématique des colonies. C'est en raison de cette prétendue "mission civilisatrice", que vont aussi se construire les premiers réseaux coloniaux de santé en Afrique. Pour mieux les comprendre, il convient tout d'abord de cerner l'administrateur colonial dans ses interactions avec les experts des OI de santé dans l'entre-deux guerres. Notons tout d'abord que c'est le 9 décembre 1907 que les administrateurs coloniaux de la future AEF et du Congo belge, annoncent l'adhésion de leurs possessions à l'OIHP. Cette demande d'adhésion n'est considérée qu'en 1929, comme permettent de l'attester plusieurs correspondances officielles[78]. Pour cerner les enjeux de cette prise en compte tardive de l'adhésion de l'AEF et du Congo belge au sein des OI de santé, il faut avant tout comprendre que celle-ci intervient dans un contexte de l'après Première Guerre mondiale. Un contexte d'autant plus important, qu'il est créateur d'une OI porteuse de nouvelles idéologies.

Au lendemain de cette guerre mondiale en effet, deux tendances s'opposent en France, relativement à la question coloniale, comme c'était déjà le cas en 1883 pour l'Egypte[79]. La question divise capitalistes, représentés par les milieux d'affaires, et tenants des politiques sociales. Au-delà de leur apparente opposition, ces deux tendances présentent des « traits à la fois d'archaïsme et de modernisme complémentaires », dont l'application sur le terrain marque par l'analogie des prises de position où « la préfiguration des nécessités économiques à venir se heurte aux limites immédiates et têtues de la colonisation politique »[80]. Coquery-Vidrovitch conclut néanmoins que c'est Albert Sarraut, ancien administrateur colonial (Gouverneur général de l'Indochine, entre 1911 et 1914) et ministre français des colonies (de 1920-1924, puis de 1932-1933), qui ouvre la porte à ces idées novatrices au fondement des réseaux d'acteurs humanitaires coloniaux en direction du continent africain.

---

[77] C. Coquery-Vidrovitch, « Colonisation ou impérialisme : la politique de la France entre les deux guerres », in *Le Mouvement social*, n°107 (Apr.-Jun., 1979), pp. 51-76.
[78] Voir Fonds OIHP_A3.pdf, archives numérisées.
[79] Il est aujourd'hui connu par exemple que la France a définitivement perdu l'Egypte parce qu'elle n'avait pas reçu le soutien du Parlement face à la rivalité qui l'opposait à la Grande-Bretagne.
[80] Coquery-Vidrovitch, « Colonisation ou impérialisme », p. 51.

Député radical-socialiste (1902-1924) né à Bordeaux en 1872, Albert Sarraut est juriste de formation. En tant que ministre des colonies, il va jouer un rôle de première importance dans la structuration des premiers réseaux d'acteurs humanitaires. C'est ainsi qu'il élabore, en 1921, un plan de « mise en valeur des colonies »[81] : ce que Jean-Pierre Olivier de Sardan et Thomas Bierschenk appellent « l'ancêtre du développement »[82]. Face aux difficultés rencontrées par le ministre dans la mise en œuvre de ce projet, et convaincu de son importance, A. Sarraut fait publier, en 1923[83], ce qui deviendra, pour les périodes coloniales d'après, explicitement ou non, le « modèle à tous les projets [impérialistes] ultérieurs »[84] dans les colonies[85].

La politique de "mise en valeur des colonies" vise avant tout la spoliation du colonisé. Les questions d'hygiène dans les colonies y occupent une part importante du projet de "civilisation"/dé-civilisation, ou mieux, de déstructuration de la culture du colonisé. De l'avis de Sarraut en effet, la *politique indigène* est synonyme de "conservation de la race", c'est pourquoi il convient absolument d'« organiser et poursuivre méthodiquement, [...] la lutte énergique contre les maladies, les épidémies [...] qui [...] déciment terriblement les populations autochtones ». Le cas des épidémies meurtrières liées à la recrudescence de la variole, des ravages causés par la grippe espagnole, entre 1918-1919, de même que les "famines violentes et prolongées" qui surviennent par exemple au Gabon, jusqu'en 1925[86], sont là pour "faire entendre raison" aux sceptiques. Le but est – du moins officiellement – d'en finir avec

---

[81] Ce plan devait s'étendre sur une période de dix à quinze ans, pour un coût total de 3,5 milliards de francs, c'est-à-dire, un peu plus de 270 milliards de francs 1976. L'ambitieux projet de Sarraut ne put voir le jour immédiatement car, de l'avis de Coquery-Vidrovitch, l'absence de crédits et surtout le choix du Parlement "de consacrer les ressources françaises à la reconstruction nationale intérieure", ne milita pas pour son exécution. Il ne fut cependant pas abandonné.

[82] J.-P. Olivier de Sardan, T. Bierschenk, « Les courtiers locaux du développement », *Bulletin de l'APAD*, n°5, 1993, [en ligne], consulté le 11 janvier 2017. URL : http://apad.revues.org/3233

[83] Voir à cet effet, A. Sarraut, *La mise en valeur des colonies françaises*, Paris, Payot, 1923. Voir aussi M. Thomas, « *Albert Sarraut, French Colonial Development, and the Communist Threat, 1919-1930* », in *The Journal of Modern History*, Vol. 77, n°4 (Décember 2005), pp. 917-955.

[84] *Ibid*., p. 51. Il est important de souligner avec Coquery-Vidrovitch que ces idées reprises par Sarraut, ne sont que le reflet de celles évoquées à la conférence coloniale de 1917, et dont il allait précipiter l'évolution. Ladite conférence depuis lors, mieux connue sous le nom de *Conférence Maginot* (du nom de son promoteur, A. Marginot, banquier, armateur et colon), se tient le 30 juin de cette année et réunit un peu plus de 250 délégués des affaires, de la politique et de l'administration coloniale, dans le grand amphithéâtre de l'École coloniale. Il fut surtout question au cours de cette rencontre coloniale, de préciser les moyens à mobiliser, pour obtenir des colonies, la beaucoup plus large « contribution des denrées alimentaires » de la métropole, et d'assurer pour son avenir, « une puissante renaissance économique ». Quelques noms des participants à cette conférence sont bien connus il s'agit entre autres : J. Le Cesne, F. Bohn, G. Seguin, E. Baillaud, les frères Prom, P. Buhan, P. Delmas, Angoulvant, C. Noufflard, A. Duchêne, R. Le Hérissé, B. Diagne, etc. Cf. M. Michel, *Les Africains et la Grande Guerre. L'appel de l'Afrique (1914-1918)*, Paris, éd. Karthala, 2014.

[85] Marc Michel résume le projet de Sarraut en trois grands mots : "mettre en valeur, protéger et équiper". Voir M. Michel, *Les Africains et la Grande Guerre*, p. 173.

[86] C. Coquery-Vidrovitch, « Colonisation ou impérialisme », p. 52.

l'importante mortalité, surtout celle des enfants, ce qui nécessitait en conséquence le développement de l'hygiène générale, de la prophylaxie, l'augmentation des services de prise en soins, l'organisation des services mobiles de santé, la formation des praticiens, etc.

Un nouveau cadre normatif et réglementaire fait bientôt suite à ces idées. Les deux décrets signés par Th. P. Marchand (Commissaire de République française au Cameroun, de 1923 à 1933), permettent d'étayer ce propos. Si le premier texte limite la mobilité des "indigènes" qui serait la cause de la circulation des épidémies, le second organise la pratique de "l'indigénat". L'arrêté du 15 octobre 1924 que Marchand signe détermine les infractions spéciales en matière de santé. Celui du 7 août 1925, enfin, institue l'usage d'un "laisser-passer" limitant les déplacements d'un centre de soin à un autre. Le rôle dévolu à l'éducation et à l'enseignement de l'hygiène, dans les écoles dans ce processus de médicalisation des colonies, est alors central. Il est marqué en Afrique Équatoriale Française (AEF), par la signature le 2 janvier 1937, d'un arrêté du Gouverneur général J.-F. Reste, « portant organisation générale de l'enseignement en Afrique équatoriale française »[87]. Ledit texte, dans son article 18 notamment, institue une « inspection médicale scolaire »[88]. Un service dont le siège est fixé à Brazzaville[89], et qui donne la possibilité aux médecins de « l'assistance médicale » de procéder « aussi fréquemment que possible, et au minimum deux fois par an, à l'examen médical des élèves de leur ressort »[90].

Un accent particulier est ainsi mis, dans le cadre de cet enseignement, sur l'hygiène corporelle des élèves. Il consiste aussi bien en l'inspection de la propreté corporelle et vestimentaire, qu'à donner des conseils d'hygiène utiles. L'enseignant de l'hygiène devait ainsi inculquer à l'élève les règles à observer dans la vie courante et allant dans le sens du respect des lois de l'hygiène. Il s'agit pour cela, d'imposer aux élèves des pratiques régulières comme les « ablutions quotidiennes », le lavage des dents après chaque repas, le lavage de leurs habits au moins une fois par semaine, la coupe régulière de leurs ongles et de leurs cheveux, etc. Un tel engagement dans l'enseignement de l'hygiène dans les écoles vise à former aux règles

[87] Journal Officiel de la République Française (JORF), « Arrêté du 2 janvier 1937 portant organisation générale de l'enseignement en Afrique Equatoriale Française », 1937.
[88] L'objectif de cette institution placée sous la responsabilité du médecin inspecteur général des services de santé (IGSS) est entre autres, de pratiquer des visites médicales journalières systématiques et biométriques des élèves au sein des écoles par une équipe de santé comprenant un médecin – en principe, le médecin chef de chaque département – et quelques infirmiers évoluant uniquement dans les collèges. Ledit médecin doit dès lors compter sur la collaboration des « maîtres européens ».
[89] D'abord installé à l'école secondaire de la capitale de l'AEF (ENA), le service est plus tard transféré à l'école des cadres de l'AEF. Intégré en 1958 au centre sportif de Bacongo, puis Moukoundzi-Ngouaka, il aménage entre 1981 et 1983, dans les locaux du ministère de la recherche scientifique.
[90] JORF, « Arrêté du 2 janvier 1937 ».

d'hygiène la communauté tout entière. Il se doit, par ailleurs, d'insister sur l'éducation de la jeune fille car, de l'avis de l'administration coloniale, c'est elle qui exercerait l'influence nécessaire sur les jeunes générations dans leurs années de formation.

Les habitudes hygiéniques se développant longtemps avant même que l'enfant ait intégré le milieu scolaire, négliger la « participation efficace » de la jeune fille serait ainsi limiter les résultats des efforts consentis[91]. Si l'ensemble des dispositions ainsi prises dans les colonies s'inspirent des modèles appliqués dans les métropoles, et notamment en France, depuis le début du XVIII[e] siècle[92], elles visent aussi et surtout à répondre aux exigences internationales en la matière. Les idées de Sarraut ont en effet eu un retentissement particulier, aussi bien pour les administrations coloniales françaises, que pour les colonies concurrentes (anglaise, belge, espagnole, ou portugaise)[93]. Nous pouvons même supposer que les OI de santé elles aussi, en ont reçu une influence, comme il apparaît clairement dans ce discours du directeur de l'OIHP en 1929, au moment de l'adhésion de l'AEF à cet office :

> Il est inutile de souligner toute l'importance de ces nouvelles collaborations, à un moment où les questions coloniales, touchant la mise en valeur et l'organisation des pays d'outre-mer, prennent un développement de plus en plus accentué, dans lequel le côté sanitaire est au premier plan. L'Office International d'Hygiène Publique espère vivement que le représentant du Colonial Office pourra bientôt siéger dans le Comité…[94].

Il n'est pas osé de conclure qu'ici encore, le rôle de Barrère toujours présent à l'OIHP, avait servi à faire entendre la voix d'une France dont Sarraut s'était fait le défenseur. Si les éléments réunis à cette étape de notre recherche ne permettent pas d'établir clairement les interactions entre Sarraut et Barrère, on peut tout de même voir dans cette similarité de langage entre colons et experts, une appropriation par l'OIHP du discours colonisateur de Sarraut, qui témoigne de l'importance des dynamiques circulatoires, et que permet de mieux saisir l'approche par les *Policy transfer*. Si le glissement de l'idéologie nationale vers la sphère internationale reste difficile à établir, celui allant dans le sens contraire apparaît comme une évidence. La mise en « agenda global » des politiques de santé par la signature des conventions sanitaires internationales semble en effet avoir donné une orientation générale aux mesures

---

[91] *Ibid*.
[92] S. Parayre, « De l'hygiène à l'hygiène scolaire : les voies de la prévention à l'école (XVIII[e]-XIX[e] siècles) », in *Carrefours de l'éducation*, n°32, 2011/2, pp. 49-63.
[93] M. Michel va jusqu'à conclure que « par leurs implications locales, de «mise en valeur », les perspectives impériales que la Grande Guerre a fait naître pèseront donc sur l'avenir de la fédération africaine d'une manière telle qu'elles détermineront puissamment les orientations fondamentales de son avenir économique ». Voir M. Michel, *Les Africains et la Grande Guerre*, p. 172.
[94] OIHP, Comité international permanent, Session ordinaire d'octobre 1929, (première séance), p. 16, in Procès verbal du Comité permanent de l'OIHP, 1928-1929, Bibliothèque, OMS/GVA.

d'hygiène dans les États-membres et dans les colonies, surtout à partir de l'entre-deux-guerres. Les réglementations sanitaires antérieures, notamment celles sur la police sanitaire maritime, de même que celle sur la navigation aérienne signée à la Haye le 12 avril 1933, ont fait une place aux colonies, après les maladies pestilentielles, à la trypanosomiase (THA) surtout, comme le précise du moins le gouverneur Reste, dans sa circulaire n°37 adressée à MM. les gouverneurs délégués de l'AEF, et relative aux tournées médicales[95].

Acteurs impériaux et internationaux constituent ainsi de véritables réseaux interconnectés. Ils s'inspirent, entre autres, des principes missionnaires pour mettre en place des lois civiles et pénales en matière de santé, qui leur donne le droit d'intervenir dès lors que survient une menace épidémiologique avérée ou non. Ou encore que des comportements indigènes tendent à entraver cette action sanitaire. Les lois ainsi instaurées mettent en place, un système de "protection" des populations dans lequel l'éducation sanitaire et la diffusion des modèles d'hygiène européenne – aussi bien au sein des communautés que dans les écoles coloniales – tiennent une place centrale, comme nous l'avons souligné ci-avant. L'expérimentation variée des modèles sanitaires occidentaux, en Afrique, débouche sur une œuvre qui résume bien les ambitions de ce courant réformateur et colonisateur dont A. Sarraut s'est fait le porte-parole au début des années 1920.

2.3. Le colonisé : sujet/objet du processus de diffusion des savoirs experts

Contrairement à une analyse classique des réseaux sociaux qui tend à n'accorder d'importance qu'à certaines catégories (macro-catégories), notre étude entend plutôt donner une place centrale à ceux vers qui les actions sanitaires menées sur le continent sont destinées : les colonisés. Ceux-ci ont joué un rôle capital dans la diffusion et la réception des normes sanitaires coloniales. Ce faisant, notre analyse s'inscrit dans la logique constructiviste que défendent Klotz et Lynch, pour qui, en « incluant explicitement […] les catégories sexuées, les mouvements sociaux, […] dans la rubrique « agent », on pose la question de la formation de l'identité et on est appelé à prendre en considération un nombre accru de mécanismes de changement »[96]. C'est ainsi que deux micro-catégories sont considérées dans le cadre de notre étude. Il s'agit d'une part de l'élite : les chefs de villages (improprement désignés "chefs traditionnels"), ceux qui, en raison d'une quelconque formation, étaient taxés d'"évolués", et

[95] ANC, « Circulaire n°37 au sujet des tournées médicales », 17 mars 1937, GG 445 (2).
[96] A. Klotz, C. Lynch, « Le constructivisme dans la théorie des relations internationales », in *Critique internationale*, n°2, 1999, pp. 51-62.

les "auxiliaires de santé" œuvrant aux côtés du colon ("médecin blanc").

D'autre part, on avait les populations locales, que l'autorité coloniale appelle "les indigènes". Parmi eux les "tradi-praticiens" ou "féticheurs", et le "petit peuple" ("villageois"), partagé entre deux traditions de médication et de médicalisation. Chacune de ces micro-catégories, ainsi listée, va jouer un rôle clé dans la circulation de savoirs experts véhiculés par les réformateurs (colons, experts). Ce d'autant que c'est vers elles que sont tournées les mesures prises au niveau macro. Cette influence du colonisé peut être appréhendée ici sous une double acception : la première entend saisir les élites locales dans leurs interactions avec les réformateurs. La seconde approche, quant à elle, est celle qui consiste à considérer le rôle joué par les populations dans la détermination des résultats escomptés. L'objectif d'une telle démarche est de mener une analyse du rôle du colonisé dans la diffusion des savoirs des experts, mais aussi dans la réception de ces normes par les populations.

En matière de diffusion des normes sanitaires "modernes" dans les colonies par les élites, soulignons tout d'abord qu'un certain nombre d'entre elles va œuvrer aux côtés des colons comme relais auprès des populations. Appréhender "l'élite" dans cette perspective permet de mettre en évidence son rôle dans la "définition d'une politique en termes de centralisation des mouvements sociaux et de leur intégration"[97]. Pour mieux comprendre ce rôle, il convient de rappeler que l'administration coloniale a démantelé, dans les sociétés, toute autorité locale susceptible de nuire à son expansion. Ce processus de morcèlement de l'espace politique voit disparaître les grands empires et royaumes préexistants dont la « force de cohésion » est sinon annihilée, du moins domestiquée[98].

Le système social pyramidal ou jacobin qui les remplace dans leur grande majorité est centralisé autour du Gouverneur général et unifié par une législation transcendant les « particularismes coutumiers ». Une telle organisation a eu cependant le mérite d'intégrer dans un même ensemble, les peuples vivant pour la plupart, de manière dispersée en de multiples communautés. Le but de ce choix était de s'assurer un contrôle sans faille sur les populations, par le biais d'une autorité locale docile et disposée à collaborer. C'est elle qui procédait en cas de besoin, au rassemblement de la population, ou à la diffusion de l'information sanitaire par

[97] A. Colonomos, « Sociologie et science politique : les réseaux, théorie et objets d'études », in *Revue française de science politique*, 45e année, n°1, 1995, pp. 165-178.
[98] S.-P. Ekanza, « Le double héritage de l'Afrique », in *Études*, Tome 404, 2006/5, pp. 604-616.

voie de radio en langue locale, compte tenu parfois des barrières linguistiques. Les chefs avaient aussi pour rôle de sensibiliser les populations à la participation aux campagnes vaccinales et de les contraindre à s'y rendre s'il le fallait. Nombreux sont les chefs qui furent récompensés pour leur loyauté. En plus des chefs de villages, les élites formées aux pratiques sanitaires ("les jamotins" par exemple, ou auxiliaires du Dr. Jamot) allaient œuvrer aux côté des "médecins blancs", participant aussi à leur manière, à la diffusion des savoirs réformateurs. Comme moyens utilisés pour diffuser ces savoirs ou injonctions des réformateurs, l'administration coloniale s'appuie sur les centres de santé.

Outre l'offre de renseignements sur les patients qui avaient coutume de consulter un "guérisseur", ces centres de santé procurent une éducation sanitaire dont le but est l'éradication de la pratique d'une médecine autre que celle présentée comme "moderne"[99]. Les autorités locales contribuent ainsi à la diffusion des idées "de civilisation" masquées derrière les choix imposés du haut par les réformateurs comme "exigence de la logique d'État". Elles leur donnent ainsi plus de visibilité dans la société, de par leur position privilégiée.

D'un autre côté, nous avons une élite "cultivée" et nationaliste qui au contraire a été fondamentalement opposée au pouvoir réformateur. Sortie des universités et des institutions internationales, elle est à l'origine de l'émergence d'une classe de leaders impulsant de nouvelles dynamiques du changement. Bellier montre en effet comment, en sortant de la condition de « subalterne », de « non-sujet », « non-citoyen », ces leaders introduisent « la perspective d'une transformation historique »[100]. Ils portent plutôt les idéaux d'une société libérée de toutes contraintes. Viennent ensuite les masses rurales surexploitées, contraintes aux soins médicaux et aux traitements inhumains les plus atroces. G. Lachenal étudie la réaction des colonisés, face à la "lomidinisation"[101]. Les conséquences parfois mortelles de ces

[99] S. Ayangma, « Autorités coloniales et postcoloniales face à la question de l'offre des soins de santé « parallèles » au Cameroun, 1916-2000 », in Y. B. Djouda Feudjio, H. B. Nguendo Yongsi, & A. Socpa, (éds.), *Offres, recours & accès aux soins de santé parallèles en Afrique : Des acteurs en quête de légitimité sociale, médicale et institutionnelle*, Québec, Éditions de la Différance Pérenne, en collaboration avec l'*International Journal of Advanced Studies & Research in Africa* (IJASRA) et l'École des Sciences de la Santé de l'Université Catholique d'Afrique Centrale (ESS/UCAC), 2015, pp. 29-45.
[100] I. Bellier, « Global Challenge : À propos de l'Occident décroché », in *Civilisations*, Vol. 58, n°1, « American Afrocentrism(e)s américains », pp. 131-140.
[101] Injections douloureuses de Lomidine (un médicament "miracle") qu'ils subissent contre la maladie du sommeil et dont le traitement avait été rendu obligatoire par l'administration coloniale, au travers de la médecine sociale de masse.

pratiques[102], dont avaient conscience certains colonisés, vont être à l'origine des rejets et des résistances multiformes, dont l'une des plus significatives est le refus de se rendre dans les centres de soin, le boycott des campagnes d'hygiène et vaccinales et la pratique clandestine de la médecine locale interdite et plus souvent assimilée par le colonisateur à du "fétichisme" ou encore à de la "sorcellerie"[103]. De telles résistances doivent avant tout être interprétées comme des conflits culturels, fruit de la « collision » entre représentations historiquement situées du rôle dévolu aux acteurs sur l'arène de la santé publique internationale. Il n'est pas exclu que de telles attitudes aient eu une certaine influence, notamment sur les statistiques sanitaires parfois biaisées, et capitales pour la planification sanitaire.

On peut donc admettre que l'action sanitaire des réformateurs en Afrique n'aurait eu de sens qu'avec l'interaction de ces derniers avec une population locale active se servant des moyens dont elle disposait et de sa position sociale ou politique, pour se faire entendre dans le processus complexe de mise en œuvre des politiques sanitaires dans le continent. Les résistances de certaines élites opposées au pouvoir réformateur et des populations réfractaires à certaines pratiques contestables ont eu un effet certain sur les politiques sanitaires adoptées.

II. De la lutte contre les grandes endémies en Afrique centrale à l'internationalisation de la santé des colonies

La question de la lutte contre les grandes endémies, dans les territoires dominés, a toujours préoccupé les administrations coloniales, quoique pour des raisons essentiellement réalistes comme c'était le cas pour la plupart d'entre elles. L'idée de "civilisation" a très souvent été présentée comme justificatif de la diffusion des normes occidentales en la matière. La naissance des premières organisations internationales, au début du XIX^{e} siècle, vient accélérer un processus d'internationalisation des politiques sociales, inaugurée par les missions en Afrique depuis le XV^{e} siècle. Pour comprendre comment s'est faite cette internationalisation des politiques sanitaires dans les colonies de la sous-région méso africaine, il est apparu nécessaire de partir de leur prise en compte au sein de l'OHSDN (1). L'analyse du rôle capital joué par la crise des années 1930 dans l'accélération de ce processus a également été éclairant

[102] Lachenal fait par exemple allusion à l'utilisation déraisonnée de la Lomidine, à l'origine de plusieurs décès. Ce qui l'amène à parler de « bêtise coloniale » ou encore de « scandale pharmaceutique », dans l'optique de mettre à nu les limites et les dangers de cette pratique médicale européenne.
[103] S. Ayangma, « Autorités coloniales », p. 30.

(2), pour mieux cerner l'effectivité de cette internationalisation (3).

1. L'OHSDN et les territoires colonisés : l'érection d'une cause humanitaire internationale

Que la santé soit devenue un enjeu majeur des préoccupations internationales, au lendemain de la Première Guerre mondiale, n'est pas surprenant. Le secteur de la santé va en effet cristalliser des espoirs de "renaissance d'un dialogue international", comme le souligne Iriye[104]. Sinon comment comprendre que l'adhésion des colonies d'Afrique centrale au sein des OI de santé ne soit devenue effective qu'après les années 1920, alors qu'elle avait été signalée depuis 1907. Notons tout d'abord que les statuts de la SDN née en 1919 prévoyaient, dans l'article 23f, de prendre des mesures en matière de prévention et de contrôle des maladies[105]. C'est ainsi que les fondateurs de la Société mettent en place, en mai 1920, une Commission temporaire des épidémies chargée de piloter les actions sanitaires entreprises dans les pays touchés par la guerre. L'objectif étant de fournir à ces États l'aide et l'assistance médicales nécessaires. Les résultats de cette première expérience permettent de soulever la question de la création d'une organisation unique de santé dépendant de la SDN.

Les nombreuses discussions entreprises sont partagées entre considérations anglo-américaines et françaises[106], et aboutissent à l'adoption d'un plan pour sa création à la première Assemblée de la SDN le 10 décembre 1920. C'est ainsi que l'OHSDN voit le jour en 1923. Seulement, de nombreux États signataires de "l'Arrangement de Rome de 1907", à l'origine de l'OIHP, n'adhèrent pas à la SDN. C'est le président W. Wilson qui lance par exemple l'idée de la SDN, alors que les États-Unis, à la tête desquelles il se trouve, n'intègreront jamais cette société. Ces pays, qui comme les États-Unis, n'étaient pas membres de la SDN, ne pouvaient pas non plus être membres de l'OHSDN. Ce qui justifie, en partie au moins, le maintien de l'OIHP au lendemain de la naissance de l'OHSDN, comme un organe "autonome" qui conserva son siège à Paris, "sans modification de sa composition et de ses attributions"[107]. C'est donc de manière coordonnée que les deux institutions vont œuvrer[108].

---

[104] A. Iriye, *Global Community*, p. 21.
[105] Voir N. Howard-Jones, « Origins of International Health Work », in *The British Medical Journal*, Vol. 1, n°4661, (May 6, 1950), pp. 1032-1037.
[106] *Société des Nations : ses fins, ses moyens et son œuvre* (édition révisée), Genève, secrétariat de la SDN, 1938.
[107] « Extrait du Rapport de la Commission mixte spéciale composée des Délégués du Comité d'Hygiène de la Société des Nations et des Délégués du Comité de l'Office International d'Hygiène Publique », Annexe du Procès Verbal de la 6e séance, 27 octobre 1923, Bibliothèque, OMS/GVA.
[108] Voir N. Howard-Jones, « Origins of International Health Work », p. 1036.

Les figures suivantes extraites d'un récent travail de Paillette présentent un organigramme de l'OIHP et donnent un aperçu des rapports complexes qui la lient à l'OHSDN. Elles soulignent aussi le rôle déterminant de la *Rockefeller Foundation* dans le fonctionnement de cette dernière.

Fig. 1 : Schéma organisationnel d'hygiène publique (OIHP) en 1908

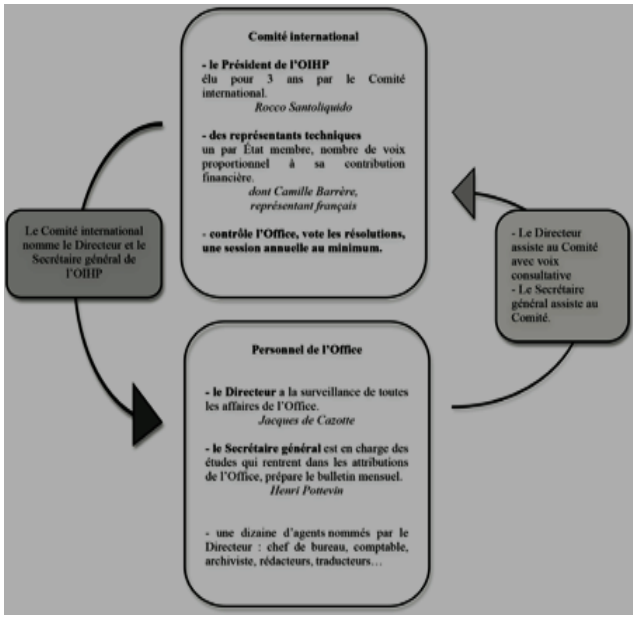
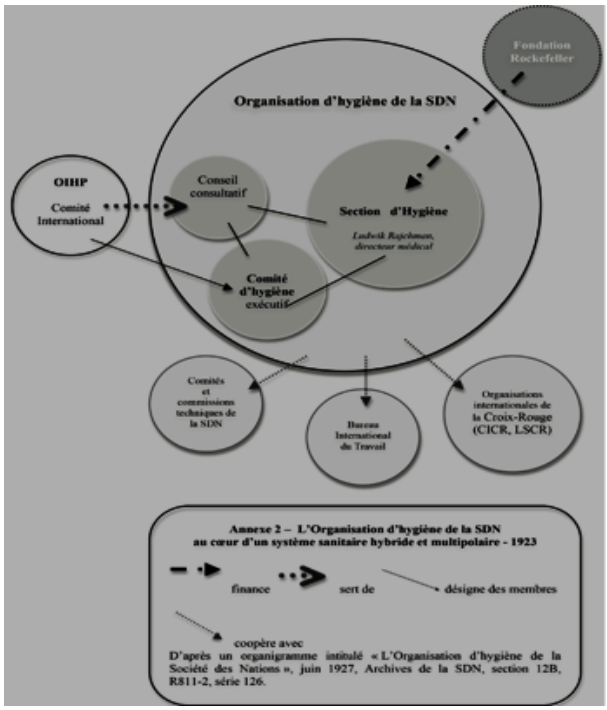


Fig. 2: L'Organisation d'hygiène de la SDN au cœur d'un système sanitaire hybride et multipolaire



Source : C. Paillette, « Épidémies, santé et ordre mondial. Le rôle des organisations sanitaires internationales, 1903-1923 », in *Monde(s)*, n°2, 2012/2, pp. 235-256.

Comme il peut être relevé dans ces deux figures, le Comité international de l'OIHP nomme le directeur de l'office, de même que son secrétaire général. Il sert de Conseil consultatif à l'OHSDN, dont l'un des organes de décision les plus importants est la Section d'Hygiène que finance en grande partie la *Rockefeller Foundation*. C'est le même Comité qui désigne aussi bien les membres du Comité d'hygiène de l'OHSDN, que ceux de sa Section d'hygiène. Ces figures donnent des pistes pertinentes d'analyse des rapports de pouvoir au sein des deux institutions internationales. Il existait, au sein de l'OIHP, six catégories de pays classés en fonction de leur contribution au fonctionnement de l'Office[109]. Le but d'une telle catégorisation apparaît clairement dans l'article VI des statuts organiques de l'Office :

> *The office is placed under the authority and supervision of an International Commitee consisting of technical representatives designated by the participating states in the proportion of one representative for each state.*
>
> *Each state is allowed a number of votes inversely proportioned to the number of the class to which it belongs as regards its participation in the expenses of the office*[110].

Avec Camille Barrère, comme représentant technique de la France à l'OIHP, le pays ainsi inscrit à la première catégorie disposait alors, au cours des délibérations de l'Office, d'un nombre de voix proportionnel à sa contribution financière. Les compatriotes de Barrère, quant à eux, Jacques de Cazotte (à la direction) et Henri Pottevin (au secrétariat général) occupaient comme on peut le constater, des postes clés dans le même Office depuis 1908 jusqu'au lendemain de la Première Guerre, et même après (1933). On peut, en tout état de cause, parler de cette double OI de santé ou du binôme OIHP/OHSDN comme une exclusivité française et américaine. L'un des pays détenant une marge importante du pouvoir politique et technique (la France) et l'autre (les USA) le pouvoir financier. C'est dans une telle configuration stratégique, et compte tenu du refus du Parlement français de s'engager dans le financement des questions d'hygiène des territoires d'outre-mer, tel que suggéré par le ministre des colonies, Albert Sarraut en 1921, que l'on peut trouver les origines de l'érection d'une "cause humanitaire internationale" en faveur des colonies.

Notons toutefois qu'à ses débuts, l'OHSDN se consacre à son rôle traditionnel de limitation de la montée épidémiologique. Ce qui favorise la création des centres d'intelligence

---

[109] Ce sont : le Brésil, l'Espagne, les USA, la France, la Grande-Bretagne, les Indes Britanniques, l'Italie et la Russie par exemple étaient inscrits à la première catégorie.

[110] *Arrangement between the United States and others powers for the establishment of the International Office of Public Health*. AOIHP/OMSGVA. Document aussi disponible in *The American Journal of International Law*, Vol. 3, n°2, Supplement: Official Documents (Apr., 1909), pp.152-158.

épidémiologique à Genève et à Singapore[111]. C'est la création en 1934 d'une Commission technique de la nutrition qui inaugure un travail d'expertise internationale de l'OHSDN, qui est de l'avis d'Howard, l'un des plus connus[112]. I. Borowy pense en effet que l'OHSDN est sans doute l'OI de santé créée au début du XX^{e} siècle, qui embrasse à la fois, le plus grand nombre d'activités diverses[113]. Ces activités consistent à la mise en place des commissions de standardisation biologiques, de même que l'offre des informations épidémiologiques et des statistiques médicales.

Parmi les projets que l'OHSDN met en place, se trouvent les programmes de lutte contre le paludisme et le cancer, des échanges internationaux d'experts, la classification des causes de décès, l'établissement et l'assistance pour les systèmes sanitaires[114]. C'est dans le Comité d'hygiène (CH) que se réunissent les fonctionnaires ou des scientifiques venus de divers pays[115]. C'est en effet le CH qui décide des programmes prioritaires, dont la Section d'hygiène (SH) doit assurer la réalisation. À la tête de cette SH se trouve le Dr. Ludwik Rajchman, un Polonais, que Borowy décrit comme "volontariste", car il a souvent été à l'initiative de nombreux programmes[116]. Cet intérêt que l'OHSDN porte à de nombreux domaines sanitaires est en effet une innovation, dont le but est comme le souligne Howard, d'investir

> *a wide and ever-growing range of medical subjects upon which international agreement was desirable or in relation to which the more advanced countries could, through an international agency, confer benefits upon countries whose technical ressources were more limited*[117].

On peut alors conclure que l'OHSDN s'inscrit, dans la logique de "l'humanitaire" et du "philanthropique". La même qui a marqué aussi bien l'œuvre des premiers missionnaires, que celle des administrations coloniales, ou plus tôt encore, celle d'une bourgeoisie occidentale résolue à "civiliser" les prolétaires. La création de l'OHSDN, en 1923, permet ainsi d'assurer la circulation des savoirs experts, ou modèles sanitaires, contribuant par la même occasion, à la diffusion de nouveaux mécanismes de lutte contre les maladies. Pour ces fonctionnaires de l'OHSDN, issus surtout des milieux sanitaires, administratifs et diplomatiques nationaux, le

---

[111] N. Howard-Jones, « Origins of International Health Work », p. 1036.
[112] *Ibid*.
[113] I. Borowy, « La Société des Nations, la crise des années 1930 et la santé », in *Les Tribunes de la santé*, n°36, 2012/3, pp. 21-27.
[114] *Ibid*., p. 21.
[115] Le Comité d'hygiène (CH) tenait ses réunions une ou deux fois par an.
[116] I. Borowy, *Coming to terms whith World Health. The League of Nations Health Organization 1921-1946*, Frankfurt am Main, Peter Lang, 2009, pp. 57-71.
[117] N. Howard-Jones, « Origins of International Health Work », p. 1036.

colonisé est devenu la "cible commune" de leur action, un "justiciable d'une intervention protectrice"[118]. C'est ainsi que l'OHSDN fédère autour de son projet, "une série de réseaux réformateurs voisins", assurant des fonctions de conseil et d'expertise au niveau des administrations coloniales. Il est difficile, dans l'état actuel de notre recherche, de savoir sur quelle base sont choisis les experts de l'OHSDN. Notons toutefois que leur profil est déterminé aussi bien par des nécessités institutionnelles dictées par les États plus ou moins impliqués dans ces institutions que par des nécessités réelles de compétences. Les différents pays participants fournissent en effet de nombreux experts à l'origine de la diffusion d'un savoir technique, d'un savoir-faire et d'une expertise internationale. Une expertise qui participe du processus d'internationalisation des réseaux occidentaux (européens et étatsuniens) d'acteurs sanitaires. La circulation des idées réformatrices, dont fut tout d'abord porteur Sarraut, et qu'allait s'approprier l'OIHP/OHSDN, comme il a été analysé plus haut, justifie la nécessité de "civiliser" les colonies par le biais de l'hygiène et de la santé, en vue d'une exploitation efficiente. C'est-à-dire, l'impératif de véhiculer les "principes de rationalité, d'autorité, de scientificité" comme le dit Lachenal, des politiques coloniales de modernisation.

L'existence des deux Organisations, l'une technique et constituée d'experts (OHSDN) et l'autre diplomatique (OIHP) permet de rendre compte de ce que C. Paillette désigne comme étant "des universalismes convergents et divergents du jeu des acteurs, de leurs aspirations et de leurs pratiques, au sein et entre les institutions internationales, publiques et privées"[119]. L'érection des questions d'hygiène des colonies en "cause humanitaire internationale", débouche sur l'introduction d'un nouveau "système paradigmatique" qui justifie la genèse d'une médecine sociale dans les colonies et dont les racines peuvent être plongées à l'âge des grandes épidémies européennes. Ceci permet de récuser l'idée de la crise économique des années 1930, comme fondement d'une médecine sociale ainsi que le démontre I. Borowy dans certains de ses travaux.

2. La crise économique des années 1930 et la question de la médecine sociale

Rappelons qu'il convient de distinguer « médecine sociale » et « médecine socialisée ». Contrairement à cette dernière, la première s'appuie sur la dimension clinique et met un accent

[118] Voir J. Droux, « La tectonique des causes humanitaires : concurrences et collaborations autour du Comité de protection de l'enfance de la Société des Nations (1880-1940) », in *Relations internationales*, n°151, 2012/3, pp. 77-90.
[119] C. Paillette, « Diplomatie et globalisation », p. 138.

sur le préventif plutôt que sur le curatif. Insistant sur les pathologies de groupe, des familles et des sociétés, elle est fortement dominée par les sciences sociales et psychologiques avec lesquelles elle entend toutefois garder un minimum d'autonomie[120]. Une tendance historiographique actuelle met en co-relation la genèse de cette médecine avec la crise de la fin des années 1929. La question de l'impact de la crise de 1929 sur la santé publique a en effet fait l'objet d'importants travaux d'I. Borowy[121]. Pour l'auteure, la SDN avait été surprise par cette crise économique. Elle démontre que la difficulté de repérer dans les données de mortalité les effets négatifs de cette crise sur la santé publique avait rendu la situation difficilement interprétable. De même, les informations "contradictoires" que l'OHSDN recevait à Genève sur les effets de cette crise ne permettaient pas de réaliser qu'elles étaient les conséquences réelles de cet événement nouveau sur la santé[122]. En plus, l'OH connut, elle aussi, une baisse douloureuse de son budget en 1932. Ce qui, de l'avis de Borowy, fit monter la pression[123]. Cette situation avait conduit l'OHSDN à initier une "série de programmes" liée surtout à l'émergence de nouveaux types de problèmes[124]. L'ensemble de ces programmes auraient alors favorisé l'émergence d'une médecine sociale, comme le montre aussi C. Paillette, ou longtemps avant elles, Howard-Jones.

Présenter ainsi la crise des années 1930 comme raison fondamentale de l'adoption par l'OHSDN de nouveaux programmes de santé nous semble en effet pertinent, mais la crise seule ne suffit pas à expliquer ce phénomène. Nous pensons qu'il y a lieu de considérer également la prise en compte des colonies, dans cette organisation à partir de 1929[125]. L'une des raisons avancées par les impérialistes, pour justifier la colonisation, était d'apporter les "bienfaits de la science aux colonisés". La médecine coloniale particulièrement représente l'aspect humanitaire de cette "mission civilisatrice". Elle compte au nombre « de bonnes actions » que la science occidentale entendait devoir offrir à l'humanité. Elle constitue, avec l'éducation, la clé de voûte

---

[120] G. Iago, *Social medecine, Its derivations and objectives*, New-York, The Commonwealth fund, 1949.
[121] Voir par exemple I. Borrowy, « La Société des Nations », pp. 21-27. Voir également de la même auteure, « Crisis as opportunity : international health during the economic depression », in *Dynamis*, n°28, 2008, pp. 29-51.
[122] Un rapport publié par l'OH en août 1932 (OHSDN, « The economic depression and Public Health, Memorandum prepared by the Health section », Bulletin I, 1932) fait état de l'ampleur de la crise, mais aussi de la difficulté de tirer des conclusions claires sur ses conséquences sur la santé publique. En effet, le taux de mortalité, seule mesure traditionnelle de la santé publique, ne permettait pas encore de se prononcer sur ce phénomène. L'OHSDN invita tout de même, à l'établissement de nouvelles mesures, ou du moins, de nouveaux indicateurs de santé. Cf. ledit rapport, pp. 132 et 428. Voir aussi I. Borowy, « La Société des Nation », p. 22.
[123] I. Borowy, « La Société des Nations », p. 22.
[124] *Ibid*.
[125] Comme nous l'analysons plus loin, l'adhésion des colonies à l'OHSDN, pose en effet de nouveaux problèmes auxquels sont confrontés les colons dans les territoires dominés.

de son plan d'action et de sa justification idéologique, notamment avec l'émergence, dès 1923, des idées de « mise en valeur » des colonies développées par Albert Sarraut.

L'œuvre entreprise par les colons en AEF et au Cameroun, et notamment les campagnes de lutte contre la trypanosomiase humaine africaine (THA) menées par Eugène Jamot, entre 1916 et 1931, posent les premiers jalons de cette médecine sociale dans les colonies, dont la dimension préventive trouve ses origines dans la création en 1850, en Grande Bretagne, de l'« *Epidemiological Society* », à l'initiative de Lord Shaftesbury[126]. Après des études de médecine à Montpellier et à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales à Marseille, E. Jamot, à la suite d'un cours séjour en Afrique, retourne en France où il se forme en parasitologie à l'Institut Pasteur de Paris. Nommé vers 1914 directeur de l'Institut Pasteur de Brazzaville, ce n'est qu'en 1916 qu'il engage réellement une véritable lutte contre la THA, notamment au Cameroun. Jamot forme sur le tas de nombreux jeunes gens (les "jamotins"). Le produit dérivé de l'arsenic, la "tryparsamide" qu'employent alors ces "jamotins", contribue à rendre aveugle près d'un millier de personnes à Bafia au Cameroun.

De nombreuses autres affections, comme le paludisme, la lèpre, ont fait l'objet d'une attention particulière de la part de l'administration coloniale. En plus de ces maladies, nombreuses d'autres comme la tuberculose (TB) ou la syphilis par exemple, transportées en Afrique par les colons ont été aussi prises en charge. Cette œuvre sanitaire coloniale a permis de faire de l'Afrique un laboratoire pour les Européens. L'adoption d'une médecine sociale par l'OHSDN aurait sans doute été influencée par la crise des années 1930, les expériences de la médecine coloniale, mais aussi et surtout par la longue tradition épidémiologique par laquelle l'Europe, elle-même, était passée. Sa diffusion au lendemain de la crise économique de 1929 témoigne tout simplement d'une circulation de savoirs au sein de cette organisation dont les *policy transfer* ou *policy diffusion*[127] permettent de rendre compte.

---

[126] D. E. Watkins, « The English Revolution in Social medecine, 1889-1911 », PhD Thesis, University of London, 1984, p. 276.

[127] Voir C. Volden, C. R. Shipan, « The Mechanism of Policy Diffusion », in *American Journal of Political Science*, Vol. 52, n°4, 2008, pp. 840-857 ; T. Delpeuch, « L'analyse des transferts internationaux de politiques publiques : un état de l'art », in *Questions de recherche*, n°27, 2008, 69 p. ; F. Dobbin, B. Simmons, G. Garrett, « The Global Diffusion of Public Policies: Social Construction, Coercion, Competition, or Learning ? » in *The Annual Review of Sociology*, n°33, 2007, pp. 449-472 ; M. Evans, « Understanding Policy Transfer », in M. Evans (éd.), *Policy Transfer in Global Perspective*, Aldershot, Ashgate, 2004, pp. 9-43 ; C. J. Bennett, « What Is Policy Convergence and What Causes It ? », in *British Journal of Political Science*, Vol. 21, n°2, 1991, pp. 215-233 ; E. Graham, C. Volden, C. R. Shipan, « The Diffusion of Policy Diffusion », papier présenté au congrès annuel de l'*American Political Science Association*, Boston, 27-31 août 2008 ; D. Marsh, J. C. Sharman, « Policy Diffusion and Policy Transfer », in *Policy Studies*, Vol. 30, n°3, 2009, pp. 269-288 ; etc.

Les nouveaux programmes de médecine sociale mis en œuvre au lendemain des années 1930 n'avaient pas seulement pour objectif que – sans toutefois la créer – l'identification des conséquences de la crise sur la santé, mais aussi l'élaboration des stratégies qui devaient mener à mieux les aborder[128]. C'est dans cette dynamique d'ailleurs que sont mises au point des "méthodes statistiques" censées étudier les effets de cette crise sur la santé publique. La responsabilité de la statistique sanitaire de l'OHSDN est confiée à l'Allemand Emil Eugen Roesle, l'un des statisticiens médicaux les plus célèbres de cette époque[129]. Ces méthodes statistiques déjà utilisées dans les colonies allemandes[130], devaient fournir des recommandations pour les systèmes de santé avec "protection sociale"[131]. Quoique scientifiquement pertinentes, les visions de Roesle furent violemment contestées par ses collègues, l'Italien Corrado Gini, et l'Anglais Major Greenwood[132]. Ce service de statistiques de l'OHSDN avait été fondé en 1920 par l'Américain Edgar Sydenstricker. Il était co-financé par le *Milbank Memorial Fund*, dont Sydenstricker était devenu le directeur quelques années plus tard[133].

La présidence de la Commission chargée des recherches sur la manière de sauvegarder la santé fut confiée à G. Cahen-Salvador, délégué de la France à la SDN et secrétaire général du Conseil National Économique crée en France, en 1925, pour fournir une expertise économique au Gouvernement et au Parlement[134]. Son intérêt dans cette Commission siégeant à Genève fut, comme le souligne Borowy, focalisé "sur des questions sociales et pratiques plus qu'étroitement médicales"[135]. On peut bien le comprendre, surtout dans un contexte où, en France, une certaine opinion est favorable à la "mise en valeur des colonies" et où le parlement est plutôt enclin à investir dans la construction nationale, plutôt que dans la colonisation, encore moins dans la santé du colonisé. Cahen-Salvador peut ainsi être vu comme l'une des multiples courroies de transmission qui liaient les intérêts nationaux français aux OI de santé. De telles

---

[128] I. Borowy, « La Société des Nations », p. 21.
[129] *Ibid*., p. 23.
[130] Notamment au Cameroun entre 1910 et 1911.
[131] Une étude proche des idées de Roesle, prit en compte environ 12. 000 familles reparties dans trois villes. Elle révéla une augmentation de maladies dans les familles touchées par le chômage. Ces effets devaient être soulagés par l'aide sociale. Voir E. Sydenstricker, « Health and the depression », *Quarterly Bulletin of Milbank memorial Fund*, Vol. 11, n°4, 1933. Voir aussi I. Borowy, « La société des Nations », p. 23.
[132] Greenwood pensait par exemple qu'il était douteux d'estimer que le chômage avait un effet négatif sur la santé. Ce qui n'était pas la conviction de Roesle.
[133] I. Borowy, « La Société des Nations », p. 23.
[134] *Ibid*. Comme le souligne l'auteure, le Conseil national économique dont les experts étaient issus de divers groupes économiques, était devenu un haut lieu de confrontation.
[135] *Ibid*., p. 24.

interactions ont certainement milité à renforcer l'idée de médecine sociale désormais incarnée par l'OHSDN et que soutenait un certain nombre d'experts. Soulignons notamment avec Borowy, l'influence des idées d'Alfred Grotjahn, promoteur de la médecine sociale, dont l'ancien étudiant Franz Goldmann[136] était responsable des débats dans cette Commission. On peut alors comprendre comment l'idée d'une médecine sociale dont les premiers terrains d'expérimentation avaient été l'Europe d'abord puis les colonies, trouvent au sein de l'OHSDN une expression particulière. Ces mesures sont adoptées et considérées comme "utiles en général, pas seulement en temps de crise"[137]. Dans une mesure plus large, elles ont été sans grand rayonnement, avec des résultats décevants là où elles avaient été mises en pratique[138], notamment en Algérie où elles furent portées par l'inspecteur sanitaire Antoine Lasnet. Ces mesures prenaient également en compte les questions du financement des hôpitaux, de la formation à l'hygiène, de la prévention des maladies, du contrôle des médicaments, etc.[139] : autant d'idées que l'on retrouvera entièrement reprises dans la Déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaire (SSP) de 1978, la Charte d'Ottawa adoptée en 1986, et surtout l'Initiative de Bamako (IB) mise en place en Afrique par l'OMS et l'UNICEF, après 1987.

Les options de la majorité des représentants conviée à statuer sur de telles mesures portaient sur la nécessité de réduire les coûts des services de santé, à l'exception des Britanniques et des Belges du fait que la décentralisation des services de santé dirigés par des acteurs privés, religieux ou sectoriels dans leurs pays respectifs, jouait un rôle déterminant[140]. Quoique ayant débouché sur des résultats décevants, et parfois scandaleux, comme pour les cas de la THA évoqués plus haut, l'œuvre entreprise par l'OHSDN, au travers de ces programmes a favorisé la fourniture des résultats importants pour des recherches et discours à long terme. Elle a par ailleurs contribué à l'inscrire dans un vaste mouvement d'ensemble, débuté à l'âge des grandes épidémies occidentales. Qu'elle ait vu le jour plus tôt ou au moment de la crise des années 1930, comme le soutient I. Borowy, la médecine sociale est, aujourd'hui encore, une « partie intégrante des activités sanitaires internationales »[141].

---

[136] Pour lui en effet, le contexte de crise devait déboucher sur un « programme de politique sanitaire » identifiant des priorités qui allaient éviter des réductions du budget, liées à la duplication des activités. Cela n'était possible que s'il était mis en place, une « coordination optimale des services médicaux, des institutions médicales, économiques et sociales, publiques et privées ». Voir C. Antoni, *Sozialhygiene und Public Health, Franz Goldmann (1895-1970)*, Matthiesen Verlag, 1997.
[137] I. Borwy, « La Société des Nations », p. 24.
[138] *Ibid*., p. 25
[139] *Ibid*.
[140] *Ibid*., p. 24.
[141] *Ibid*.

3. L'internationalisation de la santé des colonies

Au moment où les efforts entrepris par les administrations coloniales ne produisaient que des résultats mitigés, le champ d'action international de la santé sociale a mobilisé un ensemble de conceptions diverses et très souvent divergentes, à côté d'une politique sanitaire coloniale[142]. L'internationalisation de la santé des colonies fait partie d'une prise en compte des milieux *a priori* appréhendés comme défavorisés. "L'hygiène sociale" intégrée dans l'OHSDN se fonde sur de nouvelles connaissances scientifiques incluant des savoirs dans les domaines comme la diététique, le logement, la pharmacopée, et d'autres domaines techniques en matière surtout d'ingénierie sanitaire comme sus évoqué. De nombreux travaux sociologiques traitent des transferts de ce type de savoirs experts, au fondement de la transnationalisation. Les auteurs, comme Yves Dezalay et Bryan G. Garth[143], emploient une grille d'analyse structurale en vue de la compréhension des processus d'importation et d'exportation des savoirs entre différentes nations. Ces auteurs montrent comment se fait le transfert de normes et de modèles juridique et politique, qui dépendent des stratégies et des rapports de force déployés par les acteurs nationaux. Cette approche est intéressante, dans la mesure où elle permet de mieux comprendre les mécanismes de transfert, qui insistent sur les capacités différentielles de certains acteurs (les experts en l'occurrence), groupes d'acteurs et organisations, en vue de la promotion de leurs idées et de leurs intérêts. Plusieurs types de transferts permettent en effet de voir comment s'opérationnalise un apprentissage réciproque issu d'une dynamique très souvent conflictuelle et même chaotique. Il s'agit des *uploading* (transfert par négociation), des transferts horizontaux (ou par apprentissage), et des *downloading* (transfert par hiérarchie)[144].

Les transferts par hiérarchie par exemple se font de deux manières : de manière contraignante et de manière incitative. Dans le cas des transferts par la contrainte, nous avons vu comment les administrations coloniales fixaient le cadre réglementaire et juridique qu'encadrait une série de textes relatifs à la pratique de la médecine sociale coloniale. Les arrêtés et décrets signés par le haut-commissaire Th. P. Marchand au Cameroun, dès le début des années 1920, ont permis de le mettre en évidence. Le caractère répressif (on parlait

---

[142] S. S. Amrith, I. Vallée, « L'internationalisation de la santé publique en Asie du Sud et du Sud-Est, entre 1919 et 1939 », in *Monde(s)*, n°1, 2012/1, pp. 89-112.
[143] Y. Dezalay, B. G. Garth (éds), *Global Prescription: The Production, Exportation, and Importation of New Legal Ortodoxy*, Ann Arbor, The University of Michigan Press, 2002.
[144] Voir par exemple L. Dumoulin, S. Saurugger, « Les policy transfer studies », in *Critique internationale*, n°48, 2010/3, pp. 9-24.

d'ailleurs de police sanitaire) de ces mesures allait contraindre les colonisés et les tenir à l'obligation de se rendre à des campagnes de vaccination et autres campagnes d'hygiène organisées par l'autorité coloniale et dans lesquelles les autorités locales (élites) jouaient un rôle de premier plan.

Les colonisés étaient aussi frappés d'interdiction de pratiquer tout mode de médication ou médicalisation locale appelé "fétichisme ou sorcellerie", le modèle colonial étant érigé en unique modèle. Les insoumis étaient alors considérés comme rebelles et étaient soit bastonnés[145], soit emprisonnés ou condamnés à payer des "amandes répressives". Les nommés Loulouga, N'jon, Bilong et Monha furent par exemple condamnés "à perpétuité et à 100 francs de taxe répressive chacun", de même que leurs complices Biyem Matiki, Bong Nje, et Mbeng Tjomb, ayant écopé chacun de "10 ans d'emprisonnement, dix ans d'interdiction de séjour [sur le territoire camerounais] et à 100 francs de taxe répressive", pour pratique de "fétichisme"[146]. Cette illustration est significative du sort qui était réservé à ceux qui s'étaient opposés au projet colonial de modernité ou à la politique coloniale de modernisation par la médecine dite conventionnelle.

Pour ce qui est des transferts par incitation, notons tout d'abord qu'ils suggèrent théoriquement, que les changements sont influencés par des facteurs cognitifs et culturels. Les savoirs et savoir-faire experts ont été mobilisés dans ce cas, pour véhiculer des valeurs et normes en matière d'hygiène. Elle justifie une circulation d'idées au sein de la classe dominée, qui se situe à une échelle moins contraignante des instruments de transferts des politiques. Cette diffusion des savoirs et savoir-faire au sein des milieux colonisés s'est faite au moyen surtout de l'école, de l'église, de l'éducation sanitaire dispensés aussi bien dans ces milieux d'étude que dans les centres de santé, dans les places publiques comme les marchés, mais aussi au moyen de la presse et de la propagande radiodiffusée généralement dans la langue du colonisé, par une élite collaborative. Dans les centres de santé par exemple, les médecins avaient pour mission d'enquêter sur les colonisés en vue de savoir ceux qui avaient été voir préalablement un féticheur ou qui avaient pratiqué des modes locaux de médication et de médicalisation.

Les patients devaient ainsi désigner celles de leurs connaissances qui étaient entrées en opposition avec les prescriptions de l'administration. Pour ce qui est de la presse et de la

---

[145] Voir J.-F. Bayart, « Hégémonie et coercition en Afrique subsaharienne. La « politique de la chicotte » », in *Politique africaine*, n°110, 2008/2, pp. 123-152.
[146] ANY, « Dossier d'un meurtre rituel dans une société à Babimbi », 1928, 2AC 906. Voir aussi S. Ayangma, « Autorités coloniales », p. 43.

propagande au contraire, le Ministre de la France d'Outre-Mer (MINFOM) recommande, en 1956 aux gouverneurs des régions, de mettre en œuvre une pratique qui était déjà bien courante dans les colonies. Il souligne, en faisant allusion à l'éducation sanitaire dans les colonies et à la pratique d'une médecine autre que celle autorisée : "L'étude de cette question par les comités sociaux régionaux, une discrète campagne de presse et des causeries radiodiffusées ou la tolérance la plus large s'allierait à la prudence politique et au respect des principes fondamentaux"[147]. Le Ministre poursuit sa correspondance précisant qu'une

> action sociale, intellectuelle et morale intensifiée dans les localités les plus attardées et ou se relèvent encore des manifestations de cette nature (l'éducation de base pouvant ici jouer un rôle particulièrement efficace) pourraient, entre autres moyens, et à plus ou moins longue échéance, avoir raison d'anachronisme de plus en plus inconciliables avec les aspirations africaines les plus élevées[148].

La problématique de l'internationalisation des politiques d'hygiène a soulevé des questions paradoxales dans l'Afrique coloniale. Pour S. Amrith et I. Vallée, la SDN va lancer « ses interventions sociales les plus ambitieuses et les plus innovantes pour promouvoir la qualité de vie à l'époque où elle était la moins efficace dans son rôle d'organe de sécurité internationale »[149], et donc, « au moment de son « échec » »[150]. Elle va se manifester par la facilitation des échanges entre les individus et les groupes de "différents courants politiques", généralement divisés par des oppositions[151] tantôt socialistes et fascistes, tantôt nationalistes et impérialistes. Les spécialistes des relations internationales de l'époque comme le soulignent les deux auteurs, ont théorisé un "internationalisme fonctionnel", non politisé et expert, dont le but était alors de repousser, au maximum, l'éventualité d'un affrontement politique ouvert.

Si la place des colonies d'Afrique était restée incertaine au sein de la « nouvelle architecture des relations internationales » jusqu'en 1929, les promesses faites par la SDN d'une autodétermination avaient joué un rôle déterminant dans l'ensemble du monde colonisé, aussi bien en Afrique qu'en Asie, comme le soutiennent Amrith et Vallée. Ces promesses avaient alors débouché sur une déception de la part des colonisés face au raffermissement du contrôle colonial et l'extension de l'influence impériale[152]. On peut alors être tenté de voir, dans la mise

---

[147] ANY, « Fétichisme-sorcellerie », 1956, 2AC 899.
[148] *Ibid*.
[149] S. S. Amrith, I. Vallée, « L'internationalisation de la santé », p. 91.
[150] *Ibid*.
[151] *Ibid*., p. 92.
[152] Voir E. Manela, *The Wilsonian Moment: Self-Determination and the International Origins of Anticolonial Nationalism*, Oxford: Oxford University Press, 2007. Voir aussi S. S. Amrith et Vallée, « L'internationalisation de la santé », p. 92.

en œuvre de cette médecine sociale, une homogénéisation des politiques sanitaires par les réformateurs. La limite d'une telle considération est qu'elle ignore une hiérarchisation des facteurs nationaux, transnationaux ou internationaux au fondement d'un changement au niveau des colonies. Il convient de focaliser son attention sur les mécanismes auxquels se sont rattachées les influences ou les interconnexions caractérisant les réformateurs. Ceci rend alors possible l'isolement d'autres sources de changement vues comme "modalités diversifiées de ces transferts"[153].

Les débats autour des questions techniques, comme la nutrition ou l'hygiène dans les colonies par exemple ont permis de déboucher sur une vision nouvelle des relations internationales fondée sur des "liens globalisés". C'est une opportunité qui est ainsi offerte au monde colonisé d'Afrique et d'Asie d'intégrer l'arène internationale. L'illustration qui en est faite par Amrith et Vallée, pour le cas de l'Asie, nous a semblé assez fondamental pour cette partie de notre travail, ce d'autant que ces deux parties du monde partageaient la singularité de territoires colonisés à la même époque. Ceci pourrait constituer, pour des recherches futures, un terrain fructueux d'analyse comparée de l'internationalisation des politiques sanitaires, sur ces deux espaces géographiques.

L'OHSDN va ainsi regrouper divers réseaux transnationaux d'expertises constitués de missionnaires, des autorités coloniales, des réformateurs sociaux à l'origine d'un transfert de techniques, en direction des colonies. L'implication de certaines élites locales, dans ce processus, permet d'illustrer le fait que l'internationalisation de la santé publique n'a pas été que l'expression d'une "expertise technocratique". Elle est aussi significative de la circulation des normes internationales reprises par des acteurs locaux dans les colonies et participe de ce processus d'internationalisation. C'est dans le but d'élargir les échanges de vues au-delà de l'Europe[154], c'est-à-dire, de rendre effective cette internationalisation des politiques sanitaires sociales dans les colonies africaines qu'une conférence fut organisée à Johannesburg en 1935, à l'initiative de Ludwig Rajchman. La nutrition et la malaria ont été au cœur des débats relatifs aux États coloniaux, de même que la construction et l'expansion des services de santé. Ceci permet alors de mener une analyse du « reflet de l'influence des modes de pensées sur l'hygiène rurale et la nutrition sur les responsables de l'administration coloniale »[155]. Ces modes de

[153] L. Dumoulin, S. Saurugger, « Les Policy Transfer Studies », p. 16.
[154] S. S. Amrith, I. Vallée, « L'internationalisation de la santé », p. 101.
[155] *Ibid*., p. 105.

pensées ont modelé la conception coloniale, au travers de la "légitimation" par les experts, d'« une rhétorique de la domination ».

Conclusion

En somme, il était question, dans ce premier chapitre, de voir comment s'est fait le passage de la lutte contre les grandes endémies à la nécessité d'une internationalisation des questions d'hygiène, dans les colonies d'Afrique centrale. Notre étude des modes de structuration des « causes sociales » appliquée au domaine de la santé dans cette partie du continent, pendant la colonisation, a permis de restituer un pan peu connu de l'histoire des relations entre réseaux internationaux institutionnels et non institutionnels. Elle met à nu le caractère complexe des interconnexions qui lient ces différents acteurs. C'est-à-dire, leur dimension à la fois conflictuelle et collaborative. Cette étude rend également compte d'une circulation des savoir-faire experts, en rapport avec les "causes communes" au fondement des politiques sanitaires dans les colonies. Au-delà des opposions qui caractérisent leurs rapports, experts de l'organisation, administration coloniale et colonisés ne s'affrontent pas forcément autour d'une mobilisation capitale comme la santé. Une telle mobilisation peut à *contrario*, servir d'instrument de déstabilisation des équilibres parfois précaires entre réseaux antagonistes. L'exemple de l'administration coloniale française qui a su tirer partie de sa volonté de se présenter comme réformatrice et surtout d'une représentation massive et stratégique des nationaux, comme Barrère au sein des OI de santé le montre bien. Cette administration coloniale parvient à survivre aux pressions des puissances rivales, aux résistances de certaines autorités locales, et au refus du Parlement français de s'investir dans la « mise en valeur des colonies » au lendemain de la Grande Guerre. Elle s'appuie surtout sur ses soutiens stratégiques représentés à l'OIHP/OHSDN, mais aussi sur les réseaux internationaux comme la *Rockefeller Foundation*, qu'elle a su "détourner" à son profit.

C'est dire en tout cas que les premiers rapports de collaboration entre différents acteurs du domaine sanitaire en Afrique se sont faits essentiellement au profit des métropoles, dans un contexte international de concurrence post conflit. Ces rapports, que structure l'idée d'une nécessaire "mise en valeur" des territoires dominés, s'inscrivent dans la continuité du principe de sujétion, d'inégalité, et de « marginalisation » des colonies qui avait donné sens aux premières OI de santé. Un tel système discriminatoire et inégalitaire, soutenu par la croyance en l'existence d'un antagonisme "non-évolués"/"civilisés" et que défendent les milieux impérialistes occidentaux, fait l'objet d'une appropriation de la part de l'OIHP/OHSDN. Une

appropriation elle-même légitimée par les milieux scientifiques (les experts) qui œuvrent à une « rationalisation de la domination », sous le couvert de la nécessité d'assister les "indigènes". Cette nécessité d'assistance qui est tout d'abord manifestée par les missions revendiquant alors une "responsabilité" humanitaire et philanthropique orientée vers le colonisé. On peut, dès lors, se questionner sur l'impact de ces premières dynamiques collaboratives sur le fonctionnement bureaucratique de l'OMS qui succède à l'OIHP/OHSDN. Il semble en effet que la transformation en 1948 de l'OIHP/OHSDN en une organisation dans laquelle les réseaux associatifs semblent minorés vient rompre avec cette ancienne logique. C'est le modèle précédent qui aurait prévalu, comme nous essayons de l'analyser dans le chapitre suivant. C'est dire, avec J. Droux, que le temps de l'OIHP/OHSDN ne représente pas "la préhistoire d'une conscience internationale globale"[156].

[156] J. Droux, « La tectonique des causes humanitaires », p. 90.

Chapitre II : De l'avènement de l'OMS à son implantation en Afrique centrale : entre régionalisation et régionalisme

Dans le premier chapitre de ce travail, nous avons essayé de saisir les mécanismes de passage de la lutte contre les grandes endémies à la nécessité d'une internationalisation des questions d'hygiène dans les colonies d'Afrique centrale. Nous avons observé que le processus de transnationalisation des politiques de santé dans le continent, est intervenu dans un contexte global de concurrence coloniale, de reconstruction d'après la Première Guerre mondiale, de crise économique des années 1930 et de montée des nationalismes dans les colonies. Un processus qui participe alors de l'internationalisation des "causes" sanitaires coloniales en faisant de l'OIHP/OHSDN, un haut lieu de "confrontation" et de "concertation", où circulent surtout des savoirs experts en matière de santé des colonisés. Ce second chapitre essaye d'analyser la poursuite d'une internationalisation des problèmes sanitaires des colonies d'Afrique centrale au sein de l'OMS. Cette institution spécialisée de l'ONU née au lendemain de la Deuxième Guerre mondiale, et dans laquelle sont maintenues les inégalités en matière de santé, qui avaient déjà cours dans la période précédente. Le maintien de ces inégalités – il convient de le souligner – relève de la négation d'une relativité culturelle. Cette négation qui débouche sur la distinction "moderne"/"traditionnel", "développé"/"sous-développé", etc., tend à légitimer une rhétorique de la domination rendue "rationnelle" par une certaine expertise internationale, et tient compte des rapports de force entre acteurs sociaux.

Dans la Charte des Nations Unies adoptée à San Francisco le 26 juin 1945, il est prévu l'encouragement par les États membres de la recherche des solutions aux problèmes de santé[1]. Dans son article 57 (1), la Charte formule que les organisations de santé existantes, qui ont vu le jour, à la suite d'un accord inter-gouvernemental et possèdent une large responsabilité internationale, puissent être mises en relation avec les NU. Son article 59 autorise l'ONU à ouvrir des négociations entre États intéressés, « pour la création de quelques nouvelles

[1] Voir article 55b. de la Charte des NU. Cet article dans sa version anglaise précise : « *With a view to the creation of conditions of stability and well-being which are necessary for peaceful and friendly relations among nations based on respect for the principle of equal rights and self-determination of peoples, the United Nations shall promote :*
[...]
b. solutions of international economic, social, health, and related problems ; and international cultural and educational cooperation… ». in « Charter of the United Nations and Statute of the International Court of Justice », San Francisco, 1945, pp. 11-12.

organisations spécialisées exigées par les projets qu'envisage l'article 55 »[2]. Quant à l'article 62, il confie au Conseil Économique et Social (CES/ECOSOC), la tâche de rédiger des études et préparer des rapports sur la santé publique internationale.

C'est en respect des précédentes dispositions que les délégations du Brésil et de la Chine déposent, devant le Comité de la Coopération Économique et Sociale des NU (Comité S. Commission II), une note dans laquelle elles demandent la tenue d'une conférence générale de la santé. Elles recommandent, par ailleurs, que compte soit pleinement tenu, dans la préparation d'un plan pour l'organisation internationale de la santé, d'autres institutions de santé nationales ou internationales. La déclaration préparée par le 3e Comité de la 2e Commission de la Conférence, est unanimement approuvé le 28 mai 1946. C'est elle qui donne naissance à ce qui sera désormais connu sous le nom d'Organisation mondiale de la santé (OMS). La naissance de cette institution spécialisée de l'ONU marque un tournant décisif de cette internationalisation des politiques sanitaires en Afrique en général.

Comme pour le cas de l'OIHP/OHSDN, ce sont les administrations coloniales qui engagent les territoires dominés dans la collaboration avec l'OMS, en tant que « territoires associés » ou « territoires non autonomes », au moment même où ces territoires n'assument pas encore la responsabilité de leurs relations internationales. Les colons définissent ainsi les termes d'une politique sanitaire dans les colonies, en étroite collaboration avec les intérêts économiques des métropoles. Fortement influencée par son passé, l'histoire sanitaire du continent perpétuée au sein de la nouvelle OI de santé s'avère ainsi avoir connu un nombre non négligeable de ruptures, mais aussi de permanences, qui permettent à certains auteurs de la caractériser aujourd'hui encore, de "colonialisme" ou d'"impérialisme" sanitaire[3]. Autant dès lors convenir avec Joelle Droux, qu'elle est loin de représenter "la préhistoire d'une conscience internationale globale"[4].

La ratification par la majorité des États membres de la constitution de l'OMS, en juin 1946, permet tôt de poser le problème de la décentralisation des activités de l'organisation, par la création des centres régionaux. Il convient de souligner que la politique étrangère menée par le Gouvernement des États-Unis, depuis la fin du premier conflit mondial, repose sur deux

---

[2] Voir art. 59 : « *The Organiszation shall, where appropriate, initiate negociations among the states concerned for the creation of any new specialized agencies required for the accomplishment of the purposes set forth in article 55* ».

[3] M. Mazower, *No Enchanted Palace. The End of Empire and the Ideological Origins of the United Nations*, Princeton, Princeton University Press, 2009. Voir aussi et surtout S. S. Amrith, *Decolonizing International Health*, 2006.

[4] J. Droux, « La tectonique des causes humanitaires », p. 90.

catégories de système de domination enchâssés l'une dans l'autre : il s'agit de "*l'impérialisme territorial*" axé sur le contrôle des territoires outre atlantique, et de "*l'impérialisme de marché*"[5] qui, pour sa part, vise le quadrillage de nouveaux débouchés. À ces deux catégories de système de domination, s'ajoute un "anticolonialisme" affiché, dû surtout au fait que l'exploitation coloniale constitue une véritable entrave à l'expansion étatsunienne sur les territoires dominés, et surtout ceux d'Afrique.

Pour Prasenjit Duara en effet, la nécessité pour Washington de répondre aux demandes croissantes de parité économique et politique du nouveau mouvement anti-impérialiste dans les colonies, et à la concurrence économique avec et entre les nouveaux impérialismes amène ses dirigeants à encourager activement la création des formations régionales synonymes de blocs économiques[6]. Ce système d'abord expérimenté par les États-Unis en Amérique latine ou par l'Union soviétique, en Europe de l'Est, entend maintenir dans une formation organique, des États-Nations nominalement souverains, en vue d'étendre la suprématie mondiale du pouvoir impérial[7]. Notons toutefois que c'est aux nations d'Europe et d'Amérique que "s'impose", pour la première fois, la nécessité des mesures sanitaires transnationales.

Si l'OIHP est créée en Europe en 1907 par 12 États, en Amérique, par contre, 21 nations ont jusqu'à lors mené un "combat" conjoint contre les endémies dans leur territoire et mis en place entre 1901 et 1902, un « Bureau Sanitaire Pan-américain »[8]. Lorsque naît l'OMS, les États signataires de sa constitution prévoient (art. 44) la mise en place des organes à caractère régional. Mais cette question n'est officiellement évoquée, pour la première fois que le 25 juin 1948 par Mme Rajkumari Amrit Kaur et le Dr. S. N. Cheer (simultanément déléguées de l'Inde et de la Chine) à la troisième Assemblée mondiale de la santé (AMS)[9]. Elle est réitérée à la première session de la « Commission du Programme » par le délégué Vénézuelien, le Dr. Rey

---

[5] M. Mann, « L'impérialisme américain. Des réalités passées aux prétextes présents », in *Études internationales*, Vol. 36, n°4, 2005, pp. 445-467.
[6] P. Duara, « The Cold War as Historical Period: an Interpretive essay », in *Journal of Global History*, Vol. 6, n°3, 2011, pp. 457- 480.
[7] *Ibid*., p. 460.
[8] Les résultats obtenus de ces premières OI de santé semblent avoir débouché sur un constat. Celui selon lequel les mesures curatives et préventives alors en cours n'étaient pas suffisantes et qu'il fallait que les États veillent davantage sur la santé de leurs peuples. Cf. Archives diplomatiques de Paris, ci-après ADP, « L'organisation internationale de la santé publique », Ministère de français l'information (Direction de la Documentation), in *Notes Documentaires et études* n°220 du 18 janvier 1946 (Série internationale-LXXIV).
[9] WHO Archives, Geneva (WHOA/GVA), « Assembly Hears Presidential Address – General Discussion of Interim Commission Reports Begins », in 1st Session Geneva June-July 1948 : Press Releases. Subject n°101, Series n°1, File n°18.

Castillo, le 30 juin 1948[10]. Devenue objet de cristallisation de l'attention de divers acteurs, elle est aussi à l'origine de violentes confrontations.

Si la reconfiguration des bureaux sanitaires d'Europe et d'Amérique semble *a priori* ne poser aucun problème, la création de ceux de l'Asie, du Pacifique, de la Méditerranée orientale et surtout de l'Afrique, où Européens, Étatsuniens et Soviétiques possèdent ou visent des intérêts économiques et stratégiques, met aux prises des impérialismes concurrents et divergents (Est/Ouest et Ouest/Ouest). Une division ravivée par le contexte international de reconstruction de l'Europe dévastée par la Guerre, de montée en puissance des mouvements anti-colonialistes dans les territoires dominés, et surtout de Guerre froide que justifient de vifs affrontements pour la préservation des intérêts nationaux (et surtout coloniaux) sur l'arène internationale[11]. Ces conflits sont particulièrement marqués, en Asie et en Afrique, terrains privilégiés des affrontements. En Afrique par exemple, on assiste à l'éveil d'un régionalisme manifesté tout d'abord au niveau local, puis au sein du « Conseil de Tutelle » de l'ONU et enfin au sein de l'Organisation de l'unité africaine (OUA).

Ce chapitre a pour objectif de comprendre et expliquer les logiques qui ont conduit de la naissance de l'OMS à sa régionalisation en Afrique. Il ambitionne de saisir les acteurs de cette régionalisation, de même que ceux à l'origine d'un régionalisme manifesté vis-à-vis de ce processus. Il se propose enfin, de mener une analyse des réseaux internationaux d'experts, en s'intéressant à leurs lieux d'échange. Il entend alors mettre en évidence la constitution d'un « horizon occidental » en matière de politique sanitaire, de même que celui d'un langage commun aux réformateurs d'origine nationale diverse dans le cadre duquel s'expriment « consensus et désaccords ».

Notre démarche s'appuie sur un travail effectué sur la base des correspondances et des rapports d'experts et des fonctionnaires, collectés aux archives de l'OMS à Genève et à Brazzaville, aux archives diplomatiques de Paris, et aux archives coloniales de Bruxelles. C'est ainsi que nous essayons, à partir surtout d'une approche classique et surtout diplomatique des RI, d'analyser dans un premier temps, le processus de transition de l'OIHP/OHSDN à l'OMS, en vue de saisir les idées qui ont influencé la mise en place de cette nouvelle OI de santé, et les difficultés engendrées par celle-ci. Cette mise en contexte va nous permettre de cerner les ruptures, mais aussi les permanences qui la caractérisent (I). Il s'agit par la suite, de saisir les

[10] Bureau Européen des Nations Unies, Communiqué de presse n°207, OMS/CP/1, 30 juin 1948.
[11] Voir à au sujet de l'internationalisation du colonialisme, l'intéressant ouvrage de J. Kent, *The Internationalization of Colonialism: Britain, France and Black Africa, 1939-1956*, Clarendon Press: Oxford, 1992.

ressorts d'une régionalisation de l'OMS en Afrique, confrontée à un "régionalisme" d'abord porté par les administrations coloniales, puis par les nationalistes et au sein des instances internationales comme l'ONU et l'OUA (II).

I. De l'OIHP/OHSDN à l'OMS : continuités ou ruptures ?

La création en 1907, d'un bureau international permanent de santé (OIHP), pose les bases d'une collaboration sanitaire internationale. Celle-ci est rendue possible et renforcée par la nécessité de lutter contre les grandes endémies qui entravent les "relations commerciales et la libre circulation" entre "puissances" occidentales. Travaillant dès 1920 aux côtés de l'OHSDN, ces deux organisations laissent à l'OMS un héritage qu'il est difficile de lui contester. Il est question, dans cette section, en restant fidèle à l'approche de l'histoire transnationale favorable à la longue durée (cf. Chap. I), d'analyser le processus de transition de l'OIHP/OHSDN à l'OMS, en vue de saisir les idées qui ont influencé la mise en place de cette "nouvelle" OI de santé, et les difficultés engendrées par celle-ci (1). Nous tenterons, par la suite, de mettre en évidence les ruptures, mais aussi les permanences qui la caractérisent (2).

1. De l'OIHP/OHSDN à l'OMS : une nécessaire transition ?

Seule la coopération sanitaire internationale a pu mettre en accord les "puissances" occidentales, depuis le début du XIX^{e} siècle. La coopération politique et la coopération économique, par exemple, ont presque toujours débouché sur des conflits parfois ouverts comme les deux guerres mondiales ou la guerre froide. Comme il en a été le cas pour l'OIHP/OHSDN, l'OMS, en plus d'être un élément indispensable de "pacification" et de reconstruction de l'Occident dévasté, est aussi et surtout, un instrument de sauvegarde des intérêts économiques et commerciaux de cette partie du monde. Ce qui fait de la santé, un enjeu international majeur. C'est du moins ce que tente d'analyser cette section.

1.1. L'OIHP/OHSDN, l'UNRRA et l'avènement de l'OMS : la Deuxième Guerre mondiale comme élément déclencheur

Les raisons fondamentales qui justifient le passage de l'OIHP/OHSDN à l'OMS, sont la survenue de la Guerre de 1939 à 1945, et la naissance au lendemain de ce conflit, de l'ONU. Cette guerre a considérablement réduit l'activité de l'OIHP/OHSDN, temporairement

remplacée par l'Administration des Nations Unies pour les Secours et la Reconstruction (UNRRA)[12]. Les problèmes posés par la guerre obligent en effet les Alliés à envisager des mesures en vue de « parer à cette carence, en attendant que la collaboration internationale en matière de santé » puisse reprendre. Un Comité consultatif technique de la « Commission interalliée sur les besoins d'après-guerre » se réunit, faisant de Washington « un pôle politique majeur ». Ce Comité aboutit à la création de l'UNRRA. Celle-ci naît officiellement le 9 novembre 1943 à la suite d'un accord signé à la Maison Blanche par quarante-quatre "Nations Unies et Associés". Elle s'inspire de l'expérience de la période d'après la guerre de 1914-1918[13]. À sa naissance, l'UNRRA adopte comme l'un de ses buts principaux, "l'aide" à la « prévention de la contagion et au retour des peuples à la santé [et ce], immédiatement après la Libération d'une zone par les forces armées »[14].

Il s'agit en réalité, de couvrir la période de transition de la guerre à la paix[15]. C'est à elle qu'est confiée la charge des problèmes médicaux, pour ce laps de temps, qui devait conduire à la fin du conflit. Le choix de l'UNRRA de consacrer ses activités au domaine de la santé est loin d'être fortuit. Les États faisant partie de l'accord sus cité en ont conscience : seule la coopération, en matière technique et particulièrement dans le domaine sanitaire, entre nations du monde, a pu être "bénéfique" jusqu'ici. Les autres (la coopération politique ou économique par exemple), n'ont souvent débouché que sur de vifs affrontements parfois ouverts. Comme pour le cas de l'après Première Guerre, la santé cristallise encore l'attention des "puissances" occidentales, constituant, de ce fait, un enjeu international de premier plan.

Lors de la « Conférence des NU » réunie à San-Francisco en juin 1945, l'importance de la santé est reconnue comme "facteur de stabilité et de bien-être". L'hygiène est aussi identifiée comme l'un des domaines dans lesquels l'ONU doit exercer un effort concerté. C'est dans cette dynamique qu'est adoptée une résolution, sous la requête des délégués du Brésil et de Chine, prévoyant la réunion d'une Conférence internationale chargée de la création d'une organisation internationale de santé (OIS). Une Commission préparatoire composée de 18 membres est désignée, dont le Secrétariat permanant siège à Genève. C'est cette "Commission intérimaire" des experts sur la quarantaine qui prépare des conventions sanitaires internationales provisoires

---

[12] En anglais « United Nations Relief and Rehabilitation Administration ». Pour un aperçu de l'histoire de cette institution, bien vouloir se référer à G. Woodbridge (dir.), *The history of the United Nations Relief and Rehabilitation Administration*, 3 volumes, Columbia University Press, New-York, 1950.
[13] ADP, « L'organisation internationale », p. 8.
[14] Cf. Préambule de l'accord portant création de l'UNRRA.
[15] ADP, « L'organisation internationale », p. 8.

car les fonctions à titre temporaire de l'OIHP lui sont transférées. Une "Commission" dans laquelle siège la presque totalité des membres des OIS précédentes car, les réseaux construits depuis la fin de la première guerre mondiale sont *suffisamment solides pour assurer la transmission de l'expérience genevoise*[16].

1.2. Naissance de l'OMS et influence des réseaux interconnectés : Andrija Stampar et Jacques Parisot

Comme le souligne de nombreux auteurs, à l'instar d'Iris Borowy et de Céline Paillette[17], l'expérience acquise par les experts internationaux au sein de l'OIHP/OHSDN est transmise à l'OMS lorsqu'elle voit le jour au lendemain du deuxième conflit mondial[18]. Ici, les acteurs qui influencent le plus l'OMS sont Andrija Stampar et Jacques Parisot. A. Stampar est un expert bien connu du milieu sanitaire international, pour avoir travaillé comme expert de l'OHSDN qu'il intègre entre 1931 et 1933. Hôte aux USA et au Canada de la *Rockefeller Foundation* d'octobre 1931 à janvier 1932, il reçoit la mission de travailler dans un comité spécial américain portant sur les coûts des soins médicaux. Il est envoyé en Chine en tant qu'expert de l'OHSDN dans le cadre du contrôle des maladies infectieuses de masse survenues après les inondations dévastatrices de 1931.

Stampar aurait profité de cette expérience chinoise pour développer à Zagreb une conception de la médecine sociale qui repose sur une approche rurale de la médecine, elle-même fondée sur une "éducation de masse, le projet d'extension agricole et les techniques du mouvement coopératif", comme le montrent par ailleurs Mirko Drazen Grmek [19]. Cette idée est contestée par de nombreux autres auteurs et notamment Zelijko Dugac[20], pour qui Stampar aurait plutôt commencé à construire l'expérience sanitaire yougoslave en 1919, comme vice-

---

[16] Voir I. Borowy, « La Société des Nations », p. 22. Voir aussi I. Borowy, *Coming to Terms*, pp. 432-442. Voir aussi C. Paillette, « De L'Organisation d'Hygiène », p. 196.
[17] *Ibid.*
[18] Voir à cet effet J. M. Hodge, « British Colonial Expertise, Post-Colonial Careering and the Early History of International Development », in A. Eckert, S. Malinowski, and C. Unger (eds), special issue, « Modernizing Missions: Approaches to "Developing" the Non-Western World after 1945 », in *Journal of Modern European History*, Vol. 8, n°1, 2010, pp. 24-46.
[19] Voir aussi M. D. Grmek, « Life and Achievement of Andrija Stampar, Fighter for the Promotion of Public Health », in M. D. Grmek (éd.), *Serving the Cause of Public Health: Selected Papers of Andrija Stampar*, Zagreb: Andrija Syampar School of Public Health, 1996, pp. 13-51 ; P. Zylberman, « Fewer Parallels than Antitheses, Rene Sand and Andrija Stampar on Social Medecine, 1919-1955 », in *Social History of Medecine*, Vol.17, n°1, 2004, pp. 77-93.
[20] Z. Dugac, « Andrija Stampar (1888-1958): Resolute Fighter for Health and Social Justice », in I. Borowy et A. Hardy (eds), *Of Medicine and Men: Biographies and Ideas in European Social Medicine between the World War*, Peter Lang, Frankfurt, 2008, pp. 73-102.

président de la *Croatian Medical Association*, une plateforme au sein de laquelle il fait valoir ses points de vue, sur la nécessaire séparation dans la santé, entre l'administration politique et de la réorganisation de différents types de soins reposant sur des mesures préventives[21]. Quoi qu'il en soit, l'approche qu'il promeut n'est rien moins qu'un ensemble de principes d'une "médecine sociale éducative". L'OMS en reçoit une forte influence, comme nous le verrons plus loin. En 1936, Stampar est chargé de conduire le secrétariat de l'OHSDN à Genève. L'importance de cette expérience fait de lui, l'un des experts les plus influents de sa génération. Aux côtés de Stampar, une autre grosse pointure de la santé publique internationale joue un rôle déterminant dans les politiques futures de la nouvelle OIS : Jacques Parisot, un médecin français considéré comme l'un des pères fondateurs de l'action sanitaire et sociale.

Image 4 : Andrija Stampar



Source : http://www.voutsadakis.com/GALLERY/ALMANAC/Year2012/Sep2012/09012012/2012sep01.html

Image 5: Jacques Parisot



Sources : http://www.professeurs-medecine-nancy.fr/Parisot_J.html

Les deux hommes accordent à la "médecine sociale" une solidarité et un attachement manifestés depuis le début des années 1920. De nombreux autres techniciens partagent cette vision de la médecine, notamment l'historien suisse de la médecine Henry Sigerist, le batériologiste américain Charles-Edward A. Winslow, le médecin, philosophe, journaliste et homme politique britannique James Mackintosh, etc., qui, comme Stampar et Parisot,

[21] *Ibid*., p. 76.

contribuent à la répandre dans leurs pays respectifs[22]. S'inspirant de l'expérience anglo-saxonne, cette approche préconise une intégration des sciences sociales dans l'application de la médecine et de la santé. Une médecine que Parisot définit lui-même comme étant "une somme d'action sanitaire et sociale, ayant pour programme fondamental la protection et le développement de la personnalité humaine considérée à la fois comme valeur économique et comme valeur spirituelle".

Ce professeur, agrégé de physiologie et doyen de la faculté de médecine de Nancy, abandonne la recherche fondamentale au lendemain de la première guerre mondiale, pour se consacrer à l'hygiène sociale et la médecine préventive qu'il expérimente au sein de l'Office d'Hygiène Sociale de Meurthe-et-Moselle[23] et au sein de l'OIHP/OHSDN. Nommé dès 1929 membre de la délégation française au Comité d'Hygiène de la SDN, Parisot le préside jusqu'au début de la Seconde Guerre mondiale. Il participe également aux travaux préparatoires de l'OMS au sein de la « Commission intérimaire », et signe au nom de la France la constitution de cette organisation. L'influence de Parisot au sein des OIS et notamment de l'OMS ne fait donc aucun doute. Il va y travailler les termes d'une diplomatie sanitaire française. Un rôle précédemment dévolu à Barrère, qui suggérait déjà à la fin du XIX^{e} siècle : « que les médecins fissent […] un peu de diplomatie et les diplomates un peu de médecine »[24]. Cette action influente de Parisot sur les politiques de l'OMS est rapportée dans une note anonyme adressée en 1950 au ministre français des affaires étrangères en ces termes :

> […] ce bilan favorable est dû pour une large part à notre délégation et en particulier à l'action persévérante menée depuis 2 ans par son président, le Professeur Parisot, qui a acquis l'estime et le respect de ses collègues étrangers et a réussi à acquérir progressivement, dans une atmosphère souvent difficile, une place de premier plan à l'O.M.S.[25].

Le rôle confié à la « Commission intérimaire », au sein de laquelle Stampar et lui occupent une place de choix, débouche, entre autres, sur les propositions en vue de la constitution de l'OMS. Cette constitution est signée par 64 États dont 51 seulement disposent du droit de vote, lors de la tenue à New-York du 19 au 22 juin 1946 de la Conférence

---

[22] Voir à cet effet M. Roemer, « Social Science and Organized Health Services », *Human Organization*: Summer 1959, Vol. 18, n°2, pp. 75-77. De nombreux autres avant eux avaient déjà opté pour la même approche de la médecine pour laquelle ils ont œuvré leur vie durant. Ce sont : Alfred Grotjohn, Arthur Newsholme, Max Pettenkofer, Richard Cabot, etc.

[23] Un Office qu'il va développer pendant plus de 40 années.

[24] PVCSI, Paris, 1894, C. Barrère, 7 fév. 1894, p.14. Cité par C. Paillette, in « Diplomatie et globalisation », p. 134.

[25] ADP, « 3ème Assemblée Mondiale de la Santé. Note pour le Ministre », 15 juin 1950, in Ministère des Affaires Etrangères/Direction des Affaires Politiques (par la suite MEA/DAP), 3^{e} Assemblée mondiale de la Santé, Genève, 8-27 mai 1950, 372QO/315-Nations Unies et Organisations Internationales (NUOI) 1949-1950, S50. 3. 4.

internationale de la santé, convoquée par le Conseil Economique et Social des NU, le 15 février de la même année[26]. Elle entre en vigueur, à la suite de sa ratification par au moins 24 des États représentés.

2. L'OMS entre permanence et ruptures

En tant que "nouvelle organisation internationale de santé", l'OMS, dans son projet de base, entend rompre avec des modèles devenus caduques qui ont caractérisé les premières OI de santé. Elle se dote ainsi d'un nombre important d'instruments plus ou moins nouveaux, qui font d'elle l'organisation internationale de santé (OIS) « unique », qu'elle entend désormais être. Elle s'assure, cependant, que soit maintenu le système d'inégalité sociale en matière de santé qui avait caractérisé ses prédécesseurs.

2.1. L'OMS et ses "innovations"

L'innovation est appréhendée ici dans la perspective de Van de Ven, comme une « idée nouvelle qui peut être une recombinaison d'idées anciennes, soit un schéma qui modifie l'ordre présent, soit une formule ou une approche unique perçue comme nouvelle par les individus concernés »[27]. Elle vise alors la mise en œuvre de savoirs nouveaux, de pratiques nouvelles, qui induisent l'utilisation des outils, des dispositifs, ou encore une nouvelle forme d'action. Elle peut être managériale (théorique), organisationnelle (structurelle), ou tout simplement technologique. Au registre de ces innovations au sein de l'OMS, deux seulement semblent retenir le plus d'attention. Elles sont d'ordre théorique et d'ordre organisationnel (structurel).

D'un point de vue théorique[28], l'OMS semble avoir innové par la définition qu'elle donne à la notion de santé. Elle la présente alors comme étant « un état de complet bien-être physique, mental et social », qui « ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »[29]. Cette définition dans son opérationnalisation, entend rompre fondamentalement

---

[26] Elle avait alors comme bases des discussions, la future constitution de l'OMS.
[27] A. Van de Ven, « Central Problems in the Management of Innovation », in *Management Science*, Vol. 32, n°5, 1986, pp. 590-607. Voir aussi C. Grenier, S. Guitton-Philippe, « Politiques publiques et innovation : proposition d'un modèle d'agir de l'innovation dans le champ sanitaire et social », in *Revue management & avenir*, Management Prospective Ed., n°35, 2010/5, pp. 194-209.
[28] Dans le registre de ces innovations théoriques, se trouve en bonne place les notions de "droit", de "justice" et d'"équité" en matière de santé, qui ne sont restées jusqu'à ce jour qu'un « vœu pieux » comme nous le verrons plus loin.
[29] Cf. Préambule de la constitution de l'OMS.

avec une approche atomiste et organiciste des soins. Soulignons tout d'abord que le premier modèle d'inspiration positiviste et déterministe débouchait sur une définition "négative" de la santé[30], la concevant comme une absence de maladie et insistant sur "la guérison à tout prix". Il s'agit en effet d'une conception "linéaire" de la santé prônée par les réformateurs et les colons. L'exemple des campagnes de masse obligatoires, dans la lutte contre les grandes endémies, dans le continent – la trypanosomiase humaine africaine (THA) et le paludisme en l'occurrence – donne un aperçu de ce à quoi pouvait renvoyer une telle approche de soins. Cette considération de la santé, qui privilégie les parties du corps au détriment de son ensemble, conçoit alors l'être humain comme « une machine en bon ou mauvais état »[31]. Vu sur cet angle, le patient n'est rien d'autre qu'« objet de soins », et le personnel sanitaire, simple « agent de normalisation »[32] qui est supposé véhiculer des principes "modernisateurs". Un rôle qu'a bien su jouer, jusqu'ici, les réformateurs de l'OIHP et de l'OHSDN.

La nouvelle approche introduite par l'OMS en 1948 et dite holiste ou holistique est une approche biopsychosociale. C'est à dire, une approche qui se veut "globale", et qui se propose de s'occuper de l'homme dans son ensemble en situation de pratiques de soins. Ce nouveau paradigme colle bien à la nouvelle définition de la santé telle que perçue par l'OMS[33], et qui introduit des notions cardinales tels que "physique", "mental" et "social". Approche qui entrevoit l'homme dans ses interactions avec son environnement et sa santé, le modèle biopsychosocial est "un modèle ouvert", qui accorde davantage d'attention à « la prévention, et la promotion de la santé avec une approche continue des soins »[34]. Cet intérêt accordé à la "promotion de la santé" vient souligner avec pertinence l'influence de l'éducation sanitaire déjà tout entière, dans le projet de « médecine sociale éducative » défendu par A. Stampar ou Parisot, et expérimenté à Zagreb et à Nancy, dans des institutions que dirigent les deux hommes. La vision stamparienne de la « médecine sociale éducative » surtout, est entièrement reprise plus tard dans les principes fondamentaux de la Conférence d'Ottawa sur l'éducation sanitaire, comme il sera analysé dans la seconde partie de ce travail.

---

[30] Voir à cet effet J. Bury, *Éducation pour la santé, concepts, enjeux, planification*, Bruxelles, De Boeck Université, 1988. Voir aussi B. A. Nkoum, *Santé et développement. Leçon inaugurale de la rentrée solennelle académique 2012/2013 de l'Université catholique d'Afrique centrale (UCAC)*, PUCAC, Yaoundé, 2014, p. 12.
[31] B. A. Nkoum, *Santé et développement*, p. 13.
[32] *Ibid*. Le personnel était en effet vu comme unique dépositaire des connaissances sur la santé.
[33] "État de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité (…)". Voir Préambule de la constitution de l'OMS".
[34] B. A. Nkoum, *Santé et développement*, p. 15.

D'un point de vue pratique ou managérial, l'organisation se dote de trois principaux organes : Une Assemblée mondiale de la santé (AMS), un Secrétariat, et un Conseil exécutif (CE). De ces trois organes, seul le Conseil exécutif est une "nouveauté"[35]. L'autre "innovation" de l'OMS qu'il convient de relever est la création des comités régionaux et bureaux régionaux, à la suite de la fusion des OI de santé pré-existantes[36]. Pour ce qui est du CE par exemple, notons qu'il se compose aujourd'hui de 34 membres, désignés par autant d'États membres[37]. Les changements de la composition de ce CE et les raisons qui les justifient font l'objet d'un paragraphe du livre de Yves Beigbeder intitulé *L'Organisation mondiale de la santé*. Ils tiennent essentiellement compte de la représentativité géographique et du système appliqué au "cinq grands", c'est-à-dire, ceux disposant du "droit de véto" au « Conseil de sécurité » de l'ONU. C'est ainsi qu'ils passèrent de 18 membres pour 54 États en 1948, de 24 membres pour 104 États en 1961, de 30 membres pour 140 États en 1975, et de 31 membres pour 187 États en 1993[38]. Ceux-ci sont élus pour trois ans et sont rééligibles[39].

Le CE se réunit au moins deux fois par an. C'est lui qui détermine le lieu des réunions à venir. Il doit, entre autres, appliquer les décisions et directives de l'AMS, agir comme organe exécutif de l'AMS. Il soumet à l'AMS des consultations et propositions, prépare les ordres du jour des sessions de l'AMS et lui soumet, pour examen et approbation, le programme général de travail. C'est enfin lui qui autorise le DG/OMS à prendre toute mesure d'urgence en vue de la lutte contre les épidémies, la participation à la mise en œuvre des secours sanitaires, etc.[40]. L'ensemble des fonctions qui lui sont ainsi dévolues font du CE l'organe central de l'OMS, exerçant au nom de l'AMS, les pouvoirs qui lui sont délégués par cet organisme[41]. Cette situation fait de la direction de CE, "poste influent", un enjeu international de premier plan, une plate-forme du contrôle du pouvoir au sein de cette OIS. Des 18 membres du Conseil Exécutif élus au cours de la séance plénière de la première AMS le 12 juillet 1948, son président, Stampar, désigne par tirage au sort les 6 membres élus pour 2 ans et les 6 autres bénéficiant de la durée normale du mandat (3 ans) fixé par la constitution de l'OMS. Il est alors constitué des délégués de l'Australie, du Ceylan, de l'Iran, de la Norvège, du Royaume-Uni et des USA élus pour 1 an. Sont élus pour 2 ans, ceux du Brésil, de la Chine, de l'Egypte, de la France, du

[35] Voir à cet effet le schéma des relations entre l'OIHP et l'OHSDN présenté au chapitre I.
[36] Nous y revenons dans la seconde section de ce chapitre.
[37] Art. 24 et suivants de la constitution de l'OMS.
[38] Y. Beigbeder, *L'Organisation mondiale de la santé*, Graduate Inistute Publications, 1995.
[39] Art. 25.
[40] Art. 26 et suivant.
[41] Art. 29.

Mexique et de l'URSS. Quant aux 6 autres membres, ils sont originaires de la Biélorussie, de l'Inde, de la Pologne, du Pays-Bas, de l'Union Sud-africaine et de la Yougoslavie (voir tableau en annexe).

La constitution de ce premier bureau du Conseil Exécutif suscite cependant un sentiment de mécontentement au sein des pays détenant le droit de véto, et notamment au sein de l'opinion politique française, comme il apparaît dans ce rapport du Dr. P. Bertrand au ministre français des affaires étrangères :

> […] il convient, toutefois, de noter dès à présent que la liste de ces 18 membres, préparée par le Docteur STAMPAR (Yougoslavie), Président de l'Assemblée Mondiale de la Santé avec l'appui de certains chefs de délégations liés au Président par un intérêt politique ou personnel, n'a été approuvé que par la majorité du bureau de l'Assemblée avant d'être soumise à l'Assemblée elle-même, qui malgré de fermes protestations d'une minorité assez nombreuse, s'est vu réduire son rôle à celui d'approuver ou de refuser la liste mais non de la transformer[42].

Pour le Pr. J. Parisot, chef de la délégation française à cette première session du Comité Exécutif, « la délégation française n'a pas cru devoir s'opposer plus longtemps à cette liste, considérant que chacun des dix-huit États qui y figuraient était qualifié pour prendre sa part des responsabilités qui incomberont au Conseil Exécutif »[43]. Cette conclusion de Parisot, nous semble-t-il, est significative des conflits et enjeux liés à la désignation des membres du Conseil Exécutif. Ils justifient, en partie au moins, les inégalités sociales de santé qui se maintiennent au sein de l'OMS, dans la période d'après les années 1950.

2.2. Des inégalités sociales de santé comme héritage des premières OIS

Aborder les notions de continuité en histoire exige d'emblée, que l'on définisse ou mieux, circonscrive le champ de son questionnement. Il s'agit ainsi de savoir s'il est question de continuité chronologique ou de l'ensemble des dialectiques de changement, de résistances ou de survivances, traduite à travers le jeu des causalités. C'est cette seconde lunette que nous entendons arborer pour saisir les continuités au sein de la nouvelle OI de santé qui naît en 1948. Pour mieux comprendre les permanences entre l'OHIP/OHSDN et l'OMS, il est nécessaire de saisir cette "nouvelle organisation" sous le prisme de son pouvoir modernisateur. Un pouvoir

---

[42] ADP, « Assemblée Mondiale de la Santé. Télégramme de P. Bertrand au Ministre des affaires étrangères, 12 juillet 1948 », in MEA/DAP, 1ère Assemblée mondiale de la Santé, Genève 24 juin-24 juillet 1948, 372QO/315 NUOI 1947-1948, S50. 3. 4.

[43] ADP, « Première Assemblée Mondiale de la Santé. Deuxième rapport de la délégation française, adressé par le Pr. Parisot à Mme Poinso-Chapuis, ministre de la santé publique et de la population », 16 juillet 1948, 372QO/315 NUOI 1947-1948, S50. 3. 4.

essentiellement fondé sur les rapports de forces, et les logiques de domination rendues opératoires au sein des premières OI de santé, et renforcées par les ambitions expansionnistes des deux "superpuissances" au lendemain du second conflit mondial. Cette démarche permet de mettre en exergue les inégalités sociales de santé et la complexité des violents antagonismes qui opposent entre eux, acteurs d'origines diverses.

Les oppositions, surtout idéologiques entre l'Ouest et l'Est, sont marquées par la constitution des blocs d'alliance. L'Europe occidentale qui a bénéficié de l'*European Recovry Program* ou "Plan Marshall" se montre solidaire au Gouvernement des États-Unis. Ce qui favorise la mise en place de ce que Martin Shaw appelle un « État occidental-mondial »[44] à tendance capitaliste, qui trouve l'adhésion majoritaire de la « strate mondiale » alors représentée dans les OI à cette époque. Cette influence de l'Occident et son idéologie capitaliste dans les OI du système des NU surtout, est notamment marquée par le retrait de l'ensemble des pays communistes de l'ONU et des IS en 1949. Une idéologie qui se traduit ainsi dans certains textes de l'OMS en l'occurrence. Ces textes soulignent ainsi que : « les programmes proposés par l'Organisation mondiale de la santé pour 1949, […] peuvent avoir une influence considérable sur le commerce international, la libre circulation des marchandises et des voyageurs […] et l'amélioration des approvisionnements en denrées alimentaires qui sont actuellement dangereusement faibles »[45]. Une telle influence rencontre cependant les aspirations nationales (coloniales) d'un courant réformateur inspiré des idées hygiénistes nées au milieu du siècle précédent, et qu'ont matérialisé les tenants de la "médecine sociale" au sein des premières OIS.

Sous la demande des administrations coloniales anglaise et française notamment, les inégalités coloniales sont réactualisées au sein de l'OMS, comme il en avait été le cas au temps de Barrère et de Sarraut. C'est en effet en juin et en juillet 1946, lors de la Conférence internationale de santé, que se pose, pour la première fois, depuis le début des rencontres internationales d'après-guerre, la question de l'intégration des colonies au sein des OI. Lors du Congrès de l'Union postale universelle au printemps de la même année, cette question est encore soulevée. Elle surgit une nouvelle fois en 1947, avant la « Conférence du Commerce et de l'emploi ». La délégation française représentée à la "Commission préparatoire" de cette dernière Conférence sollicite alors des instructions de son Gouvernement, « sur l'attitude à

---

[44] M. Shaw, *Theory of the Global State*, Cambridge, Cambridge University Press, 2000. Voir aussi M. Mann, « Impérialisme américain », p. 452.

[45] ADP, « L'activité de l'OMS est appelée à influer favorablement sur les échanges commerciaux, les transports et les approvisionnements en denrées alimentaires dans le monde », K. 3, 6-48, 372QO/315 NUOI 1947-1948, S50. 3. 4.

adopter à l'égard d'un amendement britannique qui tend à créer, en dehors des États souverains membres de la future organisation, des "associés" ». Ceux-ci représenteraient alors, d'un point de vue des Anglais, « des territoires ne jouissant pas de pleins attributs de la souveraineté, qu'on les appelle colonies, protectorats, territoires sous tutelle ou territoires non-autonomes »[46]. L'intention de la Grande-Bretagne est d'obtenir, lors des votes, un plus grand nombre de représentations en s'assurant le soutien de la Birmanie, du Ceylan et de la Rhodésie du Sud, au sein de l'Organisation internationale du commerce (OIC).

Si dans le cadre de l'OIHP[47] le droit de vote des colonies est déjà considérablement réduit, il tend tout simplement à être supprimé au sein de l'OMS, ainsi qu'il apparaît dans l'article 8 de sa constitution. La suppression de ce droit tient surtout compte des enjeux stratégiques grandissants et des revendications anticolonialistes devenues de plus en plus vives. Dans son article 8 en effet, la constitution de l'OMS dispose que,

> […] les territoires ou groupe de territoires n'ayant pas la responsabilité de la conduite de leurs relations internationales peuvent être admis en qualité de Membres associés par l'Assemblée de la santé, sur la demande faite pour le compte d'un tel territoire ou groupe de territoires par l'État Membre ou par une autorité ayant la responsabilité de la conduite de leurs relations internationales[48].

Ici encore, c'est le Gouvernement britannique qui demande cette intégration des territoires associés. Mais comme il peut apparaître clairement dans cette disposition, seules les métropoles ont le plein pouvoir de désigner comme "Membres associés", les territoires dominés qu'ils désirent voir participer à la vie de l'organisation. L'administration coloniale française dont les ambitions « n'allaient pas aussi loin » que celles des Britanniques et qui « ne prévoyait pas la représentation directe de certains territoires coloniaux ou protectorat dans les bureaux sanitaires » va toutefois en faire une aubaine. Elle se rallie à la proposition anglaise, sans toutefois se douter que celle-ci impliquerait une réelle participation à la prise de décision de ces États. Il semble en effet que les délégués anglais, eux aussi, proposent cette participation des territoires associés sans prévoir les conséquences à venir. Compte tenu donc de la montée de l'influence des colonies au sein des OI du système des NU et notamment de l'OMS, les délégués

---

[46] ADP, « Représentation des territoires non autonomes aux organismes internationaux, Note, 24 juillet 1947, in K. Afrique-Levant, Généralités 1944-1952, 49QO/35, K.21. bis-6.

[47] Il convient de s'en souvenir, la question de la représentation des États "non-autonomes" avait été au fondement de l'OIHP comme le prévoyait l'article IV des annexes à l'arrangement de Rome signé le 9 décembre 1907. Cf. *Arrangement between the United States and others powers for the establishment of the International Office of Public Health*. AOIHP/OMSGVA. Document aussi disponible in *The American Journal of International Law*, Vol.3, n°2, Supplement: Official Documents (Apr., 1909), pp. 152-158.

[48] Cf. *Documents fondamentaux, « Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé »*, 48e éd., 2014, pp. 1-20.

français, devant participer en 1948 à la première AMS, reçoivent du Quai d'Orsay les instructions fermes.

Les autorités parisiennes estiment en effet que la question du statut des territoires non autonomes dans les ISONU aurait des « incidences constitutionnelles » sérieuses en France. C'est pourquoi il convient à tout prix que soit évité un « manque de coordination dans l'étude des problèmes coloniaux que posent diverses conférences internationales et l'adoption de solutions prématurées »[49]. Une collaboration des « puissances possessionnées outre-mer » est en tout cas indispensable, si l'on veut « faire obstacle aux entreprises politiques et démagogiques des pays anticolonialistes »[50], concluent les autorités de Paris. Les arguments constitutionnels ainsi mobilisés par l'administration française ont donc pour objectif de contrecarrer l'influence des "puissances" concurrentes (États-Unis et URSS) en Afrique et surtout d'écarter du jeu décisionnel les territoires dominés. Cet argument, leur est-il précisé, doit être présenté au cas où l'adhésion de la GB ferait défaut à une position française dans cette AMS. Bonneau, auteur de cette note d'instruction souligne en effet :

> […] les délégations françaises se trouveraient à l'avenir dans l'obligation, pour défendre leurs thèses, de présenter des arguments tirés de notre constitution, qui nous assureront sans doute certains succès de tribune, mais compromettraient définitivement l'entente des puissances coloniales qui jusqu'à présent a permis à ces dernières d'opposer une résistance victorieuse à ses détracteurs[51].

Cette question est cependant réglée lorsqu'une "entente" est (re)trouvée entre l'anglais A. N. Poynton et le français Jacques Lucien Monod. Une "entente" qui implique également l'administration coloniale belge et dont l'évocation est faite plus loin. C'est sous l'instigation des administrations coloniales française, anglaise et belge, et à la suite d'une concertation initiée par le Quai d'Orsay, qu'est décidée à la première AMS que les "membres associés" ont le droit de « participer, sans droit de vote, aux délibérations de l'Assemblée mondiale de la Santé (AMS) et de ses Commissions principales » (point a. i. de la décision). Il est également décidé, lors de cette AMS, que les "membres associés" peuvent « participer avec droit de vote aux autres Commissions ou sous-commissions de l'Assemblée et à faire partie de leur bureau - le Bureau de l'Assemblée, la Commission de vérification des pouvoirs et la Commission des

[49] ADP, « Première Assemblée Mondiale de la Santé », 6 juillet 1948, in K. Afrique-Levant, Généralités 1944-1952, 49QO/35, K.21. bis-6.
[50] *Ibid*.
[51] *Ibid*., p. 4.

Nominations étant exceptés (a. ii.). C'est par ces mesures, adoptées par la première AMS, que s'opérationnalisent les inégalités au sein de l'OMS. Il en sera de même dans les autres ISONU[52].

De telles restrictions, il convient de le souligner, n'empêchent pas la montée en puissance des certains « territoires associés » au sein de OI du système des NU. Notons au passage le cas de l'élection du sous-secrétaire d'État, ministre de la santé au Caire, Aly Tewfik Shousha Pacha, comme membre du Conseil Exécutif (CE) au sortir de la première AMS. Le délégué égyptien est ainsi élu alors que son pays n'a pas encore le statut d'État-membre. Son élection n'a pas donné satisfaction aux autorités coloniales en général. Le cas de Tewfik a en effet permis aux administrations coloniales surtout, de conclure que l'ouverture de l'OMS aux délégués des territoires dominés et leur présence au sein des instances décisionnelles, allaient minorer leur influence dans l'organisation. L'élection de Tewfik au CE de l'OMS est ainsi par exemple considérée par les autorités de Paris comme "scandaleuse" et inadmissible. Jacques Parisot, alors chef de cette délégation à la première AMS conclut que la désignation des membres du CE était "arbitraire". Ce qui entraîne dans les Assemblées à venir, et sur proposition des délégués des pays colonisateurs surtout, un changement du système de désignation des responsables du CE, et le renouvellement régulier (annuel) du tiers des membres de ce Conseil. Toutefois, le pouvoir des colonies et leur influence continuent à s'accroître au sein des instances internationales. C'est du moins le constat que fait en 1956 Guillaume Georges-Picot, ambassadeur de France au Mexique. Dans une lettre du 20 décembre 1956 au ministre français de affaires étrangères Christian Pineau, Georges-Picot écrit :

> Ayant passé trois ans et demi au Secrétariat de l'O.N.U. comme secrétaire général adjoint, à la tête du Département des Affaires Economiques et du Département des Questions Sociales, du milieu de 1951 à la fin de 1954, j'ai vu de l'intérieur du Secrétariat comment a baissé l'influence des grandes Puissances et a monté, en contre-partie, celle des pays sous-développés, irresponsables et sans expérience politique internationale. Ces pays, de plus, ne contribuent pas, tous réunis, au quart du budget de l'Organisation et ils n'en cherchent pas moins à dominer l'assemblée générale et très souvent y réussissent[53].

Le diplomate renchérit en ces termes :

> d'entreprendre une action dynamique pour rétablir la position de la France à l'intérieur de l'Organisation et de réformer l'Organisation elle-même, d'exposer les conclusions auxquelles m'a conduit mon séjour au Secrétariat des Nations Unies[54].

---

[52] Voir à cet effet R. Kovar, « La participation des territoires », p. 524.
[53] ADP, « La France et les Nations Unies », octobre 1955-décembre 1956, in MAE/DAP, Coopération franco-anglo-belge, 372QO/115 NUOI 1947-1958, S22. 4. 3.
[54] *Ibid*.

Pour trouver des solutions à cette situation de "baisse de l'influence" française – et par conséquent des autres puissances coloniales – au sein de l'ONU et de ses institutions spécialisées, la tâche est confiée au Pr. Emile Giraud de la Faculté de droit de Lille, ex-conseiller juridique de la SDN, et ex-membre du Secrétariat des NU, de concevoir des moyens pour y remédier. Fin connaisseur des questions de droit international, Giraud comprend que ce qui pose problème et tend à amenuiser l'influence des territoires possessionnés au sein des instances internationales est la question de l'anticolonialisme. Il rapporte à cet effet :

> L'anticolonialisme sévit avec une intensité extraordinaire aux Nations Unies. Et les États asiatiques sont tous anticolonialistes. Certains le sont avec frénésie. Les États-Unis et les États de l'Amérique latine sont anticolonialistes avec modération. L'URSS chante la chanson anticolonialiste pour séduire les peuples de couleur et pour les dresser contre le monde occidental[55].

Pour Giraud, cet anticolonialisme trouve « un certain fondement dans la Charte » des NU, dont l'article 1 (paragraphe 2) parle « du principe de l'égalité de droit des peuples et de leur droit à disposer d'eux-mêmes »[56]. Il suggère alors de donner une interprétation autre à cette mesure onusienne tendant à l'égalité des peuples. Pour lui, le Gouvernement français, à l'instar des autres administrations coloniales, doit faire admettre au sein de l'ONU et de ses institutions spécialisées, que « le droit des peuples à disposer d'eux-mêmes suppose un minimum d'aptitudes pour se gouverner et progresser »[57]. C'est dire autrement que les peuples dominés étant inaptes à se gouverner eux-mêmes, il convient de faire admettre que ceux-ci ne peuvent pas aspirer à ce droit d'égalité et à une quelconque autonomie, ni même au progrès, sans l'appui de l'administration coloniale qui en a la pleine responsabilité. Au cas où cette mesure ne serait admise, Giraud offre deux alternatives aux autorités françaises surtout : soit se retirer des NU, ce qui, de son point de vue, serait « une faute lourde », compte tenu des intérêts qu'elle peut y avoir et l'instrumentalisation qu'elle peut en faire, soit alors y rester et mener une « politique active ».

C'est dans cette foulée, et d'accord avec les autres administrations coloniales qu'est décidé de la mise en application effective de la distinction entre États-membres, États associés, et territoires non autonomes. Une telle distinction suppose un éloignement des territoires

---

[55] ADP, « Rapport E. Giraud : La France et les Nations Unies », in MAE/DAP, Coopération franco-anglo-belge, 372QO/115 NUOI 1947-1958, S22. 4. 3.
[56] Ledit article précise : « *The Purpose of the United Nations are :*
[…]
2. To develop friendly relations among nations based on respect for the principle of equal rights and self-determination of peoples, and to take other appropriate measures to strengthen universal peace ». Cf. « Charter of the United Nations », art. 1, §2.
[57] ADP, « Rapport E. Giraud », p. 3.

dominés de toutes les sphères de prise de décision. Par ce renforcement du dispositif inégalitaire dont les bases avaient été posées, lors de la première AMS, les autorités coloniales allaient devenir plus "offensives"/"actives". L'OMS, pour sa part, passe ainsi aisément à la "merci" des administrations coloniales. Acquises à la cause des empires coloniaux d'Europe, elle devient, par le fait, un haut lieu d'affrontement des impérialismes concurrents (coloniaux, étatsuniens et soviétiques). Ces affrontements, sur l'arène que constitue l'organisation et leurs conséquences, se répercutent aussi bien à Genève que dans les bureaux et comités régionaux dans le Pacifique, en Asie du Sud-Est, en Méditerranée Orientale et en Afrique : zones d'influence des "puissances occidentales". Une influence qui marque profondément le processus de régionalisation de l'OMS, notamment dans le continent africain.

II. L'OMS en Afrique : entre régionalisation et régionalisme

Le rôle fondamental d'une région est de créer de nécessaires "relais" entre l'Organe central et l'organe local. Dans le cadre de cette étude en effet, la régionalisation au sein de l'OMS a pour but de mettre en place dans chaque zone géographique du monde, des bureaux régionaux (BR) censés assurer ce rôle de « relais » entre le siège et ses démembrements continentaux. Ce processus qui suit une trajectoire singulière dans chacune des six régions, telles que délimitées par la première AMS, tient en effet compte des principaux enjeux des différentes forces en présence. Après une clarification théorique et conceptuelle de la dyade régionalisme/régionalisation (1), nous tentons d'analyser la régionalisation de l'OMS en Afrique notamment, comme un processus éminemment conflictuel (2), à l'origine d'un régionalisme divergent (3).

1. Régionalisme et régionalisation : clarifications théoriques et terminologiques

Les concepts de régionalisation et de régionalisme sont d'autant plus indissociables qu'il est difficile, voire impossible de faire référence à une quelconque de ces notions, sans faire allusion à l'autre. C'est dire, comme le précise Yann Richard, que celles-ci renvoient à

des réalités étroitement liées, mais fondamentalement distinctes[58]. La plupart des auteurs[59], sinon tous ceux qui les emploient parlent même de dyade régionalisme/régionalisation. Cela apparaît pertinent, à plusieurs égards, car, il existe en effet, une interaction incontestable entre régionalisme et régionalisation, tant d'un point de vue théorique que pratique. Notons cependant que ces deux notions renvoient aussi bien à l'analyse du champ infra étatique qu'à la restitution des dynamiques inter et transnationales. Les chercheurs qui abordent ces questions se fondent généralement sur une théorisation largement inspirée de l'expérience des pays occidentaux, notamment l'Europe et les États-Unis. D'où plusieurs références à des grilles de lecture stato-centriques[60]. Régionalisme et régionalisation sont deux termes très courants dans la littérature académique notamment en économie, en relations internationales, en sociologie, en histoire, en géographie, etc. Seulement, il n'existe aucun consensus sur la définition de ces termes fondamentaux, d'où le flou qui les entoure[61]. Sans vouloir reprendre ici l'ensemble de ces définitions, notre intention est d'en retenir une, qui cadre le mieux avec notre étude.

Régionalisme et régionalisation sont issues de "région", mot lui-même dérivé du latin *regio* (contrée, territoire), qui, pour l'ONU, s'applique à de grandes fractions du système monde composées d'États contigus[62]. Pour ce qui est du régionalisme, il nous a paru important, de retenir la définition que tente de donner Daniel Bach, dans un ouvrage que codirigent Laurence Marfaing et Steffen Wippel[63]. Pour cet auteur, il convient avant toute chose, si l'on veut parvenir à analyser la pluralité des dimensions, des acteurs, des stratégies et des modes de

---

[58] Y. Richard, « Intégration régionale, régionalisation, régionalisme : les mots et les choses », in *Confins. Revue franco-brésilienne de géographie*, n°20, 2014, [en ligne], consulté le 10 janvier 2017. URL : http://confins.revues.org/8939.
Voir aussi, Y. Richard, « Régionalisation, régionalisme et intégration régionale : concepts flous et nécessaire clarification », in A. Gana et Y. Richard (dir.), *La régionalisation du monde. Construction territoriale et articulation global/local*, Paris, IRMC-Karthala, 2014, pp. 23-44.

[59] Voir par exemple D. Bach, « Régionalisme, régionalisation et globalisation », in M. Gazibo et C. Thiriot (Dirs)., *L'Afrique en Sciences Politique*, Paris Karthala, 2009, pp. 342-361 ; D. Bach, « Régionalisme et régionalisation à travers le prisme de l'aire saharo-sahélienne », in L. Marfaing, S. Wippel (Dir.), *Les relations transsahariennes à l'époque contemporaine. Un espace en constante mutation*, Paris, Éd. Karthala-ZMO, 2004, pp. 457-479 ; Y. Mény, « La dynamique politique de la régionalisation », in *Cahiers de recherche sociologique*, Vol. 3, n°1, 1985, pp. 25-54 ; G. Pierre, « La régionalisation », in *Annales de Géographie*, « Comptes rendus », Tome 87, n°484, 1978, p. 733 ; etc.

[60] La limite d'une telle approche notamment mobilisée par les sciences politiques et les relations internationales est qu'elle présente les gouvernements centraux comme acteurs principaux, si ce n'est uniques du processus régionalisation, sa cause et son corollaire. D'où l'importance excessive donnée aux impulsions et aux dynamiques institutionnelles. Voir A. Gamble, « Regional Blocs, World Order and the New Medievalism », in M. Telo (dir.), *European Union and the New Regionalism,* Bruxelles, Université Libre de Bruxelles, 2007, pp. 21-36.

[61] Y. Richard, « Régionalisation, régionalisme », p. 25.

[62] R. Brunet, R. Ferras, H. Théry, *Les mots de la géographie*, Paris, La Documentation française, nouvelle édition, 2005.

[63] D. Bach, « Régionalisme et régionalisation », p. 460.

formation du régionalisme, de faire une distinction analytique entre régionalisme comme « projet explicitement défini et la régionalisation en tant qu'expression d'un processus social ». C'est en tenant compte de cette distinction que Bach appréhende le régionalisme comme l'idée ou l'idéologie, les programmes, politiques et objectifs qui visent à promouvoir la transformation d'une aire géographique en un espace social régional[64]. Ainsi perçue, la notion permet théoriquement, de postuler la *construction* d'une identité, et comporte par la même occasion, une forte composante cognitive : mise en œuvre d'un programme et définition d'une stratégie. Cette définition que donne Bach s'apparente ou débouche sur ce que Jack Hayward appelle « pressions régionalistes économiques, culturelles et politiques qui émanent de la périphérie » et qu'il différencie avec la « réponse régionalisante du centre », dont le but est la transformation par celui-ci (le centre ou l'administration centrale), de ses rapports fonctionnels avec les administrés, ou du moins, avec la périphérie[65].

Théoriquement, ce dernier régionalisme vise le renforcement d'un contrôle, *a priori* perçu comme menacé, et se confond avec la régionalisation qui, pour Bach, n'est rien moins que l'ensemble des dynamiques qui ne sont pas nécessairement cognitifs[66]. Elle renvoie aussi à une diversité de processus qui sont soit le fruit de la concrétisation des projets régionalistes soit alors de l'agrégation des stratégies individuelles, indépendantes de toute aspiration ou stratégie régionaliste identifiée. Dans ce dernier cas de figure, la régionalisation procède, comme le souligne Bach, « du comportement d'agents (diasporas, réseaux marchands ou religieux, entreprises multinationales), dont les activités, bien qu'elles ne soient pas motivées par la construction d'un projet, contribuent pourtant à la formation d'espaces régionaux.

Pour Philippe Hugon, cette délimitation des sous-ensembles régionaux implique que l'espace mondial n'est pas homogène, mettant ainsi en situation de concurrence et de conflit les agents privés et publics issus des espaces hiérarchisés et polarisés[67]. L'auteur conçoit la régionalisation à la fois comme une extension des États-Nations qui rend plus crédible une régulation sociopolitique dans un espace en voie de globalisation et une fragmentation de ce processus porté par les acteurs transnationaux. Mais aussi, comme la résultante d'une tension entre l'ouverture à l'économie mondiale et les replis sur des référents identitaires, une réponse

---

[64] *Ibid*.
[65] J. Hayward, « Incorporer la périphérie : l'essor et la chute de la régionalisation fonctionnelle en France », in *Pouvoirs*, *Revue française d'études constitutionnelles et politiques*, n°19, 1981 - Régions, pp. 103-118.
[66] D. Bach, H. Hveem, « Regionalism, Regionalisation and Globalisation », *Congrès de l'ECPR et de l'International Studies Association*, Vienne, 16-20 septembre 1998.
[67] P. Hugon, « L'Europe et le Tiers monde : entre la mondialisation et la régionalisation », in *Revue Tiers Monde*, Vol. 34, n°136, « L'Europe et le Tiers Monde », 1993, pp. 725-748.

au processus de remise en cause de l'intangibilité des frontières sur des bases ethnorégionalistes[68]. Il s'agit en tout d'un processus essentiellement fonctionnel, qui, pour bien des auteurs, peut s'opérer de deux manières : premièrement, lorsque l'organisme central adapte lui-même ces politiques aux caractéristiques et besoins régionaux, et secondairement, lorsque les régions identifient individuellement leurs propres demandes. Les limites de ce processus sont nombreuses, dans la mesure où les décentralisations tiennent généralement compte de la définition de la région comme un ensemble d'États voisins, liés parfois par des accords régionaux. Ce faisant, elles ignorent le rôle et les pratiques sociales qui ne sont pas impulsés ou pilotés par les gouvernements et naturalisent « les grappes d'États » en acceptant l'idée qu'un accord régional ou une simple volonté politique fait une région. Ils figent ainsi dans du marbre, des constructions qui sont *a priori* mouvantes, puisque produites par les sociétés elles-mêmes.

L'une des critiques formulées dans ce sens est que le recours aux logiques de proximité dans les ensembles régionaux constitués par les États voisins comme hypothèse est faible, dans la mesure où la réduction des coûts ne concerne pas que les transports à courte distance. Aussi, l'espace mondial est traversé par des réseaux et parsemé de nœuds qui concentrent les flux au détriment d'autres espaces[69]. De même, le fonctionnement de l'économie et des firmes met en avant la contrainte temporelle. Les systèmes logistiques bien organisés prennent ainsi aisément le pas sur la proximité géographique en minimisant son importance[70] Enfin, la présence d'une structure régionale n'implique pas pour autant qu'il y ait eu effectivement régionalisation[71], même si dans son fondement, celle-ci vise de manière concrète, à « créer un relais », entre l'État et les collectivités locales[72].

La particularité d'un tel processus est qu'il ne va pas sans (re)définir de nouvelles règles du jeu, qui dessinent et redessinent d'autres formes de relations, entre « l'État et la société civile », et entre « l'État et la société locale », en favorisant parallèlement l'émergence de nouveaux « champs de conflictualité transversale », qui se situe cette fois, loin du cadre classique[73]. L'émergence de tels types de conflits exige du gouvernement central, qu'il puisse inventer les moyens de « désarmer les mouvements ethniques, politiques et économiques qui

---

[68] *Ibid*., p. 727.
[69] P. Veltz, *Mondialisation, villes et territoires*, Paris, PUF. Voir aussi P. Veltz, « Une organisation géoéconomique à niveaux multiples », in *Politique étrangère*, Vol. 62, n°2, 1997, pp. 265 - 276.
[70] *Ibid*.
[71] Voir à cet effet J. Hayward, « Incorporer la périphérie », p. 105. ; voir aussi R. Gosselin, « Les conseils régionaux : une décennie d'évolution », in *Administration hospitalière et sociale*, Vol. 17, n°6, 1981, pp. 4-10.
[72] G. Pierre, « La régionalisation », p. 733.
[73] L. Jalbert, « La décentralisation, quel enjeu ? », in *Cahier de recherche sociologique*, Vol. 3, n°1, 1985, pp. 5-7. Voir aussi P. Hugon, « L'Europe et le Tiers monde », p. 726.

proclament une identité et des intérêts divergents de ceux fixés par le Centre »[74], comme nous essayons de le saisir par la suite, de manière empirique. La mise en œuvre de ces moyens a comme risque majeur, une complexification du débat en raison du fait que la partie de la périphérie qui a le plus de sens de son identité « le plus fort et le plus tenace », a en plus d'un « désir d'autonomie […] un intense sentiment de dépendance envers le gouvernement central»[75].

2. La régionalisation de l'OMS en Afrique

Dans cette section, l'insistance faite sur l'empire français peut donner à raison le sentiment d'un face-à-face franco-africain. Il convient de noter que l'administration coloniale anglaise avait tout autant intérêt que les autorités françaises à mener le jeu de la régionalisation de l'OMS dans le continent car, les deux puissances sont celles qui détiennent le plus grand nombre de colonies sur le continent, donc également, le plus d'intérêts. Il aurait été intéressant, dans cette étude, de consulter en plus des archives belges qui ne disent pas grand-chose sur ce processus, les archives anglaises sur le sujet. Ce qui aurait permis d'avoir le point de vue anglais sur la question et de mieux nuancer le propos. Et c'est la principale faiblesse de cette section, qui devrait être enrichie par des recherches ultérieures. Elle se propose toutefois, de présenter dans un premier temps les origines de la régionalisation des institutions sanitaires internationales, en mettant un point d'honneur sur les enjeux de cette régionalisation et sur sa mise en œuvre effective.

2.1. Origines de la régionalisation des institutions sanitaires internationales

La plupart des travaux récents sur la régionalisation fait remonter l'origine de ce processus après 1945. Pour Lizette Jalbert, par exemple[76], la décentralisation qu'elle appelle encore régionalisation est une réforme introduite par les démocraties occidentales. Elle est née, selon l'auteure, dans le contexte de la crise du capitalisme, de la remise en cause des anciens modèles sur lesquels reposaient ces sociétés, depuis la Seconde Guerre mondiale, et en particulier, le modèle de gestion étatique centralisé et bureaucratique[77]. Pour certains auteurs,

[74] J. Hayward, « Incorporer la périphérie », p. 106.
[75] *Ibid*.
[76] *Ibid*. p. 5.
[77] *Ibid*.

ce processus n'a pu avoir lieu au niveau mondial avant cette date, en raison du fait qu'une partie du monde (notamment l'Asie et l'Afrique) était encore sous domination coloniale[78]. Cette partie de notre travail, en restant fidèle à la longue durée, entend s'inscrire en faux contre cette vision minimaliste, en montrant que ce processus est bien antérieur à 1945. L'idée de la mise en place des conseils régionaux de santé n'est en effet pas nouvelle au sein des OIS. Les premiers conseils régionaux de santé sont tout d'abord créés dans les principaux ports commerciaux d'où partaient les épidémies – véritables obstacles au commerce des "puissances occidentales"[79] – ayant ravagé l'Europe entre 1830 et 1895. C'est ainsi que sont mis en place à Constantinople (1838-1914), à Tanger (1840-1919), à Alexandrie (1881-1938), les tout-premiers conseils sanitaires régionaux. Celui de Téhéran voit le jour plus tard. Ils sont composés principalement de représentants des "puissances" commerciales étrangères, avec une minorité de représentants locaux.

Le but de ces premiers conseils sanitaires est alors de décider des mesures à prendre en vue d'empêcher les épidémies de se répandre dans le continent européen et aussi d'assurer la surveillance des conditions sanitaires dans chacune des zones de leur implantation. Jouissant d'une autorité sans pareil, ces organes sont alors de véritables piliers sur lesquels reposent désormais les enjeux économiques des "puissances" commerciales européennes[80]. L'un des plus efficaces est celui d'Alexandrie (Administration sanitaire, maritime et de quarantaine d'Egypte à Alexandrie), qui du reste fonctionna jusqu'au 31 octobre 1938, date à laquelle il est transférée aux autorités sanitaires égyptiennes, par la convention qui l'entérina. C'est lors de la signature de la « Convention sanitaire de 1926 » qu'est institué un système régional dans lequel la diffusion rapide des renseignements sur les épidémies est renforcée[81]. On peut alors

---

[78] D. Bach, « Régionalisme et mondialisation en Afrique subsaharienne : le retournement d'un paradigme », in D. Bach (dir.), *Régionalisation, mondialisation et fragmentation en Afrique subsahariennes*, Paris, Karthala, 1998, pp. 13-24.

[79] Nombreuses étaient les marchandises souvent détruites sous prétexte d'être elles-mêmes contaminées quand était donné l'alerte d'une potentielle épidémie. L'Europe est alors méfiante face à ces épidémies car, les ravages de la peste et surtout les cinq épidémies de choléra intervenues dans le contient en mois d'un siècle (1830-1832 ; 1848-1851 ; 1851-1855 ; 1884-1886 ; 1892-1895) marquent encore les esprits.

[80] Nous avons vu comment Barrère s'en est servi dans le cadre de la crise contre les autorités anglaises en Egypte en 1883.

[81] Il convient de noter que lors de la conférence sanitaire internationale tenue à Paris en 1926, il est question pour les participants de réviser la convention de 1912, en vue d'aboutir à un arrangement diplomatique, produit de l'internationalisme européen du début du siècle (1907). La soixantaine des pays représentés à cette conférence et issus des « cinq continents » prennent acte du renouvellement des enjeux sanitaires internationaux. C'est ainsi qu'ils intègrent dans ladite convention, outre les apports des sciences médicales et des techniques de communication, deux nouvelles maladies (le typhus et la variole). Les délégués des États-Unis et du Japon prenant part à cette réunion se démarquent par leur forte participation aux débats, qui débouchent sur l'élaboration d'un « code sanitaire international », allant largement au-delà de l'eurocentrisme des conventions sanitaires précédentes. Voir à cet effet A. Sealey, « Globalizing the 1926 International Sanitary Convention », in *Journal of Global*

l'interpréter comme une manifestation de l'internationalisme wilsonien véhiculé dès 1923 au sein de l'OHSDN par la *Rockefeller Foundation*. Cette formule régionale attribue le poste de Singapour au bureau sanitaire pan-américain, et à celui de renseignements de l'administration sanitaire d'Egypte, le rôle essentiel de diffusion des informations.

C'est au cours de la première AMS tenue à Genève du 24 juin au 24 juillet 1948 que l'OMS, fille de la Division de la santé de l'UNRRA étatsunienne et de la défunte OIHP/OHSDN, décide de déterminer les régions géographiques de cette institution. Une décision largement influencée par les délégués étatsuniens, qui n'entendaient pas voir disparaître le bureau sanitaire pan-américain créé en 1902. De l'avis de Prasenjit Duara, ce projet initié dans un contexte de Guerre froide – nous l'avons vu – vise à répondre aux demandes croissantes de parité économique et politique du nouveau mouvement anti-impérialiste dans les colonies et à la concurrence entre les nouveaux impérialismes[82]. C'est dire en effet que ces nouvelles puissances impérialistes (États-Unis et l'URRS notamment) cherchent, *via* cette régionalisation, à créer des blocs économiques en Afrique surtout, comme il en avait déjà été le cas en Amérique latine pour le cas des États-Unis, et en Europe de l'Est, pour le cas des soviétiques[83].

Cette détermination des régions géographiques qui vise surtout à reproduire, dans les autres parties du monde, le modèle du bureau des Amériques, se fait alors de la manière suivante : la région de la Méditerranée orientale, comprenant l'Egypte, l'Arabie Saoudite, l'Irak, la Syrie, le Liban, la Transjordanie, le Yémen, l'Iran, la Turquie, le Pakistan, la Grèce, l'Ethiopie[84], l'Erythrée, la Tripolitaine (actuelle Lybie), les Iles Dodécanèse, la Somalie britannique, la Somalie française, l'Aden, et la Chypre. La région du Pacifique occidental comprenant l'Australie, la Chine, l'Indochine, l'Indonésie, le Japon, la Corée, les Philippines, la Nouvelle-Zélande, et provisoirement la Péninsule Malaise. La région du Sud-Est asiatique compte la Birmanie, le Siam, le Ceylan, l'Afghanistan, l'Inde (l'inclusion de la Péninsule malaise dépendant de la décision définitive de ce pays, quant à la région à laquelle il désire

---

History, vol. 6, n°3, 2011, pp. 431-455. Voir aussi C. Paillette, « L'Europe et les organisations sanitaires internationales. Enjeux régionaux et mondialisation, des années 1900 aux années 1920 », in *Cahiers Irice*, n°9, 2012/1, pp. 47-60.

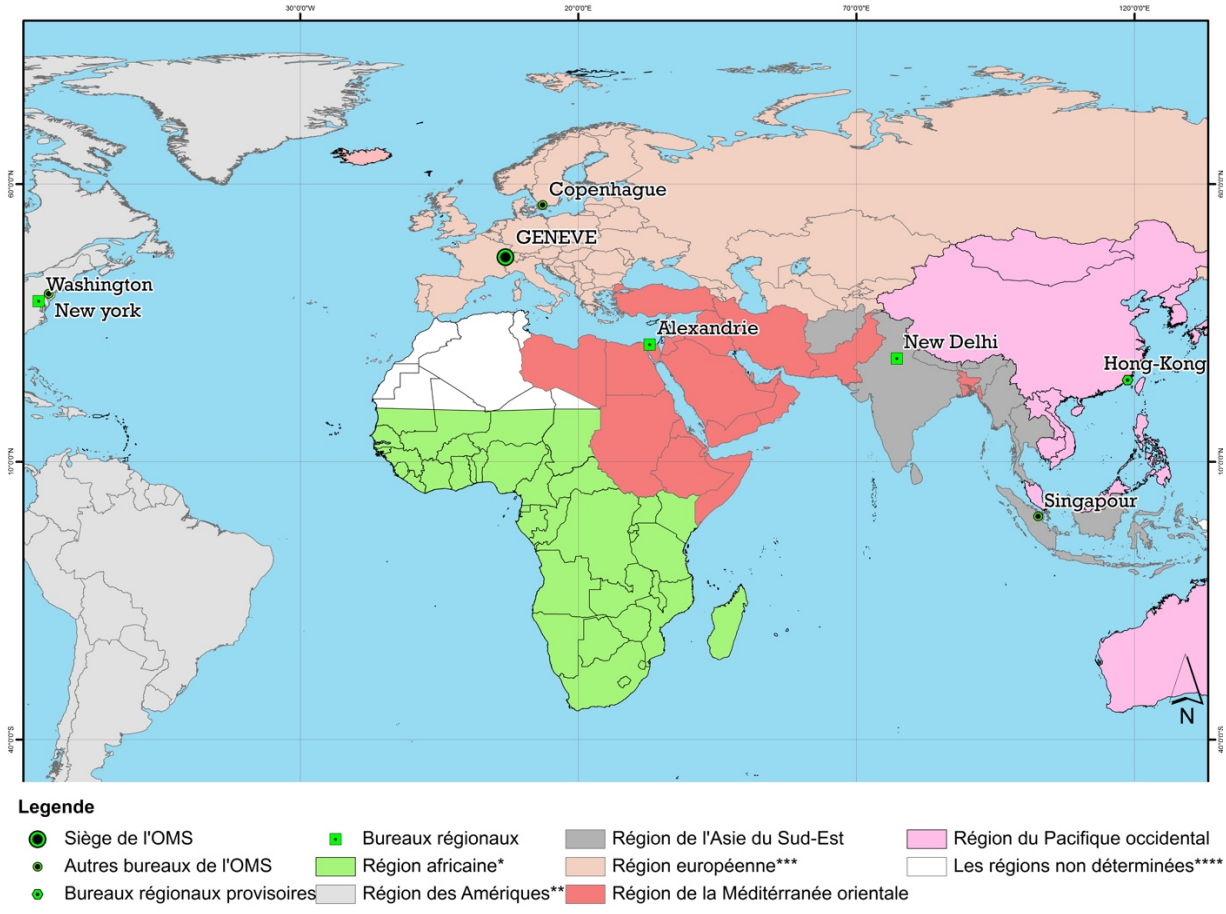
[82] P. Duara, « The Cold War », p. 460.

[83] *Ibid*. L'auteur écrit à ce sujet : « *With the simultaneous rise of rights consciousness in the colonies and dependencies and the increased need for ressources and social mobilization within them, it was more efficient for the imperialists to foster modern indirectly controlled institutions in them* ».

[84] L'Ethiopie est officiellement transférée du bureau régional pour la Méditerranée orientale (EMRO) au bureau régional africain (AFRO), le 1er septembre 1977. Voir AOMS/BZV, « Transfer of Ethiopia to WHO's African Region », *Membership of WHO African Region*, L2/50/3, Chemise 1, Carton ARC 170.

s'affilier). La région européenne, pour sa part, englobe l'ensemble du continent européen, il en est de même pour la région des Amériques, cependant que la région africaine comprend toute l'Afrique au Sud, du 20e degré parallèle de latitude nord, jusqu'à sa jonction avec la frontière septentrionale du Congo belge, pour s'orienter ensuite vers l'Est du continent, le long des frontières septentrionales de l'Ouganda, et du Kenya, et au Sud le long de la frontière orientale du Kenya jusqu'à l'Océan indien[85] (cf. carte de la régionalisation de 1950). L'AMS décide d'établir des organisations régionales dans chaque région indiquée dès que la majorité des membres situés dans ladite région y aura consenti. Cette disposition, sans trop de précisions, justifie les difficultés et surtout les conflits qu'elle suscite par la suite.

Carte 2 : Régions et bureaux de l'OMS, 1950 (auteur : S. Ayangma)



* Bureau pour l'Afrique, Genève
** Bureau Sanitaire Panaméricain, Washington : faisant fonction de bureau régional
*** Bureau spécial pour l'Europe, Genève
**** Les régions auxquelles ces territoires doivent être rattachés n'ont pas encore été déterminées

Source : OMS, *Actes officiels de l'Organisation mondiale de la santé, n°30 : Travaux de l'OMS, 1950. Rapport annuel du Directeur général à l'Assemblée mondiale de la santé et aux Nations Unies*, Palais des Nations, Genève, 1951, p. 80.

[85] Différentes organisations régionales de l'OMS, telles qu'arrêté à la première AMS.

2.2. Jeux et enjeux de la régionalisation de l'OMS en Afrique

Rappelons, avant toute chose, qu'Alexandrie a servi de base aux autorités britanniques pendant la deuxième Guerre mondiale, pour le rassemblement des renseignements épidémiologiques de cette zone[86]. Ce qui la prédispose à abriter un bureau régional de l'OMS. Une demande allant dans ce sens est introduite auprès de la Commission intérimaire par le délégué égyptien à l'OMS, Aly Tewfik Shousha Pacha. Cette attitude vue par le gouvernement français comme une « prétention » égyptienne de vouloir "pan-arabiser" ce bureau entraîne une vive hostilité de la part des autorités de Paris. Elles n'hésitent pas à le considérer comme « un écriteau sur une porte ». C'est ainsi qu'elles allient à ce combat les autorités des autres "puissances" coloniales, notamment celles de la Belgique et de la GB, qui, comme elles, avait intérêt à maintenir un contrôle sur leurs possessions.

À la 4e session de la Commission intérimaire, les délégués français reçoivent l'instruction de nier totalement l'existence d'un « bureau pan-arabe de la santé », sous prétexte qu'il n'a été « mentionné dans aucune Convention internationale actuellement en vigueur ». Ce qui annule, de manière presqu'automatique, les pourparlers qui avaient déjà été engagés entre ce bureau égyptien et l'OMS, en vue de sa reconnaissance[87], et ce malgré le soutien reçu par Aly Tewfik Shousha, des États-Unis et de la « presque totalité des membres de la Commission »[88]. Il est décidé, au contraire, des négociations futures avec le gouvernement égyptien en vue de la création d'un « bureau du Proche-Orient dont le siège serait à Alexandrie »[89]. À la création quelques mois plus tard de ce BR/EMRO, Aly Tewfik est désigné premier directeur régional.

La première AMS est amenée à admettre que « les États membres étaient fondés à siéger dans les comités régionaux en tant puissances administrantes » des territoires non autonomes, représentant eux-mêmes ces territoires. Cette décision d'inspiration coloniale – nous l'avons vu – conduit les autorités des empires coloniaux d'Europe à s'assurer une participation incontestable au Comité du Moyen-Orient en qualité de "puissance administrante" : l'administration coloniale française représentant la Somalie française et la Grande Bretagne la

---

[86] ADP, « Note de la Direction d'Afrique-Levant : a.s. Organisation mondiale de la Santé », n°749 sc, Paris le 5 juillet 1947, in K. Afrique-Levant, Généralités 1944-1952, 49QO/35, K.21. bis-6.
Soulignons que le bureau sanitaire quarantenaire d'Alexandrie est créé en 1934 et rattaché à l'OIHP. Il devient en 1937, le bureau sanitaire égyptien. Mais en juillet 1946, il « se serait promu de son propre chef, "bureau pan arabe", dont la compétence s'étendrait du Moyen-Orient à l'Afrique Equatoriale comprise ».
[87] ADP, « Secrétariat des Conférence : Note pour la Direction Afrique-Levant, n°985 sc. », 20 septembre 1947, in K. Afrique-Levant, Généralités 1944-1952, 49QO/35, K.21. bis-6.
[88] *Ibid*.
[89] *Ibid*.

Somalie britannique. Ceci garantit la possibilité que les fonctionnaires et techniciens de l'OMS, affectés à certaines missions, collaborent de manière effective avec les représentants coloniaux du Comité. Le même procédé est mis en œuvre dans le Comité régional (CR) en Afrique, où il s'applique mieux encore, aux groupes de territoires composant les gouvernements généraux de l'Afrique subsaharienne. L'instruction reçue par la délégation française par exemple à cette AMS est précise :

> Quelle de soit la solution retenue par la majorité et la place réservée aux territoires non autonomes dans les comités régionaux, la délégation s'emploiera à faire admettre que les États Membres, administrant un ou plusieurs territoires non autonomes dans la région considérée, participent toujours de plein droit en tant qu'État-Membre, au Comité régional[90].

S'assurer une telle participation aux Comités régionaux (CR) des "Territoires Outre-Mer" garantit en effet aux administrations coloniales l'assurance d'un contrôle systématique sur leurs possessions, face surtout aux velléités expansionnistes des États-Unis et de l'URSS. Il est aussi question de s'assurer qu'aucune décision ne soit prise, qui irait dans le sens contraire des intérêts des métropoles. C'est du moins ce qui ressort des instructions du Quai d'Orsay à la délégation française devant participer à la 2e AMS tenue à Rome en juin 1949. Elles soulignent que l'attitude de cette délégation devrait tendre « à renforcer notre droit de contrôle sur l'activité de l'Organisation et d'éviter qu'elle ne s'engage dans une voie contraire à nos intérêts »[91].

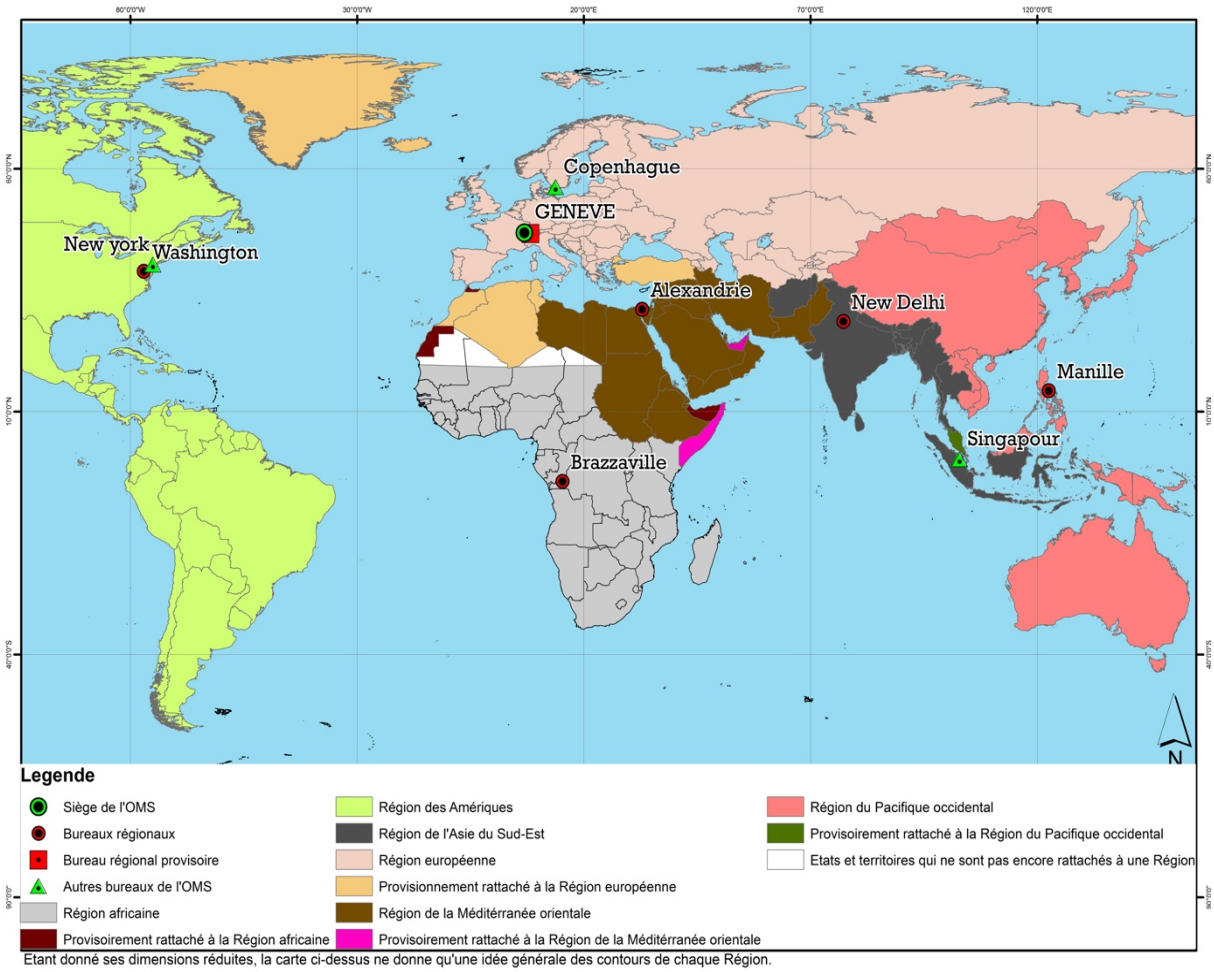
L'accusation portée contre L'Egypte de vouloir "pan-arabiser" le bureau du Moyen-Orient vise en effet que ne puisse échapper aux empires coloniaux d'Europe, le contrôle de leurs territoires d'Afrique. Pour l'administration coloniale française, par exemple, ses possessions d'Afrique du Nord lui sont d'autant plus stratégiques qu'elle met tout en œuvre pour obtenir leur intégration dans le BR d'Europe. C'est ainsi que l'Algérie, la Tunisie et le Maroc intègrent plus tard – du moins provisoirement – le bureau régional européen de l'OMS (EURO), comme on peut le voir dans la carte ci-après de 1954. Ce n'est que plus tard en 1984, que l'Algérie intègre le BR/AFRO[92]. La volonté algérienne d'intégrer ce bureau est manifestée au DG/OMS, le Dr. Mahler, par le Représentant permanent de l'Algérie à l'Office des NU, Bachir Ould-Rouis, le 8 mai 1984, à la veille de la 37e Assemblée Mondiale de la santé

---

[90] ADP, « Lettre du ministre des affaires étrangères au ministre de la France Outre-mer », 20 août 1948, 49QO/35, K.21. bis-6.
[91] ADP, « Instructions pour la délégation française à la deuxième assemblée mondiale de la santé », MAE/DAP, 2e Assemblée mondiale de la santé, Rome 13 juin-3 juillet 1949, 372QO/315, NUOI 1948-1949, S50. 3. 4.
[92] AOMS/BZV, « Transfert de l'Algérie à la région africaine, 3 août 1983 », in *Membership of WHO African Region*, L2/50/3, Chemise 1, Carton ARC 170.

(AMS)[93]. Le Maroc et la Tunisie sont rattachés, pour leur part, au bureau régional pour la Méditerranée orientale (BR/EMRO).

Carte 3 : Régions et bureaux de l'OMS, 1954 (auteur : S. Ayangma)



Source : OMS, *Actes officiels de l'Organisation mondiale de la santé, n°59 : Travaux de l'OMS en 1954. Rapport annuel du Directeur général à l'Assemblée mondiale de la santé et aux Nations Unies*, Palais des Nations, Genève, 1955, p. 62.

Si le Gouvernement de Paris met assez d'engouement dans la création et la délimitation des autres bureaux régionaux de l'OMS, c'est surtout en Afrique subsaharienne où elle détient son plus vaste espace colonial que ses craintes sont les plus vives. Paris se montre ainsi susceptible à toute tentative de création du BR/AFRO qu'elle considère comme une menace aux intérêts coloniaux. Si elle affiche une telle attitude, c'est aussi parce que l'important marché africain est surtout celui qui fait la convoitise de nouveaux impérialistes que sont les États-Unis

[93] AOMS/BZV, « Assignment of Algeria to the African Region », in *Membership of WHO African Region*, L2/50/3, Chemise 1, Carton ARC 170.

et l'URSS. D'où son acharnement à retarder au maximum la création de ce bureau. Ce qu'elle réussit à faire pendant au moins trois années, avec l'appui des autres administrations coloniales, et notamment belge et portugaise. C'est ce que Jessica Pearson-Patel appelle « the battle against the Africa Regional Office »[94]. Une bataille contre la création d'un bureau régional de l'OMS pour l'Afrique dont l'enjeu est, précise l'auteure, de protéger l'autonomie impériale[95]. Il arrive toutefois le moment où cette "création devint inévitable", « en dépit des inconvénients que présente pour notre position en Afrique l'immixtion dans ce continent d'une institution spécialisée où dominent les tendances anti-colonialistes »[96].

Si à Bruxelles on entend installer un bureau indépendant à Léopoldville, en vue de « faire obstacle à [la] réalisation » d'un bureau de l'OMS en Afrique, à Londres, on ne trouve que des avantages à ce que puisse être créé un tel bureau dans le continent, dans l'espoir de le voir implanter dans une possession britannique, et notamment à Kampala en Ouganda. Conscient de cette divergence d'opinion, le Quai d'Orsay décide, en 1949, qu'au cas où il s'avèrerait impossible de différer la création de ce bureau, il conviendrait de rechercher tout au moins, « les moyens d'éviter une immixtion trop accentuée de l'O.M.S. dans notre administration et de conserver le contrôle absolu sur les opérations que l'Organisation sera amenée à effectuer dans nos territoires »[97]. Cette attitude, pour le moins réaliste de Paris, est significative du sentiment général que de Gaulle voue à cette « organisation naissante » (l'ONU et ses IS), qu'il envisage avec « sympathie et circonspection »[98].

L'administration française s'appuie sur l'action et l'efficacité de ses diplomates affectés à l'étranger et notamment en Afrique du Sud, en Grande Bretagne, en Belgique et au Portugal (pays intéressés), pour obtenir des soutiens valables. C'est ainsi que, d'accord avec les autorités sud-africaine, britannique, belge et portugaise, elle convient à la veille de la 2e AMS en 1949 qu'en aucun moment, la question de la création de ce bureau ne serait abordée lors de cette AMS. La question est cependant abordée par la « Commission du Programme » cette année-là. Comme convenu, aucun orateur des parties contractantes ne demande la parole. Pour Paris, la création du bureau régional de l'OMS en Afrique comme ailleurs, constitue un « précédent » dont allaient pouvoir s'inspirer les autres Institutions spécialisées de l'ONU, de même que le

---

[94] J. Pearson-Patel, « Between Colonial Reform and Global Public Health: The Establishment of the WHO Regional Office for Africa », in *International Conference on « International Health Organisations and the History of Health and Medicine ». Proceedings of the Conference*, Shanghai, October 18-20, 2013, pp. 360-373.
[95] *Ibid*., p. 366.
[96] ADP, « Instructions pour la délégation française à la deuxième assemblée mondiale de la santé ».
[97] *Ibid*.
[98] Voir C. de Gaulle, *Mémoires de guerre III.* Tome 3 *: Le salut (1944-1946)*, Paris, Plon, 1959.

Conseil Économique et Social (CES) lui-même. La mise en place probable d'une « Commission économique pour l'Afrique » a déjà en effet été évoquée en 1949 à la session du CES, par la délégation indienne, qui exigeait alors l'adoption d'une résolution allant dans ce sens. Une démarche entreprise par les autorités parisiennes à Bruxelles, à Lisbonne et à Pretoria, permet de rallier au point de vue français, les délégations de ces pays. Cette demande indienne fait elle aussi l'objet d'une vive opposition coloniale.

Le but visé par cet ajournement de la création du BR/AFRO est « de permettre la mise sur pied des divers organismes communs prévus dans le cadre du Comité de coopération technique africaine »[99]. Un Comité monté de toutes pièces à Paris en 1950, en vue d'éviter « l'installation en Afrique de bureaux techniques des Nations Unies et des Institutions Spécialisées »[100], ou mieux, de réduire l'influence que ces derniers pourraient exercer sur les possessions des empires coloniaux d'Europe. C'est dans ce sens que les délégués français à l'AMS de 1949 reçoivent la recommandation « d'éviter que la Commission administrative et financière n'adopte les crédits prévus en 1950 et en 1951 pour la création et le fonctionnement » du BR/AFRO[101]. Soit un « crédit de 43.000 dollars destiné à couvrir les frais de réunion d'une conférence constitutive du bureau africain et à permettre l'engagement de personnel permanent »[102] pour 1950, et 110.000 dollars « au même titre » pour 1951[103]. Ils y parviennent avec l'appui de leurs alliés sus évoqués.

Face à cette opposition des colons à l'adoption des crédits pour la création du BR/AFRO, celui-ci ne peut voir le jour. Le Directeur de la santé publique et de la salubrité de Monrovia et délégué du Libéria à l'OMS, le Dr. J. N. Togba le souligne à cette AMS de 1949 en précisant que la création dudit BR se heurte aux difficultés d'ordre financier surtout. C'est pourquoi il suggère que soit mis en place « à bref délai », un « bureau administratif spécial » à Genève, pour la gestion des questions sanitaires africaines. Cette proposition reprise en 1950 est "unanimement approuvée". Pour l'administration coloniale française, il va de soi que la création de ce bureau ne peut être éternellement ajournée, car il devenait "inutile" de se

---

[99] C'est-à-dire de la CCTA (Commission de coopération technique en Afrique au Sud du Sahara), que nous abordons plus loin dans ce chapitre. Voir ADP, « Instructions pour la délégation française à la troisième Assemblée Moniale de la Santé », in MAE/DAP, 3e Assemblée mondiale de la santé, Genève, 8-27 mai 1950, 372QO/315, NUOI 1949-1950, S50. 3. 4

[100] *Ibid*., p. 19.

[101] *Ibid*.

[102] ADP, « O.M.S.-Création d'un bureau régional africain. Siège provisoire Genève », in MAE/DAP, Bureau Régional "Afrique". Création du Bureau Régional pour l'Afrique, juin 1947-octobre 1950, 372QO/330 NUOI 1947-1950, S50. 3. 4. G. 6.

[103] *Ibid*.

« cantonner dans une opposition systématique qui, outre qu'elle serait sans aucun doute inefficace, risquerait d'être exploitée par la propagande anti-française, dans nos territoires africains, comme dans l'opinion internationale »[104]. Bruxelles et Lisbonne n'étant plus disposés à jouer la carte de "l'ajournement", Paris est contrainte à l'alignement. C'est donc à contre cœur que la délégation française, que dirige le Pr. Jacques Parisot, dut se montrer favorable à cette mesure, qui aboutit, le 24 octobre 1950, à la création du premier bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, avec pour siège provisoire Genève : le bureau administratif spécial.

2.3. Du « bureau administratif spécial » au bureau régional africain de l'OMS (BR/AFRO)

Le siège provisoire désigné pour abriter le « bureau administratif spécial » d'AFRO est le Palais des Nations à Genève. Le jour même de la création de ce bureau, le Général hollandais François Daubenton, antérieurement en mission en Ethiopie comme conseiller en matière d'hygiène publique auprès du bureau OMS de la Méditerranée orientale, est désigné chef de ce bureau. Pour le seconder dans sa tâche, un délégué français Roger Boppe, est élu à la vice-présidence, sur recommandation de Raymond Bousquet, devenu en 1956 ambassadeur de France en Belgique. Daubenton est né à Rotterdam en 1888. Après des études de médecine à Utrecht, à Lausanne, à Londres et à Johannesburg, il dirige l'État-Major du gouvernement militaire hollandais et, plus tard, les services médicaux de l'armée hollandaise en Indonésie, avec le grade de Lieutenant-Général. Ayant vécu plus d'une vingtaine d'année en Afrique avant la guerre, Daubenton y dirige également une série de postes sanitaires importants, notamment les services sanitaires d'un groupe de mines d'or dans le Witwatersrand. Entré à l'OMS en 1948 en qualité de conseiller pour l'hygiène au bureau d'Alexandrie, Daubenton dirige la mission sanitaire de l'OMS en Ethiopie. Il produit un rapport de l'OMS sur les conditions sanitaires en Lybie dont les conclusions relatives au Fezzan sont favorables à l'action française dans ce territoire[105]. Ce qui lui vaut la sympathie de l'administration coloniale française qui soutient sa candidature à la tête du BR/AFRO. Sa « francophilie » manifestée à l'occasion de ce rapport, et de la décision qu'il prend d'associer comme adjoint à sa présidence Roger Boppe sur recommandation Raymond Bousquet, renforcent ce sentiment que lui voue le Quai d'Orsay.

---

[104] ADP, « Instructions pour la délégation française à la troisième Assemblée Moniale de la Santé ».
[105] ADP, « a.s. du Dr. Daubenton », Correspondance de Bernard Toussaint, représentant permanent de la France auprès de l'Office des NU, à Maurice Schuman, MAE, 20 novembre 1950, in MAE, *Poste de Directeur de la région africaine de l'OMS, novembre 1950-février* 1954, S50. 3. 4. G 6.

À la 4e AMS en juin 1951, la création d'AFRO est approuvée par le Conseil Exécutif[106]. Il se tient à Genève cette année-là, un Comité régional de l'OMS pour l'Afrique (CR/AFRO). Celui-ci réunit les délégués des États membres et des États membres associés[107]. Une fois « réglée » la question du BR/AFRO, celle du choix du futur siège de ce bureau reste tout entière. Elle fait, elle aussi, l'objet de nombreux enjeux et conflits entre différentes parties en compétition. On pourrait alors parler d'un conflit colonialo-colonial, auquel se trouvent mêlés, l'Union sud-africaine et le Libéria (seuls territoires situés en Afrique).

Notons qu'en mai 1947, les colons représentés à la « Conférence franco-anglo-belge » définissent la répartition en deux des bureaux régionaux pour l'Afrique : il y aurait alors eu, d'après leurs prévisions, un « bureau régional de l'Afrique du Sud », dont le Cap ou Johannesburg servirait de siège et qui compterait, outre l'Union Sud-africaine et le Sud-Ouest africain, l'Angola et le Mozambique, les deux Rhodésies et le Nyassaland, Madagascar, l'Ile Maurice et l'Ile de la Réunion. Et un autre, « bureau régional de l'Afrique centrale », supposé intégrer en plus des Afriques occidentale (AOF) et équatoriale (AEF) françaises, les quatre territoires britanniques de l'Ouest, la Guinée portugaise, le Libéria, le Congo belge, l'Ouganda, le Kenya, ainsi que les six territoires sous tutelle (les deux Togo, les deux Cameroun, le Ruanda-Urundi et le Tanganyika)[108]. Léopoldville est déterminé comme siège potentiel, pour ce second bureau, à la suite d'un accord colonial entre Français, Belges, et Britanniques. Le projet de la création de deux bureaux distincts est rejeté par la « Commission du siège et de l'Organisation régionale » qui, dans son rapport présenté et approuvé à la 11e séance plénière de la première AMS en 1948, souligne alors qu'il est suggéré,

> d'établir une région principale pour toute l'Afrique du sud du 20e degré de latitude nord jusqu'à la frontière occidentale du Soudan anglo-égyptien et jusqu'à sa jonction avec la frontière septentrionale du Congo belge, la délimitation s'orientant ensuite en direction est le long des frontières septentrionales de l'Ouganda et du Kenya et se dirigeant vers le sud le long de la frontière orientale du Kenya jusqu'à l'Océan Indien[109].

La thèse d'un bureau unique est ainsi "admise" car, le vœu des administrations coloniales de différer à nouveau la création du BR n'est pas appuyé par les autres délégations. Face à cette résolution considérée par les autorités coloniales et notamment celle de la France comme une « déconvenue », celles-ci doivent s'adapter au contexte nouveau qui s'impose : la

---

[106] OMS. Santé (la) publique en Afrique. Dix ans de progrès. Brazzaville, B.R. Afr. S. 2. 1. front 57 p.
[107] On compte cette année-là en Afrique, 8 États membres (presque tous européens), et 4 États membres associés.
[108] ADP, « Direction d'Afrique-Levant : Note concernant les projets africains de l'O.M.S. », in MAE/DAP, Bureau Régional "Afrique". Création du Bureau Régional pour l'Afrique, juin 1947-octobre 1950, 372QO/330 NUOI 1947-1950, S50. 3. 4. G. 6.
[109] Voir Actes officiels 13, pp. 80 et 330.

lutte pour le maintien du BR dans un territoire sur lequel aucun contrôle des activités de l'OMS dans le continent ne leur échapperait. En dehors des autorités françaises, l'administration coloniale belge considère, elle aussi, qu'elle doit veiller à ce que le BR/AFRO puisse rester « dans la mesure du possible (…) [sa] chose »[110].

Rappelons que plusieurs sites avaient été préalablement désignés, pour abriter le BR. Pretoria, Monrovia, Léopoldville et Kampala sont en effet pressenties pour servir de siège à ce bureau. De même, la question de la désignation du directeur de ce BR est centrale. Les conflits engendrés autour de ces choix sont significatifs des intérêts des différents acteurs en compétition. Il y va des passions de chacun, des alliances qui le lient à un tel, ou un tel autre, et des raisons qui lui paraissent évidentes. Si le Gouvernement libérien campe sur le choix de Monrovia comme siège possible du BR/AFRO, les autorités coloniales espagnoles insistent sur l'Ile de Fernando Po. Un choix que soutient vivement leur voisin, le Portugal. Le Gouvernement sud-africain, pour sa part, propose la candidature du Dr. Gale et accepte Kampala comme siège du BR. Quant au Gouvernement britannique, sa position reste ambiguë. Si au départ il propose l'installation du BR/AFRO à Kampala et admet une candidature sud-africaine à la tête de ce BR, il s'oppose par la suite à la désignation d'un DR sud-africain et maintient Kampala comme possible siège.

Les raisons de ce revirement sont liés au fait que Londres craint « que le Conseil Exécutif, qui, en vertu de l'article 52 de la Constitution de l'O.M.S. nomme le directeur régional en accord avec le Comité régional, n'accepte pas de nommer le Dr. Gale, en raison de la politique raciale suivie par le Gouvernement sud-africain »[111]. Ce qui de l'avis des autorités britanniques, aurait de graves répercussions sur le plan politique, les puissances coloniales pouvant être accusées de maintenir une politique condamnée par les milieux internationaux. C'est pourquoi elles suggèrent le Dr. Daubenton comme DR et Brazzaville comme siège du BR. Une solution somme toute provisoire car, atteint par la limite d'âge, Daubenton ne pouvait diriger le BR/AFRO que pendant une seule année. Une proposition que rejette par ailleurs Bruxelles, pour qui :

> Le choix du Dr. Daubenton n'est pas souhaitable. L'opinion publique ne manquerait pas de relever que les puissances africaines qui proclament qu'elles font tous les efforts dans le domaine de l'hygiène et de la santé ont dû faire appel à un ressortissant d'une puissance non africaine pour diriger le Bureau régional africain de l'O.M.S. Ce serait se délivrer un

[110] Archives Diplomatiques de Bruxelles (ci-après ADB), « Note pour Monsieur de Secrétaire Général », 21 septembre 1951, chemise 13211, liasse n°11.449. Cette note est signée de G. Grojean, administrateur colonial belge.
[111] *Ibid*.

> certificat d'incapacité, ce serait une abdication […]. Il convient donc que le directeur du Bureau soit un ressortissant d'une de ces puissances. On pourra ainsi éviter une grande ingérence de l'O.M.S. dans nos affaires[112].

En s'opposant ainsi à la candidature de Daubenton, Bruxelles craint en effet que « les milieux hollandais s'intéressant trop à l'Afrique et, en particulier, au Congo »[113]. Le choix des autorités françaises au contraire porterait volontiers sur la candidature du Dr. Gale, si et seulement si Brazzaville était retenue comme siège du BR. Elles revendiqueraient par conséquent la direction du BR pour le Dr. Bernard si Kampala venait à être choisie comme siège.

C'est ainsi que le 14 juin 1951, dans une lettre adressée au Général François Daubenton, Don Alvaro de Aguilar, ministre plénipotentiaire et Consul d'Espagne à Genève, présente les vœux de son Gouvernement de voir installé à Santa Isabel, dans l'Ile Fernado Poo, dans le Golfe de Guinée (par ailleurs l'unique possession espagnole d'Afrique subsaharienne), le siège du BR/AFRO[114]. Cette correspondance des autorités espagnoles est transmise à Paris par Daubenton, qui ne se doute certainement pas des intentions de l'administration coloniale française, d'abriter le BR/AFRO dans une ville de son territoire. Elle suscite une réaction du ministre de la santé et de la population du Gouvernement Henri Queuille, Pierre Schneiter, qui propose alors au Quai d'Orsay de mener « une étude d'autant plus minutieuse des possibilités offertes par les villes d'Afrique française »[115]. Dans un télégramme du ministère des affaires étrangères du 13 septembre 1950, la Direction Afrique-Levant de ce ministère saisit le consulat de France à Nairobi au Kenya, au sujet de la création future du BR/AFRO. Elle précise que « le gouvernement français va proposer Brazzaville comme siège permanent [et que] Kampala sera mis en avant par les anglais ». Le but de ce télégramme est de se renseigner sur « les divers éléments du coût de la vie à Kampala ». Ces renseignements sont supposés être comparés avec ceux qu'offre Brazzaville comme siège pressenti du futur BR/AFRO.

Les délégués de l'Union sud-africaine s'opposent farouchement au choix de Brazzaville comme siège permanent du BR/AFRO, en raison des antécédents historiques de leur pays avec la Grande Bretagne, des rapports étroits que leur Gouvernement entretient avec les autorités de

---

[112] ADB, « Note pour Monsieur de Secrétaire Général », 21 septembre 1951, chemise 13211, liasse n°11.449. Cette note est signée de G. Grojean, administrateur colonial belge.
[113] *Ibid*.
[114] ADP, « Lettre du médecin général François Daubenton au ministre français des affaires étrangères », 27 juin 1951, in MAE/DAP, Bureau Régional "Afrique". Choix du siège : siège à Brazzaville, cité du D'joué, 372QO/330 NUOI 1951-1956, S50. 3. 4. G. 6.
[115] ADP, « Lettre du ministre de la santé publique et de la population à monsieur le ministre des affaires étrangères », 6 juillet 1951, 372QO/330 NUOI 1951-1956, S50. 3. 4. G. 6.

Londres, et du désir de voir ce bureau installé dans une ville anglo-saxonne. Dans un télégramme du Consulat de France à Pretoria le 17 septembre 1951, l'ambassadeur Armand Gazel écrit au ministre des affaires étrangères Robert Schuman :

> Les chances qui nous restent de modifier les intentions sud-africaines lors de la réunion du comité régional de l'organisation mondiale de la santé me paraissent reposer moins sur la recherche d'un compromis que sur la possibilité qui nous est encore offerte de donner sur les avantages de Brazzaville comme siège du bureau africain de cette organisation les précisions susceptibles d'emporter leur conviction[116].

Pour les autorités de l'Union sud-africaine en effet, « étant donné les circonstances dans lesquelles cet organisme a pris naissance (hésitation à y admettre les puissances "coloniales") », il était souhaitable « que la présidence du comité [revînt] de droit au Libéria, de même que celle du bureau [devait revenir] à l'Afrique du sud »[117], et précisément, au Dr. Gale. C'est du moins les instructions qui semblent avoir été données à la délégation sud-africaine, qui aurait aussi reçu mission de désigner l'Espagne et la France pour les deux-vice-présidences. Mais Pretoria avait très peu de chance à être choisie comme siège permanant du BR/AFRO, compte tenu de la discrimination raciale qui s'y vivait. Le Général Daubenton estime en effet que les « préjugés raciaux » y sont trop vifs et que « les délégués noirs, comme ceux du Libéria, se verraient refuser l'entrée des hôtels »[118].

Ces conclusions, pour le moins disqualifiantes, amènent les autorités de l'Union sud-africaine à porter leur choix sur Kampala, qui, pour elles, unit à « d'excellentes conditions climatiques l'avantage d'être située en territoire sous tutelle et de posséder en outre les locaux nécessaires à l'installation des bureaux et des logements adéquats pour son personnel »[119]. Le but de ce choix de l'administration sud-africaine, pense A. Gazel qui écrit ce télégramme, est plus de voir « aboutir la candidature de Gale, que sa position sur le choix du siège ne serait peut être pas irréductible si nous étions en mesure de lui fournir la preuve que Brazzaville offre des avantages au moins comparables »[120]. Dans le télégramme de Joseph Viala, parti au contraire de Monrovia le 18 septembre, le diplomate français souligne, en réponse à la mission à lui confiée par le Quai d'Orsay que « le docteur Togba envisage en premier lieu Monrovia et, en

---

[116] ADP, « Télégramme de Gazel au ministre français des affaires étrangères », Pretoria, le 17 septembre 1951, 372QO/330 NUOI 1951-1956, S50. 3. 4. G. 6.
[117] *Ibid*.
[118] ADP, « Note sur la réunion du 9 mars 1951 concernant la création d'un comité régional africain de l'O.M.S. », in MAE/DAP, K. Afrique-Levant, CCTA. Relations avec l'OMS (1947-1961), 42QO/82 NUOI 1946-1965, K.23.5.
Il en était de même pour la Rhodésie du Sud et Kampala au Kenya.
[119] *Ibid*.
[120] *Ibid*.

cas d'insuccès, Brazzaville, ou éventuellement une autre ville située en territoire français »[121]. Pour Monrovia, il n'est pas question que ce siège puisse être établi à Kampala, ou « dans toute autre ville anglo saxonne, principalement pour des raisons de discriminations raciales »[122]. Le Dr. J. N. Togba s'aligne ainsi ouvertement pour la création d'un BR/AFRO sur un territoire appartenant au gouvernement français car, celui-ci lui a proposé en échange, de soutenir la candidature de Monrovia comme ville d'accueil de la prochaine session du Comité régional de 1952, de même que celle du Libéria à « un poste élevé dans le Comité » régional[123].

Le 20 septembre 1951, sur instruction du président libérien William Vacanarat Shadrach Tubman, le Dr. J. N. Togba abandonne le projet de Monrovia comme siège possible du futur BR/AFRO[124], au profit de la capitale de l'AEF (Brazzaville). Le Gouvernement espagnol, pour sa part, après avoir présenté Santa Isabel comme potentiel siège du BR/AFRO, se propose d'appuyer Monrovia. Une promesse sur laquelle il lui « paraissait difficile de revenir ». Les autorités de Madrid pensent plutôt devoir soutenir la candidature du délégué de la France à la direction de ce bureau[125]. Pour Lisbonne enfin, il ne fait aucun doute qu'elle appuierait l'option française, mais en aucun cas celle de Pretoria, « qui cherchait à accaparer comme il (sic) l'avait fait pour les chemins de fer […], à installer sur son territoire tous les organismes destinés à coordonner les activités communes avec d'autres pays sur le continent africain »[126]. Ce choix de Lisbonne s'explique par l'offre à elle faite, par les autorités de Paris à la dernière réunion du C.C.T.A. (Commission pour la Coopération Technique en Afrique au Sud du Sahara), de proposer le délégué portugais, le Dr. Franscisco José Carrasqueiro Cambournac, à la présidence ou la vice-présidence du BR/AFRO[127] : c'est ce que les autorités coloniales belges appellent la « formule transactionnelle »[128].

---

[121] ADP, « Télégramme de Viala au ministre français des affaires étrangères », Monrovia, le 18 septembre 1951, in MAE/DAP, Bureau Régional "Afrique". Choix du siège : siège à Brazzaville, cité du D'joué, 372QO/330 NUOI 1951-1956, S50. 3. 4. G. 6.
[122] *Ibid*.
[123] *Ibid*.
[124] ADP, « Télégramme de Viala ».
[125] ADP, « Télégramme de Chalvron au ministre français des affaires étrangères », Madrid, le 18 septembre 1951, 372QO/330 NUOI 1951-1956, S50. 3. 4. G. 6.
[126] ADP, « Télégramme de Dumaine au ministre français des affaires étrangères », Lisbonne, le 18 septembre 1951, 372QO/330 NUOI 1951-1956, S50. 3. 4. G. 6.
[127] ADP, « Télégramme de Dumaine ».
Pour comprendre davantage les rapports qui lient les administrations coloniales sur ce terrain de la coopération technique internationale, le lecteur peut utilement se référer aux travaux de J. Kent, *The Internationalization of Colonialism: Britain, France, and Black Africa, 1939-1956*, Clarendon Press, Oxford, 1992. Voir aussi le récent article de J. Pearson-Patel, « Promoting Health, Protecting Empire: Inter-Colonial Medical Cooperation in Postwar Africa », in *Monde(s)*, n°7, 2015/1, pp. 213-230.
[128] ADB, « Note pour Monsieur de Secrétaire Général », 21 septembre 1951, chemise 13211, liasse n°11.449.

Rassuré par toutes ces alliances le Gouvernement français – qui détient son plus vaste empire colonial en Afrique et donc plus d'enjeux stratégiques que tout autre, comme précédemment souligné – peut donc compter sur le choix de Brazzaville comme siège permanent du BR/AFRO, bien que le Général Daubenton restait convaincu que cette ville « ne disposait pas d'installations suffisantes ». Compte tenu de cette insuffisance d'infrastructure à Brazzaville, Daubenton se montre ouvertement favorable à Kampala, « où il n'y a jamais eu de difficultés raciales, où l'on dispose d'universités dotées de salles propres aux conférences et d'hôtels suffisants »[129]. Ce qui, du reste, est inexistant à Brazzaville. Cette "hostilité" que Daubenton voue à la capitale de l'AEF comme potentiel siège permanent du BR/AFRO lui vaut une invitation spéciale à Paris du 8 au 10 mars 1951, où il est reçu, entre autres, par François Mitterrand (Député de Nièvre et ministre de la France Outre-Mer : MINFOM), le Dr. Aujoulat (Député du Cameroun et secrétaire d'État au Colonies), Robert Delavignette (Gouverneur général, et membre de l'académie des Sciences Coloniales au MINFOM), etc. Les relations "amicales" nées de ce passage de Daubenton en France sont significatives des rapports qui lient jusqu'aujourd'hui encore, Paris et Genève à Brazzaville, ou mieux, les puissances occidentales au BR/AFRO, comme nous le verrons dans les chapitres suivants. Dans sa lettre à Mitterrand au lendemain de cette visite de Paris, Daubenton souligne :

> […] votre aimable réception au Ministère de la France d'Outre-Mer et les intéressants entretiens que j'ai eus avec vous à cette occasion restent pour moi un des meilleurs souvenirs de ce récent séjour à Paris. Par vos attentions personnelles vous avez su donner à cette visite un caractère que je ne saurais oublier. J'ajoute que votre délicate pensée de me faire conduire à Montbard m'a d'autant plus touché que vous m'avez ainsi permis d'évoquer sur place, avec le souvenir d'un de mes ancêtres, un précieux lien de famille avec la France[130].

La correspondance adressée à Aujoulat, sans reprendre les mêmes termes ne s'éloigne pas de cette logique de profonde sympathie. Daubenton écrit en effet :

> Votre accueil, auquel vous avez tenu à donner un caractère particulièrement amical, en associant à de profitables entretiens, de si délicates attentions, m'a profondément touché et je vous en remercie.
>
> J'ai trouvé dans les conversations des 8, 9 et 10 mars dernier et dans les échanges de vues avec les représentants des trois ministères intéressés aux questions africaines, réunies le 9 mars dans votre bureau au Secrétariat d'État à la France d'Outre-Mer, une inspiration commune et un même esprit de compréhension des plus encourageants pour l'avenir et je suis certain que ce premier contact marquera l'origine d'une coopération féconde entre vos Services et notre Organisation[131].

---

[129] ADP, « Note sur la réunion du 9 mars ».
[130] AOMS/GVA, « Lettre de Daubenton à Mitterrand », 12 mars 1951, WHO2_OD_20_1.pdf, fichiers numérisés.
[131] AOMS/GVA, « Lettre de Daubenton à Aujoulat », 12 mars 1951, WHO2_OD_20_1.pdf, fichiers numérisés.

À la première session du CR/AFRO tenue à Genève, du 24 au 26 septembre 1951, le Dr. J. N. Togba est comme convenu, désigné à la présidence de ce Comité. Pour le seconder, le médecin-colonel Garcin (français) est choisi à la vice-présidence et le Dr. Cambournac du Portugal comme rapporteur. Les affaires allaient bien ! Quand vient le moment du vote, il n'eut pas de grandes surprises non plus. Brazzaville est choisie au second tour, par 5 voix (Espagne, Belgique, Portugal, France, Libéria) contre 2 (Royaume-Uni et Union sud-africaine). Jouissant de ses nouveaux liens de "parenté" et "d'amitié" avec la France, Daubenton est reconduit par la même majorité, à la tête d'un BR approuvé en janvier 1952 par le Conseil Exécutif (CE) dans sa résolution EB9.R37[132]. La struture fondamentale de ce bureau est conforme à celle des autres BR et se présente comme dans la figure ci-dessous.

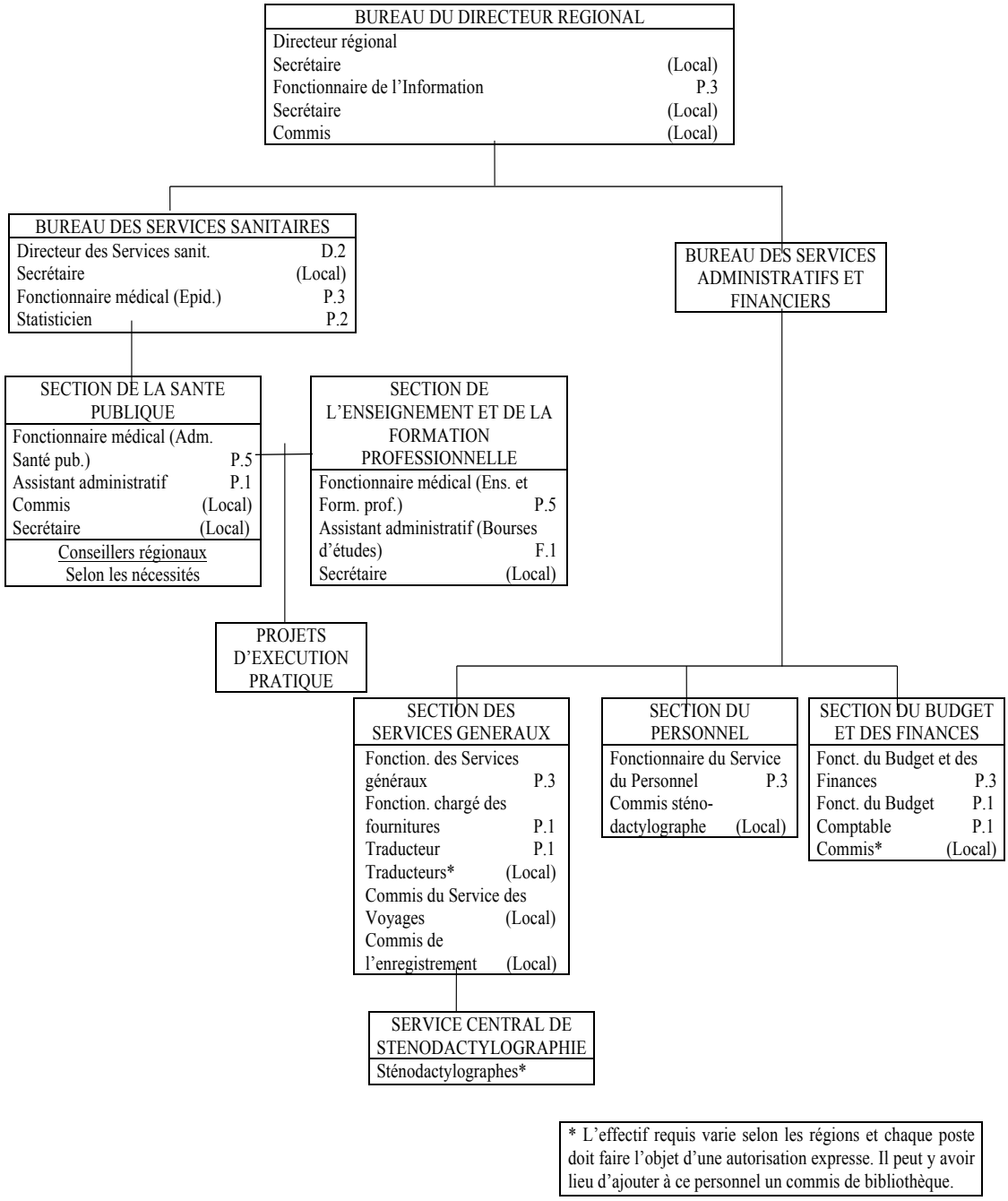
Placé sous l'autorité générale du DR, le BR/AFRO est l'organe administratif du comité régional (CR). C'est ainsi qu'il exécute, dans les limites de la Région, les décisions de l'AMS et du CE[133]. Son personnel est nommé conformément aux règles fixées dans un arrangement entre le DG et le DR[134]. Cette disposition constitutionnelle de l'OMS donne les clés essentielles de l'analyse des logiques de pouvoirs, mais aussi de celle de la constitution des réseaux transnationaux d'acteurs, au sein de cette OIS et de ses représentations régionales, notamment celle d'Afrique. Un aspect que nous analysons plus loin dans cette thèse. Depuis le choix du CE, en avril 1952, de transférer le BR en Afrique, l'inauguration dudit bureau n'a pu avoir lieu, faute d'infrastructures adéquates. Brazzaville était en effet moins bien équipée que Kampala. En l'absence d'un environnement aménagé pouvant servir de bureaux et de logements pour les fonctionnaires qui y furent affectés, les autorités coloniales sur place durent réquisitionner « provisoirement » les locaux eux aussi insuffisants de la Société Nationale d'Energie de l'AEF[135], cependant que se poursuit la construction du nouveau bâtiment du siège, comme il apparaît clairement dans cette correspondance du DR/AFRO, le Dr. F. J. C. Cambournac, du 27 juillet 1955 :

> Comme toujours, M. le Haut-Commissaire [Paul Chauvet] est très anxieux de nous donner satisfaction et de faire les choses le plus rapidement possible. En ce qui concerne notre transfert au Djoué, j'ai dit que nous désirerions être fixés quant à la date d'achèvement de la construction en vue des nombreuses dispositions administratives à prendre et de nos prévisions budgétaires et qu'en un mot nous serions particulièrement heureux de pouvoir prendre possession des lieux au 1er juillet 1956. M. Chauvet m'a alors assuré qu'il ferait tout

[132] *Recueil des résolutions et décisions de l'Assemblée Mondiale de la Sante et du Conseil Exécutif*, Vol. I, 1948-1972.
[133] Art. 51 et 52.
[134] Art. 53.
[135] C'est pourquoi le BR/AFRO ne sera inauguré qu'en 1956, le temps d'inaugurer le pont sur le Djoué et de construire de nouveaux bâtiments devant abriter le siège du BR/AFRO.

ce qui est en son pouvoir afin que les travaux soient terminés au 30 juin 1956. Il donna même les ordres par téléphone, en ma présence, à la Direction générale des Travaux publics leur demandant que les travaux soient mis en chantier le plus rapidement possible, au plus tard le 1er octobre 1955[136].

Fig. 3 : Structure fondamentale des bureaux régionaux de l'OMS (1951)



Source : AOMS/BZV, Rapport du Comité régional de l'Afrique, Première session, RC1/AFR7, 10 septembre 1951.

[136] AOMS/GVA, « Lettre de F. J. C. Cambournac à Pierre Dorolle, 27 juillet 1955 », in Building or Renting of Additional Office Accomodation for AFRO, B10/416/2 AFRO, Chemise 1.

Concernant les potentiels logements des fonctionnaires affectés à Brazzaville, Cambournac ajoute : « Toutes les réparations des maisons d'habitations des fonctionnaires seraient également achevées pour le 30 juin 1956 »[137]. Cinq années en effet après l'approbation de la création à Brazzaville du BR/AFRO, le 22 août 1956 à 11 heures du matin, est signé l'accord finalisant l'installation du BR de l'OMS à Brazzaville, capitale de l'AEF[138]. Ledit accord est passé entre J. Cédille, secrétaire général de cette partie de l'Afrique, et le Dr. F. J. C. Cambournac (DR/AFRO), qui remplace depuis peu Daubenton à la tête du BR/AFRO.

Né le 26 décembre 1903 à Sintra au Portugal, Combournac intègre, entre 1917 et 1923, le *Liceu Passos Manoel* de Lisbonne. Il obtient en 1929 son diplôme de docteur en médecine de l'Université de Lisbonne, puis se spécialise en médecine tropicale, hygiène générale et autres cours postuniversitaires d'abord à Lisbonne, puis sous l'auspice de la SDN en France, en Italie et en Yougoslavie. C'est ainsi qu'il obtient en 1935, un autre diplôme en médecine tropicale et hygiène à l'Université de Hambourg. Il poursuit sa formation de 1937 à 1938 à l'école d'hygiène et de médecine tropicale de Londres. Entre temps, le Dr. Cambournac travaille depuis 1934, avec la *Rockefeller Foundation* dans le cadre de la recherche sur le paludisme surtout. C'est dans ce cadre qu'il visite, entre 1935 et 1938, la Hollande, la France, l'Allemagne, et l'Angleterre, comme membre de la fondation étatsunienne. Nommé en 1942 professeur agrégé d'hygiène, de santé publique et de climatologie à l'Institut de médecine tropicale de Lisbonne, Cambournac devient en 1944 professeur de santé publique de la même institution. Il participe en 1946 à la Conférence internationale de la santé en tant que délégué du Portugal et signe la constitution de l'OMS, au nom de son Gouvernement.

Membre des délégations portugaises à l'OMS de 1947 à 1953, chef du service de l'épidémiologie d'Angola, de 1950 à 1954, membre du groupe consultatif des experts de l'OMS sur le paludisme (1948-1954) et membre du comité d'experts du paludisme en 1950, il devient la même année, expert de l'OMS et mène en tant que tel, une enquête dans les pays et territoires africains, en vue de la préparation de la première conférence mondiale sur le paludisme en Afrique, tenue à Kampala (Ouganda) en 1950. C'est fort de son expérience, de ses différentes connexions au sein de l'OMS et en tant que représentant des possessions portugaises d'Afrique

[137] *Ibid.*
[138] OMS. Brazzaville- Santé (la) publique, p.1.

qu'il est nommé en 1954, sur la base d'un accord colonial[139], Directeur du BR/AFRO[140]. Cette élection de Cambournac à la tête du BR/AFRO, et les différentes tractations diplomatiques qui l'ont rendu possible, sont des pratiques encore actuelles[141]. Elle donne les clés essentielles d'analyse des continuités dans le processus de sélection des fonctionnaires régionaux et des experts[142].

L'accord que Cambournac passe le 22 août avec Cédille concerne l'établissement d'un Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique au lieu-dit "cité du D'joué", à 12 Km de la capitale brazzavilloise[143]. En mettant ces bâtiments à la disposition de l'organisation et en installant dans son territoire le BR/AFRO, l'administration coloniale française espère pouvoir - du moins officiellement - pallier les problèmes de santé que posent les administrés. La question de la situation sanitaire "préoccupante" des populations dominées semble alors urgente à résoudre. Ce faisant, les administrations coloniales projettent de réduire au maximum les pertes économiques liées à ce "mauvais état de santé". Bien portants, les administrés peuvent mieux servir les intérêts de la métropole par les tâches qu'ils étaient parfois tenus d'effectuer[144]. Et la collaboration de l'OMS dans le sens de "l'amélioration des conditions sanitaires" de ces derniers allait être considérable. Celle-ci va de la "distribution" des médicaments (nivaquine), et des aliments (lait en poudre), au traitement des maladies à potentiel endémique et

---

[139] ADP, « Compte-rendu sur la Réunion Préparatoire à la 3ème session du Comité Régional pour l'Afrique de l'O.M.S. (Paris 24 Juillet 1953), in MAE/DAP, Afrique-Levant, CCTA, Relations avec l'OMS, K.23.5.

[140] Il n'est pas exclu qu'il ait reçu le soutien des États-Unis, pour avoir travaillé longtemps à leurs côtés, ce qui pourrait justifier le mandat assez bref (1951-1954) de son prédécesseur.

[141] Le reproche peut en effet nous être fait d'avoir privilégié ici, une approche d'histoire diplomatique du BR/AFRO et de sa mise en place. Il nous a en effet semblé pertinent, que cette histoire ne pouvait être mieux comprise, que si on mettait en avant cette dimension de l'analyse. Le but de cette démarche est en effet de mettre en valeur les différentes continuités entre la période antérieure et la période actuelle.

[142] Le Dr. Diego Buriot a tenté lors de l'entretien qu'il nous a accordé, de tracer les pistes de compréhension de ce processus. Pour cet expert et ancien fonctionnaire du BR en effet, « l'OMS est un organisme politiquement impliqué, c'est-à-dire que les ministres de la santé ne voient pas l'OMS que comme une organisation technique ». Il n'est pas rare poursuit-il, que « ces autorités fassent pression sur les DR pour voir recruter un tel ou un tel autre expert, pas toujours compétent ». Entretien avec D. Buriot, Genève-Lyon, le 8 février 2017.

[143] OMS. Brazzaville- Santé (la) publique, p. 2.

[144] Le récit des élèves du Lycée Delphine-Gay dans l'ouvrage intitulé *Mission Jamot* qu'ils rédigent sous la houlette de leurs enseignants et en l'honneur du Dr. Jamot témoigne de cette assertion. En faisant allusion à la Première Guerre mondiale, ils écrivent : "…le Cameroun, comme toutes les colonies, doit répondre aux besoins de la métropole en matières premières (…). Des déplacements importants sont organisés : il s'agit d'ouvrir des routes dans la forêt, d'aménager des fleuves, d'organiser des convois. Des milliers de travailleurs et de porteurs sont réquisitionnés dans toutes les régions. Les tâches s'effectuent dans de très mauvaises conditions sanitaires aggravées par les conditions naturelles, chaleur et relief très accidenté." Ceci dans le sens de servir la métropole. Même s'il s'agit là d'une époque reculée, cette description traduit toute la philosophie même de la présence européenne dont française dans les colonies.

pandémique (THA, paludisme, pian, etc.), en passant par l'éducation sanitaire et la formation du personnel médical et paramédical[145].

Image 6 : Le siège du bureau africain de l'OMS à Brazzaville



Source : OMS. Brazzaville-Santé (la) publique en Afrique : dix ans de progrès, p.1.

Sont par exemple soumis aux campagnes de « suralimentation » – au travers notamment de la distribution du lait artificiel faite avec le soutien de la multinationale suisse Nestlé – les « petits enfants jusqu'à 5 ans, ainsi que les nourrices et les femmes aux derniers mois de leurs grossesse »[146]. L'article paru en 1952 dans les colonnes de « *La Semaine de l'A.E.F.* », en fait ainsi cas, dans le paragraphe sous-titré « Camapagne du lait » : « L'Office Mondial de la santé, soucieux d'apporter une aide à l'enfance africaine sous-alimentée et de créer peu à peu un besoin dans l'esprit des populations, organisé (sic) en A.E.F. une campagne, dite du Lait ». L'auteur de ce texte anonyme poursuit : « Brazzaville a été choisie comme « Ville-Témoin », comme « Ville-Pilote » des futurs essais qui seront étendus à de vastes territoires et où un nutritioniste, le médecin capitaine André, s'appliquera à découvrir tout ce qui a trait à la malnutrition »[147].

En 1953, c'est au tour du Cameroun de bénéficier de cette activité de distribution du « lait en poudre aux femmes enceintes ou allaitant, aux nourrissons et aux enfants en bas âge »[148]. Une activité organisée par l'OMS, avec le soutien du FISE et de la FAO[149]. Cette idée

[145] Nous reviendrons plus loin sur cette aide de l'Organisation octroyée au pays à partir de 1952.
[146] « Une aide aux familles organisée par l'O.M.S. », in *La Semaine de l'A.E.F.*, n°6, samedi 11 octobre 1952, p. 1.
[147] *Ibid*.
[148] *Radio Presse*, n°1171, dimanche 8 août 1954.
[149] *Ibid*.

de distribuer du lait en poudre est conforme à l'idéal de "protection de l'enfance" développé vers la fin des années 1940 par les responsables de l'UNICEF. Cette ambition apparaît clairement dans le discours prononcé en 1948 aux Nations Unies par Maurice Pate alors Directeur exécutif de cette institution internationale. Pour M. Pate en effet, « protéger et nourrir les enfants est l'une des actions de l'ONU », et celles-ci n'ont de sens que si elle contribue à « l'amélioration de la vie quotidienne des populations au service desquelles elles ont été créées »[150]. L'analyse des effets surtout négatifs – d'un point de vue sanitaire et économique – des transferts de ce type de produits alimentaires vers des espaces non-occidentaux a récemment donné lieu à plusieurs travaux de recherches, dans le contexte de l'Amérique latine notamment[151].

S'il faudrait ne s'en tenir qu'à cet exemple des campagnes de « suralimentation » des familles, on parvient à la conclusion suivant laquelle, le rôle que l'OMS était appelé à jouer dans le continent, au lendemain de son implantation allait être "titanesque", du moins si l'on se fie au discours de circonstance du secrétaire général de l'AEF :

> Vous apporterez aux populations de l'Afrique ce bonheur souverain d'une vie saine, libérée de la terreur de l'épidémie et de l'angoisse de l'incurabilité. Vous aurez certes à mener encore de dures combats pour atteindre la victoire finale, car votre tâche est immense : la trypanosomiase, la lèpre, le paludisme, doivent être activement combattus, de même que la tuberculose, les tréponématoses et l'onchocercose génératrice de cécité (…)[152].

[150] « The United Nations International Children's Emergency Fund », in *Social Services Review*, Vol. 22, n°2, 1948, pp. 240-241.
[151] Voir à cet effet C. A. Pernet, « L'UNICEF et la lutte contre la malnutrition en Amérique centrale dans les années 1950 : entre coopération et compétition », in *Relations internationales*, n°161, 2015/2, pp. 27-42 ; voir de la même auteure, « Between entanglements and dependencies: food, nutrition, and national development at the Central American Institute of Nutrition (INCAP) », in M. Frey, S. Kunkel, C. R. Unger (eds.), *International Organizations and Development, 1945-1990*, The Palgrave Macmillan Transnational History Series, 2014, pp. 103-111 ; J. A. Maluccio et *al*. « The impact of improving nutrition during early childhood on education among guatemalan adults », in *The Economic Journal*, Vol. 119, n°537, 2009, pp. 734-763.
[152] OMS. Brazzaville- Santé (la) publique. p. 2.

Image 7 : Le Dr. J. C. Cambournac, DR/AFRO (à gauche) signant les accords du 22 août 1956 en présence du Gouverneur J. Cédille, SG/AEF.



Source : OMS. Brazzaville- Santé (la) publique en Afrique : dix ans de progrès, p. 3.

Ainsi définitivement mis au point par l'acquisition de la cité du Djoué aux environs de la ville, le BR/AFRO allait désormais non pas "diriger", mais plutôt, "coordonner à l'échelon international les grandes campagnes contre la maladie, entreprises par les gouvernements". Le personnel qui est affecté à ses débuts est presqu'essentiellement issu des administrations coloniales, sinon des puissances occidentales comme on peut le remarquer dans le tableau suivant datant de 1954.

Tableau 1 : Personnel du BR/AFRO en 1954

Titre du fonctionnaire	Nom
Directeur régional	Pr. Cambournac
Directeur adjoint, chef des services sanitaires	Thomas Evans
Administrateur de la Santé Publique	Dr. P. Clément
Chef des services administratifs et financiers	M. J. S. Piassa
Administrateur (budget et finance)	M. A. J. Cordey
Administrateur (services généraux)	M. R. Vandeput
Chef comptable	M. C. Wright
Fonctionnaire chargé de l'information	M. G.-M. Bovay
Sociologue-ethnologue	M. J. P. Lebeuf
Ingénieur sanitaire	Dr. N. Schaafsma
Médecin de la Santé Publique (zone Afrique Ouest)	Dr. Karefa-Smart
Traducteur	/
Assistant administratif	/
Assistant technique	/
Secrétaire internationale	Mlle Reelfs
Secrétaire internationale	Mlle Moore
Secrétaire internationale	Mlle Mettraux
Secrétaire internationale	Mlle Kneubühler

Source : « Installation du bureau régional de l'OMS à Brazzaville : Besoin en logement pour l'année 1954 », in AOMS/GVA, « Building or Renting of Additionnal Office Accomodation for AFRO », B10/416/2, Chemise 1.

3. L'OMS en Afrique : un régionalisme sanitaire manqué

Les processus de régionalisation posent très souvent des problèmes en terme de disparités économiques et sociales régionales. La prise de conscience de ces lacunes par certains acteurs justifie l'innervation des régionalismes divers et divergents. Deux tendances régionalistes vont en effet voir le jour dès que fut formulé le projet de régionalisation de l'OMS en Afrique. Il s'agit, avant tout, d'un régionalisme qu'il convient de nommer « colonial », manifesté au sein de la CCTA. La seconde tendance est revendiquée par les nationalistes au niveau local d'abord, puis au niveau international, à l'ONU et au sein de l'OUA née en 1963, enfin.

3.1. L'OMS face au régionalisme colonial en Afrique

En théorie, toute « réponse régionalisante du centre » dans le but de transformer les relations fonctionnelles entre l'administration centrale et la périphérie[153], a toujours donné lieu à la redéfinition de nouvelles règles du jeu, qui dessinent d'autres formes de relations, entre « l'État et la société civile », et entre « l'État et la société locale », en favorisant parallèlement l'émergence de nouveaux « champs de conflictualité transversale »[154]. Ces conflits trouvent tout d'abord, une expression particulière au sein des administrations coloniales responsables des affaires internationales des pays d'Afrique, en cette veille des indépendances. La première tentative de "régionalisme sanitaire colonial" connaît ses manifestations dans le Maghreb. Elle débouche sur l'intégration de l'Algérie, du Maroc et de la Tunisie (possessions françaises) dans le BR de l'OMS pour l'Europe (BR/EURO) par l'administration française, qui suggère, dans un premier temps, la création en Afrique du Nord – à Alger de préférence – d'un organisme sanitaire qui aurait pu valablement être présenté comme « Bureau Régional » pour toute l'Afrique septentrionale. Les arguments "régionalistes" que devaient avancer les délégués français à la première AMS semblaient pertinents. L'un postule que « l'Afrique du Nord française participe géographiquement et économiquement du bassin occidental de la Méditerranée. Et l'autre, que « la présence dans ces territoires d'une proportion très notable d'Européens rend cette suggestion d'autant plus acceptable »[155]. Les éléments géographiques et surtout économiques mobilisés ici rappellent à plusieurs égards, les enjeux sanitaires internationaux qui avaient motivé la création en 1907 de l'OIHP.

Pour ce qui est de la régionalisation de l'OMS au Sud du Sahara, les tendances au régionalisme colonial sont ici plus vives. Pour mieux les comprendre, il convient de tenir compte non seulement de l'importance de l'espace qu'elle constitue, mais aussi, de son morcellement entre diverses "puissances" coloniales et les influences extérieures des États-Unis et de l'URSS. Il se trouve en effet que l'installation d'un BR/OMS dans cette partie du continent implique des enjeux géostratégiques divers. Si ces enjeux concernent d'abord l'ensemble des empires coloniaux d'Europe, c'est l'administration coloniale française qui, en premier, prend le leadership de la bataille pour la sauvegarde des intérêts des métropoles. Le Gouvernement

[153] J. Hayward, « Incorporer la périphérie », p. 106.
[154] L. Jalbert, « La décentralisation », p. 5.
[155] ADP, « Note concernant les projets africains de l'O.M.S. », in MAE/DAP, Coopération franco-anglo-belge, 372QO/115 NUOI 1947-1958, S22. 4. 3.

de Paris détient en effet, une part importante des territoires du "continent noir", et l'essentiel de son empire y est situé. C'est entre autres raisons, celle qui le conduit à mener le peloton des "puissances" coloniales engagées dans un "régionalisme" d'une forme particulière. C'est dans cette veine qu'il convoque à Bruxelles, en mai 1947, une « Conférence coloniale franco-anglo-belge », à la suite des « conversations coloniales franco-belges » qui a eu lieu dans la même ville du 27 au 29 janvier 1947»[156].

Ces rencontres, il convient de le rappeler, sont nées du souci posé par les débats de New-York, qui ont rendu « aigus certains aspects des problèmes coloniaux mondiaux », de même qu'ils ont, « sur le plan politique, mis la lumière sur la nécessité d'une coopération, que le bon sens et l'intérêt pratique avaient déjà rendu évidente »[157]. En créant en 1945 un « Conseil de Tutelle », l'ONU ouvre en effet une porte à "l'anticolonialisme" considéré par les colons comme une menace à leurs intérêts. Aussi, les déclarations "anti-colonialistes" des États-Unis, l'impérialisme affiché de Franklin Delano Roosevelt, les thèses pan-africanistes défendues par le Général boer, *Field Marshall* de l'empire britannique, Jan Christiaan Smuts, la radicalisation des nationalismes en Asie et Afrique[158], l'attitude soviétique vis-à-vis de ces mouvements (cf. doctrine Jdanov) auquel il convient d'associer les ambitions soviétiques d'y créer une zone d'influence et l'entrée en jeu des territoires nouvellement indépendants comme l'Inde (1947), favorisent la naissance de ce sentiment de communauté d'intérêts.

Rappelons, comme précédemment relevé, que le discours de Roosevelt s'inscrit en droite ligne de la politique étrangère des États-Unis, ou du moins, de l'internationalisme étatsunien qui ambitionne le contrôle de nouveaux territoires et marchés. Un tel désir de contrôle est, par ailleurs, souligné dans la note rédigée le 10 juillet 1951 par le conseiller colonial belge, D. Massonet. L'auteur de la note précise que l'un des objectifs que se sont fixés les Américains en Afrique est entre autres d'« assurer des relations économiques équilibrées entre les puissances européennes et les territoires dépendants », mais aussi et surtout, de « maintenir le régime de la porte ouverte en Afrique et participer commercialement et financièrement au développement de l'Afrique »[159]. La lutte menée par le socialisme soviétique

---

[156] ADP, « Notes sur les conversations coloniales franco-belges qui ont eu lieu à Bruxelles le 27, 28 et 29 janvier 1947, in MAE/DAP, Coopération franco-anglo-belge, 372QO/115 NUOI 1947-1958, S22. 4. 3.
De nombreuses autres conversations coloniales avaient déjà eu lieu, notamment entre français et britanniques (en novembre 1945), et entre belges et britanniques (juin 1946).
[157] *Ibid*.
[158] En Indochine et en Gold-Coast notamment.
[159] ADB, « Note pour P. IV. : Étude d'un programme d'information belge aux États-Unis », 10 juillet 1951, chemise 13211, liasse n°11.449.

contre l'idéologie capitaliste vise, elle aussi, les mêmes fins. Ce qui amène les "puissances" coloniales à opter pour une attitude méfiante et défensive, dont l'objectif est avant tout de contrecarrer ces menaces extérieures, en vue de sauvegarder leurs intérêts dans les colonies.

L'affrontement entre ces impérialismes concurrents fait du processus de régionalisation de l'OMS en Afrique, un phénomène éminemment complexe. C'est pour démêler l'écheveau de cette complexité qu'il nous a semblé nécessaire d'analyser la création du BR/AFRO, sous le prisme des actions menées par les administrations coloniales dans le cadre de ces conflits d'origines diverses. Redoutant l'expansion du "communisme soviétique", de Gaulle et Churchill se rallient au camp occidental, sous l'égide de Roosevelt. Ces alliances sont cependant précaires car, les "puissances possessionnées" recourent aux États-Unis surtout lorsqu'il s'agit de "repousser la menace soviétique" ou encore de solliciter son aide financière. Elles se montrent du même coup hostiles et méfiantes envers ce même allié lorsqu'il manifeste un quelconque intérêt pour leurs possessions coloniales.

Le "front commun" qui voit le jour dans le but de sauvegarder les intérêts des colonies justifie la signature de plusieurs accords généraux (franco-belge, belgo-britannique, anglo-portugais, franco-portugais, et un accord tripartite franco-belgo-anglais), et la création à Paris en janvier 1950, de la « Commission pour la Coopération Technique en Afrique au Sud du Sahara » (CCTA). Cet « "arrangement pratique" d'ordre administratif, fonctionnant sur la base d'un simple "accord inter-gouvernemental" »[160], aboutit le 18 janvier 1954 à Londres, à la signature de la « convention internationale portant création de la CCTA » entre six gouvernements : France, Belgique, Royaume-Uni, Portugal, Fédération de la Rhodésie et du Nyassaland, Union Sud-africaine. Le siège de la CCTA est fixé au Congo belge et son secrétariat dans la capitale anglaise, à Whitehall, au pied de Big Ben.

La direction de ce secrétariat est confiée au français Paul Marc Henry qui le dirige entre 1952 et 1958. Il est secondé par l'anglais P. W. H. Turner. La CCTA a officiellement pour ambition de coordonner les activités menées en Afrique dans divers domaines techniques. D'un point de vue officieux, elle doit œuvrer à « éviter l'installation en Afrique de bureaux techniques des Nations Unies et des Institutions Spécialisées », intervenant dans le secteur de « l'assistance technique ». C'est pourquoi, il est convenu de donner aux futures rencontres de cet organisme, « un caractère tel qu'elles puissent être présentées comme des conférences régionales à tout

[160] ADP, « a/s. Coopération technique franco-belge en Afrique. Correspondance de R. Bousquet, ambassadeur de France en Belgique, à Couve de Murville, MAE », Bruxelles le 17 novembre 1958, in MAE/DAP, Coopération franco-anglo-belge, 372QO/115 NUOI 1947-1958, S22. 4. 3.

organisme international qui chercherait à imposer aux États coloniaux des mesures en vue de limiter leur souveraineté »[161].

Dans le secteur technique de la santé, il est prévu la mise en place, dans le cadre de la "collaboration tripartite interafricaine", « un Bureau Permanent International de la tsé-tsé et de la trypanosomiase » (BPITT). Ledit bureau est créé à la « Conférence africaine sur la tsé-tsé et THA » tenue à Brazzaville du 2 au 8 février 1948 et implanté à Léopoldville, dans les locaux du centre de recherches médicales de l'Institut Princesse Astrid. Sa direction est confiée au belge le Dr. Neujean et sa co-direction, à un Français, le Dr. Ceccaldi, parallèlement directeur de l'Institut Pasteur de Brazzaville. Il a alors pour but, outre la production d'une documentation bibliographique en matière de tsé-tsé et de THA[162], sa diffusion. Il s'agit aussi pour ce bureau, de faciliter les arrangements nécessaires pour les échanges de visites entre experts de différentes nationalités, de même que la tenue à jour de la liste des personnes et organismes intéressés aux questions de la tsé-tsé et de la THA, l'entretien des relations étroites avec les organismes nationaux et internationaux également intéressés à ces questions. Une étude pointue des relations de ce bureau avec les questions de santé en Afrique centrale constitue un champ fructueux pour des recherches futures.

En créant le BPITT, les colons entendent en faire « une organisation analogue au bureau sanitaire panaméricain et susceptible d'être ultérieurement admise comme l'a été ce dernier, en tant que bureau régional de l'O.M.S. ; ceci constituerait « la solution la plus satisfaisante pour nous », conclut le Quai d'Orsay[163]. Le Général hollandais François Daubenton, alors Directeur du « bureau administratif spécial » siégeant à Genève, suggère dans un premier temps l'utilisation des bureaux de la CCTA pour les activités du BR/AFRO, dans l'optique d'éviter les « doubles emplois »[164]. Mais le projet de la CCTA de mettre en place, dans un délai relativement court, un bureau du paludisme est à l'origine des frictions entre l'OMS et cette institution coloniale : une autre raison qui pourrait justifier son départ précoce de la direction du BR/AFRO[165]. En 1951 en effet, Daubenton exprime une « certaine irritation de voir que par

[161] ADP, « a/s. Coopération technique franco-belge en Afrique. Correspondance de R. Bousquet, ambassadeur de France en Belgique, à Couve de Murville, MAE », p. 6.
[162] Bulletin périodique, résumé des travaux publiés, notes sur les travaux en cours, publication des monographies, etc.
[163] ADP, « Instructions pour la délégation française à la troisième Assemblée Moniale de la Santé », Genève 8 mai 1950 ».
[164] ADP, « O.M.S. et C.C.T.A. en Afrique », 25 avril 1951, in in MAE/DAP, K. Afrique-Levant, CCTA. Relations avec l'OMS (1947-1961), 42QO/82 NUOI 1946-1965, K.23.5.
[165] Les données collectées à Paris permettent en tout cas de formuler cette hypothèse. Car, à l'élection de Cambournac, celui-ci promet d'exclure certaines « difficultés qui se sont produites dans le passé et qui étaient dues à la personnalité de son prédécesseur ». Le Quai d'Orsay malgré cette promesse, manifeste sa crainte de voir ce

le bureau déjà créé, comme celui de la tsé-tsé et de la trypanosomiase, ou un bureau en cours de création comme celui du paludisme, la C.C.T.A. accomplissait des tâches que l'O.M.S. estimait devoir lui être réservées »[166]. Toutefois, le refus du gouvernement de Bruxelles de reconnaître à la CCTA les privilèges et immunités qui étaient accordés aux autres OI, handicape quelque peu les tendances "régionalistes" des colons car, ceci aurait permis à la CCTA, d'opposer un refus beaucoup plus énergique aux institutions spécialisées des NU et à l'OMS, notamment.

Un autre désavantage notable est le refus du Libéria d'y adhérer car, se positionnant davantage pour la création d'un BR de l'OMS. Outre ce bureau de la tsé-tsé, la CCTA se dote de nombreux autres instruments « techniques » que nous n'abordons pas dans le cadre cette étude[167]. Les administrateurs coloniaux créent aussi en même temps que la CCTA, un « Conseil Scientifique Africain » (CSA). Un organisme étroitement lié à la CCTA, mais qui lui est resté totalement indépendant, du fait de ses origines différentes. Né dans un contexte de divergence et de « tiraillement » entre colons dans la gestion des problèmes techniques, le CSA devient, suite à un compromis colonial, le conseiller scientifique de la « Commission ». C'est à ce titre que lui est confiée l'étude des projets de recherche présentant un intérêt commun. Composé de 12 membres et 12 membres suppléants, tous d'éminents savants, le CSA se réunit une fois par an. Sa direction est confiée au sud-africain P. J. du Toit et sa vice-présidence au français le Pr. Millot. Quant au secrétariat général, on le confie à l'Anglais M. Worthington. Son siège est pour sa part, fixé, lui aussi, au Congo belge, et précisément à Bukavu (ex-Costermansville).

S'il est vrai que les "puissances" coloniales réunies au sein de la CCTA et ses différents instruments échouent dans leur mission initiale - "éviter l'installation en Afrique de bureaux techniques des Nations Unies et des Institutions Spécialisées" -, il reste cependant évident que le vœu formulé plus tard d'assurer un contrôle systématique des activités de ces ISONU est incontestablement une réussite. La CCTA, quoique jouissant d'un statut international « contesté », joue un rôle de "régionalisme sanitaire colonial" déterminant, comme il en a été

---

nouveau DR, être plus « loyal vis-à-vis de l'O.M.S. ». Cf. ADP, « Arrivée du Docteur Cambournac, Directeur du Bureau Régional pour l'Afrique de l'O.M.S. », Correspondance par autorisation de Luchaire, conseiller technique au ministère de la France d'Outre-Mer, à M. le Haut-commissaire de la République en AEF, 24 février 1954, in MAE, *Poste de Directeur de la région africaine de l'OMS, novembre 1950-février* 1954, S50. 3. 4. G 6.

[166] ADP, « Note sur la réunion du 9 mars ».

[167] Il s'agit notamment du bureau interafricain des sols et de l'économie (BIS), du bureau interafricain des épizooties (IBED), de l'Institut interafricain du Travail (IIT), du service pédologique interafricain (SPI), etc. Ces instruments intéressent entre autre, à l'étude des carapaces latéritiques, au *birth control*, à la pêche au cœlacanthe, à la formation des maîtres de l'enseignement primaire, à la toxicomanie, à la réglementation du travail, etc. Pour davantage de détails, se référer à l'article de D. Vigier, « la Commission de coopération technique en Afrique au sud du Sahara », in *Politique étrangère*, Vol. 19, n°3, 1954, pp. 335-349.

pour les autres domaines relevant de « l'assistance technique » internationale. L'une des raisons de cette "réussite" étant - du moins, si l'on s'en tient au propos de D. Vigier - que la CCTA se contentait contrairement aux ISONU, de « faire-faire », plutôt que de faire elle-même. Cette attitude s'explique, en grande partie, par le fait que les administrations coloniales qui en ont la responsabilité, sont aussi celles qui disposent « du capital en techniciens nécessaire »[168]. Elles peuvent ainsi aisément se passer « des agronomes de l'OAA[169] » (future FAO), des « éducateurs de l'UNESCO », ou encore des « médecins de l'OMS ». Au contraire, c'est vers elles que recourent très souvent ces IS de l'ONU, pour la fourniture des techniciens et des experts.

Le tableau suivant du personnel de l'OMS, à l'issue de sa première année d'installation officielle à Brazzaville, permet d'attester de l'origine presque essentiellement européenne, et donc coloniale de ce dernier. La Belgique, la France (à laquelle on associe ses possessions de l'Union Française[170]), le Portugal, l'Espagne, et le Royaume Uni – tous des puissances possessionnées –, capitalisent à eux seuls plus de 60 % de ce personnel. Ce qui permet d'expliquer en partie au moins, le relatif rapport de force qu'ils ont pu faire peser sur ce bureau à ses débuts surtout.

Tableau 2 : Répartition de l'ensemble du personnel recruté pour la région d'Afrique, selon les nationalités : situation au 30 juin 1957

Pays	Bureau régional	Projets	Total
Australie	/	3	**3**
Autriche	/	1	**1**
Belgique	1	1	**2**
Canada	/	1	**1**
Cuba	/	1	**1**
Danmark	/	10	**10**
Egypte	1	/	**1**
France	15	3	**18**
Union Française	20	/	**20**

[168] D. Vigier, « la Commission de coopération », p. 342.
[169] Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture.
[170] Il importe de mentionner que ce personnel issu de l'Union Française était lui même essentiellement constitué de médecins métropolitains en service dans les colonies. Nombreux parmi eux sont plus ou moins bien connus. Mais le nom du Dr. Louis Paul Aujoulat semble être le plus évocateur, en raison du fait qu'il ait, pendant au moins trois décennies, pris une part active aux CR/AFRO.

Allemagne	/	2	**2**
Ghana	2	/	**2**
Grèce	/	1	**1**
Guatemala	/	1	**1**
Haïti	/	1	**1**
Inde	/	3	**3**
Italie	1	/	**1**
Kenya	1	/	**1**
Pays-Bas	1	3	**4**
Nigéria	1	/	**1**
Norvège	/	5	**5**
Portugal	2	1	**3**
Espagne	/	1	**1**
Suisse	2	1	**3**
Union Sud-Africaine	/	2	**2**
Royaume Uni	12	10	**22**
Etats-Unis d'Amérique	1	/	**1**
Total	**60**	**51**	**111**

Source : AOMS/BZV, « Rapport annuel du Directeur régional (1 juillet 1956-30 juin 1957) », AFR/RC7/3 (Annexe IV).

Notons aussi que les ISONU recourent également aux administrations coloniales, pour doter en experts le "Programme Élargi d'Assistance Technique en vue du développement économique des pays insuffisamment développés" (PEAT), et ce, longtemps encore après les "indépendances" des États africains. Vers la fin des années 1960 en effet, une évaluation du PEAT indique qu'il avait assuré l'envoi dans le monde des experts représentant au total 32 000 années de travail[171]. Ces experts viennent, pour l'essentiel, d'Europe (58,3 %), des États-Unis (25,1 %), d'Asie (11,3 %), du Moyen-Orient (3,7 %), et d'Afrique (1,7 %)[172]. Certains de ces experts et spécifiquement ceux de l'OMS ont très souvent « déçus certains pays africains ». Pour le Dr. Aujoulat qui fait cette précision, une telle déception n'est pas nécessairement liée

[171] Voir à cet effet C. Lopes, « La coopération technique, concept marqué par l'histoire », (Débat), in *Politique africaine*, n°62, « Le Cameroun dans l'entre-deux », juin 1996, pp. 69-82.
[172] *Ibid*., p. 76.

au fait que « l'OMS les a mal choisis (sic) ». Cela pourrait provenir, au contraire, « de ce qu'à un moment donné, les expertises étaient à la mode et qu'il existait un snobisme de l'expert »[173].

C'est compte tenu de tout cela, et en raison de la disparité des experts de l'OMS au sein de l'organisation elle-même, et des États-membres de la région africaine, que le délégué Guinéen à l'OMS, le Dr. Keita pose, lors de la 15e session du Comité régional (CR) tenue à Lusaka (Zambie) en septembre 1965, le problème de « l'utilisation rationnelle de l'assistance technique et matérielle de l'OMS » et, par conséquent, celui de « l'africanisation des cadres »[174]. En rapport avec ce dernier point, la requête guinéenne insiste entre autres, sur la « nomination de praticiens nationaux comme "experts sur place" »[175]. Le Dr. Gangbo, délégué du Dahomey (actuel Benin), pour appuyer cette revendication du Dr. Keita, mobilise les expressions comme « incapable », « touriste », « gaspillage », dans l'optique de requestionner le travail d'expertise internationale de l'OMS en Afrique[176]. De telles revendications participent des nationalismes depuis longtemps manifestés dans le continent, et qui prennent une forme particulière, avec les "indépendances" de 1960, et la naissance en 1963, de l'Organisation de l'unité africaine (OUA). Cette dernière organisation absorbe, dès sa naissance, bon nombre d'instruments de la CCTA, à la suite notamment des désaccords avec les administrations coloniales.

3.2. Les « indigènes », l'avènement de l'OUA et le régionalisme sanitaire africain

Le réalisme et l'influence prépondérante des puissances étrangères dans la prise en charge des problèmes de santé des colonies et dans le processus de régionalisation de l'OMS a tendance aussi bien à méjuger le rôle des acteurs locaux qu'à occulter les interactions entre les administrations coloniales et les autorités autochtones. Rappelons qu'au départ, la situation coloniale dans laquelle se trouvent encore la plupart des États d'Afrique ne leur permet pas de s'opposer véritablement au projet de régionalisation de l'OMS. Les élites politiques de ces pays n'assumant pas la responsabilité de leurs relations internationales, retournent tout d'abord leurs revendications vers les administrateurs coloniaux. Ces revendications sont à mettre en rapport avec le contexte des décolonisations qui prévaut depuis au moins la fin de la Seconde Guerre

---

[173] AOMS/BZV, « Quinzième session du comité régional de l'Afrique : Procès verbal provisoire de la troisième séance », 13 septembre 1965, p. 9, AF/RC15/Min/4.
[174] *Ibid*, p. 7.
[175] AOMS/BZV, « De l'utilisation rationnelle de l'assistance technique et matérielle de l'OMS », n°815/CAB/SPAS/RG, 22 juin 1965, AFR/RC7/7.
[176] *Ibid*., p. 9.

mondiale. C'est dans ce cadre qu'il convient d'inscrire le projet d'un régionalisme des questions de santé en Afrique, revendiqué par les nationalistes.

La naissance de l'ONU et le discours "anticolonialiste", auquel celle-ci se montre favorable, ouvrent la voie à de nouveaux modes d'actions. C'est désormais au sein du « Conseil de Tutelle » que ces revendications prennent une expression particulière. Ce conseil constitue en fait, l'un des six organes prévus par le Charte des NU (Chap. 13-91), et dont le rôle fondamental est l'administration des territoires placés sous la tutelle de l'ONU, en vue de mettre fin à la colonisation. Energiquement opposés à sa création, les empires coloniaux n'ont pu rien faire pour l'empêcher de voir le jour, face notamment à la pression et la détermination de F. Delano Roosevelt. Cet organe dans son principe de fonctionnement a la charge de « recevoir les pétitions et les examiner en consultation avec ladite autorité ». C'est cette possibilité que les nationalistes exploitent dans le but de manifester leur opposition à toute poursuite de l'œuvre coloniale dans leurs territoires.

Le « Conseil de Tutelle » apparaît alors très vite comme une plate-forme d'échange, mais aussi de revendication des indépendances "totales". Toutefois, il est important de souligner que ces revendications nationalistes s'inspirent le plus souvent des idées socialistes, compte tenu de leurs racines essentiellement « sociales et économiques »[177]. Elles sont indissociables du projet de régionalisme sanitaire qui nous intéresse ici. Conscientes de la volonté affichée des États-Unis de poursuivre la politique anticommuniste élaborée le 12 mars 1947 par Harry Truman, les administrations coloniales assimilent très vite les revendications nationalistes au « communisme », pour s'assurer le soutien de Washington. C'est ce que fait par exemple l'administration française dès 1950[178]. À l'initiative de Paris, il se tient dans la capitale étatsunienne, du 11 au 13 juillet 1950, des « conversations franco-américaines » que conduit l'Américain John Dewey Hickerson, alors sous-secrétaire d'État et Directeur de la division des NU. Y prennent aussi part, Mac Ghee, Sous-secrétaire d'État chargé des questions d'Afrique, et Henry Bonnet ambassadeur de France aux États-Unis. De ces échanges tenus dans une « atmosphère de cordialité et de confiance », il en résulte une sorte de « revirement » comme on peut le constater dans ce propos d'Hickerson :

---

[177] Voir à cet effet J.-Y. Calvez, « Racines sociales et économiques des nationalismes du Tiers-Monde », in *Revue française de science politique*, Vol. 15, n°3, juin 1965, pp. 446-465.

[178] ADP, « Attitude américaine vis-à-vis des problèmes coloniaux », correspondance de Henry Bonnet (ambassadeur de France aux USA) à Robert Schuman (MAE), in K. Afrique-Levant, Généralités 1944-1952, 49QO/59, K. 23. 11.

> Nous désirons […] avoir avec vous un échange de vues très franc qui nous permette de mieux comprendre nos problèmes mutuels. Mais la France demeure seule responsable des territoires qu'elle administre, et nous n'avons nullement l'intention de procéder à la liquidation de l'Empire français. Le monde subit actuellement l'action des forces destructrices et nous devons veiller à ce que le progrès soit obtenu dans l'ordre[179].

Si l'attitude de Washington vis-à-vis de la question coloniale est restée depuis 1945 très ambiguë et controversée[180], le revirement américain que Bonnet caractérise de « renversement d'attitude vis-à-vis de la politique africaine »[181] semble donner raison à Noraogo Kinda qui écrit, en 1992, que l'idée d'un « anticolonialisme américain » vue comme une « donnée absolue » doit être sinon nuancée, du moins récusée[182]. Rassurés du soutien des États-Unis, les colonisateurs mettent la bataille contre le nationalisme africain et la revendication des indépendances, sous la bannière de la lutte contre le communisme[183]. Toutefois, malgré ces alliances et l'acharnement qui s'en suit à combattre les nationalismes africains, les revendications se font de plus en plus vives. Elles débouchent parfois sur des radicalismes justifiant des affrontements sanglants, comme ce fut le cas avec l'Union des Populations du Cameroun (UPC) de Ruben Um Nyobè dans le Cameroun français. Né à Song Peck, près de Bounyebel, dans l'arrondissement d'Eséka en 1913, le « Mpodol » (porte-parole), comme on l'a baptisé, devient, en 1950, le premier secrétaire général de l'UPC. C'est à ce titre qu'il anime les activités du parti. Il se rend ainsi, en décembre 1952, à New York, où il prononce un réquisitoire contre la France à l'ONU devant le « Conseil de Tutelle ». Face aux revendications du nationaliste camerounais qui tiennent aussi compte des questions sociales comme la santé, le journal français *Paris Match* accuse son « frère de race », Ralph Bunche alors président du « Conseil de Tutelle », d'avoir admis le leader upéciste au débat sur le mandat en accusateur des puissances mandataires.

L'"erreur" produite en janvier 1944 par Um Nyobè de demander à l'administration coloniale française d'organiser un référendum en vue de la réunification du Cameroun et de la

---

[179] *Ibid*.
[180] N. Kinda, « Les États-Unis et le nationalisme en Afrique noire à l'épreuve de la décolonisation (Deuxième Guerre mondiale - 1960), in *Revue française d'histoire d'outre-mer*, Vol. 79, n°297, 1992, pp. 533-555.
[181] ADP, « Attitude américaine vis-à-vis des problèmes coloniaux ».
[182] N. Kinda, « Les États-Unis », p. 533.
[183] Achille Mbembe en fait l'évocation pour le cas du Cameroun d'Um Nyobè, en rappelant ce qui était dit à son sujet, dans l'optique de discréditer des revendications nationalistes et indépendantistes : « Um Nyobè était décrit comme un vulgaire bandit, rebelle communiste et athée, démesurément ambitieux et soucieux de vendre le pays aux Russes ». voir A. J. Mbembe, *Ruben Um Nyobè. Écrits sous maquis : Notes et introduction de J. A. Mbembe*, Paris, L'Harmattan, « Racines du présent », 1989, p.11. Pour d'autres références liées à cette guerre menée par l'administration française au Cameroun voir : T. Deltombe, M. Domergue, J. Tatsitsa, *La guerre du Cameroun. L'invention de la Françafrique* (1948-1971), Paris, La Découverte, 2016 ; voir aussi des mêmes auteurs, *Kameroun ! La guerre cachée aux origines de la Françafrique* (1948-1971), Paris, La Découverte, 2011.

fixation d'un délai pour la fin de sa tutelle le place sous haute surveillance policière, suivie par l'attaque de son domicile, le 18 avril 1955, la mise en otage de sa famille et de ses partisans, et l'interdiction des activités de son parti l'UPC, le 13 juillet de la même année[184]. Um Nyobè est assassiné par l'armée coloniale le 13 septembre 1958 à *Libog Li Ngoi*. L'exemple d'Um Nyobé est loin de représenter un cas isolé. Il est significatif du sort qui est réservé aux nationalistes africains aussi bien dans les colonies belges que portugaises ou anglaises, et qui contraint le plus souvent les autres leaders à la collaboration. Mais les revendications des nationalistes radicaux quoique matées dans le sang, se poursuivent également au sein des instances inter-gouvernementales comme la CCTA et l'OMS.

Dans la CCTA par exemple, impossible de faire fi des débats anticolonialistes qui ont cours au sein de l'ONU car, en dix années, une vingtaine d'États et territoires africains intègrent cette commission restée longtemps, une exclusivité coloniale : il s'agit, entre autres, du Ghana, nouvellement "indépendant", qui l'intègre en 1957, du Libéria qui le fait finalement en 1958, de la Guinée et du Cameroun (1959), et enfin en 1961, du Tchad, des Congo, du Dahomey (actuel Benin), du Gabon, de la Côte d'Ivoire, du Mali, de la Mauritanie, du Niger, du Nigéria (dont le secrétariat initialement fixé à Londres avait été transféré à Lagos en 1958), du Sénégal, de la Haute-Volta (actuel Burkina-Faso), et de la RCA. Toutefois, la "politisation" des débats liés surtout aux "indépendances" des années 1960 entraîne d'importantes divergences au sein de cet organisme, avec pour conséquence, l'exclusion en 1962 du Portugal. La France, la Grande Bretagne, et la Belgique en profitent pour s'y retirer en 1964. Ce qui conduit à sa dissolution le 1er janvier 1965. Elle est absorbée par l'Organisation de l'Unité Africaine (OUA) dont elle devient la Commission Scientifique, Technique et de la Recherche (C.S.T.R.). C'est à cette "nouvelle commission" qu'est désormais dévolu le rôle d'un "régionalisme sanitaire" opposé à l'OMS. Un rôle essentiel assumé par certains panafricanistes confirmés de l'OUA née en 1963.

C'est en effet l'article II de la "Charte de l'Unité africaine" adoptée le 25 mai 1963 à Addis-Abeba qui permet la reconnaissance de l'OUA par l'OMS, comme une organisation possédant avec celle-ci, des "intérêts communs"[185]. Seulement, l'OUA suscite au sein de l'OMS

---

[184] J. A. Mbembe, « Pouvoir des morts et langage des vivants : Les errances de la mémoire nationaliste au Cameroun », in *Politique Africaine*, n° 22, juin 1986, pp. 37-72.

[185] L'OUA s'était assignée comme buts à atteindre : le renforcement de l'unité et de la solidarité des États africains ; la coordination et l'intensification de sa coopération et de ses efforts pour offrir de meilleures conditions d'existence aux peuples d'Afrique ; la défense de leur souveraineté, de leur intégrité territoriale et de leur indépendance ; l'élimination sous toutes ses formes, du colonialisme de l'Afrique ; et favoriser la coopération

une certaine méfiance, voire une hostilité. La politique qu'elle adopte vis-à-vis de l'OUA, apparaît clairement dans une correspondance du Dr. Lucien Bernard, adressée le 9 juin 1964 au Directeur général et au Directeur général adjoint, les Dr(s). M. Gomès Candau et Pierre Dorolle. Pour le médecin français expert de l'OMS, cette politique

> […] doit s'inspirer de la double nécessité de ne pas prendre d'initiative prématurée dans un domaine où les considérations politiques jouent, à l'heure actuelle, un rôle prépondérant et, d'autre part, de ne pas laisser l'OUA entreprendre des activités qui pourraient créer par la suite des problèmes de compétences (sic)[186].

Le Dr. L. Bernard, on le sait, n'est pas juriste. Il a été introduit à l'OMS au début des années 1950 par l'administration coloniale française à la direction juridique de l'organisation, dans le cadre du projet colonial de « contrôle absolu » des activités de cette institution internationale, en raison de l'influence prépondérante des États-Unis. Pour éviter que ne soit prise « d'initiative prématurée » et surtout d'aborder les « questions politiques délicates », notamment celles liées à la décolonisation de l'Afrique, l'OMS confie tout d'abord le dossier OUA au BR/AFRO, plutôt qu'à l'AMS, comme le prévoit, en principe, la constitution[187]. Ce n'est que le 23 juillet 1969 que la 22e AMS approuve l'accord entre l'OUA et l'OMS. L'approbation de cet accord ouvre très vite la voie à l'action. En 1970 en effet, le secrétariat général de l'OUA demande à l'OMS de lui fournir, dans la mesure du possible, la documentation nécessaire en vue d'avoir une « "claire idée de la situation en ce qui concerne les services de santé de base" des pays du continent africain »[188]. Une requête que n'apprécient pas les responsables de l'OMS qui rétorquent alors qu'il n'est pas question de laisser l'OUA entreprendre un tel « travail de compilation et d'analyse »[189]. Ce qui, à leur avis, ferait un « double emploi avec l'effort périodiquement entrepris par l'organisation sur le plan mondial et dont le résultat est publié dans la rapport sur la situation sanitaire dans le monde »[190]. Cette question est rapidement réglée, Candau, ayant invité le secrétaire général de l'OUA, le Guinéen Diallo Telli, à se référer à la documentation officielle produite par l'OMS.

---

internationale, en tenant dûment compte de la Charte des Nations Unies et de la Déclaration Universelle de Droits de l'Homme.

[186] AOMS/GVA, « Organisation de l'Unité Africaine. Commission de santé, d'hygiène et de nutrition », Lettre de Dr. L. Bernard, au Dr. M. G. Candau et au Dr. P. Dorolle, in WHO/OMS, *Relations with the Organization of African Unity*, N54/348/18, Chemise 1.

[187] AOMS/GVA, « Note au sujet de l'établissement de relations avec l'Organisation de l'Unité Africaine », N54/348/18, Chemise 1.

[188] AOMS/GVA, « Collaboration avec l'Organisation de l'Unité Africaine », in WHO/OMS, *Relations with Organization of African Unity*, N54/348/18, Chemise 2.

[189] *Ibid*.

[190] *Ibid*.

La véritable pomme de discorde est cependant la question de la THA et de la nutrition qui va pendant plusieurs années opposer la Division des maladies parasitaires de l'OMS et le Conseil Scientifique International de Recherche sur les Trypanosomiases (CSIRT) de l'OUA. Faisant allusion à ce désaccord dans un mémorandum adressé au Dr. Bellerive le 24 janvier 1972, N. Ansari, alors Directeur de la division des maladies parasitaires écrit :

> Malgré les diverses tentatives d'apporter une solution à ce problème depuis janvier 1970, la situation a continué de se détériorer, culminant dans les déclarations faites par Monsieur A. O. Odelola, Secrétaire exécutif de la Commission de la Science, de la Technologie et de la Recherche (CSTR) de l'OUA. Lors de la dernière réunion du Comité exécutif du CSIRT, qui s'est tenue à Lagos, Nigéria, le 6 septembre 1971, et qui se trouvent relatées dans le rapport rédigé à cette occasion par l'observateur de l'OMS, Monsieur D. A. T. Baldry, Entomologiste, attaché au Bureau régional de l'Afrique […][191].

Notons qu'aucune référence n'est faite dans les documents qu'il nous a été donné de consulter du "problème" qui divise les deux institutions, encore moins des propos tenus par Odelola, et qui aurait aggravé la crise opposant l'OMS et l'OUA. Il est cependant permis de supposer que les autorités de la CSIRT auraient souhaité avoir une "mainmise" sur la gestion des problèmes liés à la THA dans le continent, en militant notamment pour la création d'un organe conjoint chargé de ces questions. C'est du moins ce qui semble ressortir de la conclusion du mémorandum d'Ansari : « En ce qui concerne l'établissement d'une commission FAO/OMS/OUA de la trypanosomiase ou d'un conseil scientifique conjoint en la matière, nous sommes très réservés, rejoignant en cela l'opinion d'AFRO »[192].

C'est dire clairement que ce projet de création par l'OUA d'une « commission FAO/OMS/OUA » de la THA et d'un conseil scientifique y relatif, trouve ses premiers farouches adversaires au sein du BR/AFRO, sous la direction du médecin béninois, le Dr. A. A. Quenum. Il n'est cependant pas exclu que cette volonté manifestée par l'OUA ait un rapport avec la situation de crise généralisée qui sévit au Congo ex-blege au lendemain des indépendances, comme nous l'analysons plus loin dans le Chap. V de cet ouvrage. Mais la raison officiellement évoquée par l'expert pakistanais, le Dr. Ansari, et qui justifie d'après lui la réserve de l'OMS à Genève et à Brazzaville est que

> […] du point de vue technique, les résultats obtenus jusqu'ici par le CSIRT sur le plan pratique n'augurent pas favorablement du rôle qu'il pourrait jouer "dans la promotion d'une action efficace au niveau gouvernemental dans cet important secteur d'activité [la trypanosomiase]". […] Nous ne voyons que des inconvénients dans cette proposition car le

---

[191] AOMS/GVA, « Relations OMS-OUA (CSIRT) », Mémorandum du Dr. N. Ansari (chef de la Division des maladies parasitaires) au Dr. A. Bellerive (directeur de la Division de la Coordination), 24 janvier 1972, N54/348/18, Chemise 2.
[192] *Ibid*.

> CSIRT n'est pas équipé pour ce genre d'activités et n'a pas de ressources pour financer ni pour entreprendre aucun autre type d'activités sur le terrain. Il peut toutefois constituer un forum de discussions techniques sur le sujet, comme il l'a été dans le passé, et éventuellement en conjonction avec les comités d'experts OMS sur la trypanosomiase et les séminaires sur le sujet[193].

Autant dire que le couple A. Quenum/A. Bellerive constitue à l'échelle régionale et internationale, un réseau d'acteurs défavorables à l'éclosion d'un régionalisme sanitaire africain manifesté au sein de l'OUA, et dont le secrétaire exécutif du CSIRT, le Dr. Odelela, s'est fait le porte-voix. Pour en effet parvenir à faire ombrage au projet régionaliste de l'OUA, il est tout d'abord méconnu au CSIRT, toute existence légale. En ce qui concerne, les propos d'Odelola, la recherche des solutions à ses revendications donnèrent lieu à deux options que suggère A. Bellerive à A. Quenum, dans sa lettre confidentielle du 12 avril 1972 :

> […] Nous pourrions ne pas réagir aux propos de M. Odelola et, en accord avec la FAO, ne prendre aucune initiative pour relancer le dialogue avec l'OUA sur ce sujet. Le risque serait de voir l'OUA, qui vient […] de signer un accord avec le PNUD, développer seule ses activités dans ce domaine et prendre l'initiative de présenter un projet de recherches (de laboratoire ou opérationnelles) au PNUD, ou à une autre source de financement. Ceci nous amènerait alors à affronter publiquement l'OUA sur sa compétence en la matière. Ce risque est pour l'instant assez faible, il est vrai, étant donné que l'intérêt de l'OUA pour la Trypanosomiase semble limité comparé à celui qu'elle porte à d'autres problèmes. Mais le risque existe et le dynamisme de M. Odelola peut l'accroître considérablement si les circonstances s'y prêtent[194].

L'étroitesse des rapports, entre Quenum et les autorités coloniales, notamment celles représentées au siège, se justifie en grande partie par le maintien des liens d'amitié et de reconnaissance mutuelle particulièrement complexes[195]. Né le 10 janvier 1926 à Ouidah (au Bénin), Comlan Alfred Auguste Quenum fréquente le Lycée Victor Ballot[196] de Porto Novo avant d'entrer à l'École normale William Ponty du Sénégal, principale école fédérale de

---

[193] *Ibid*.
[194] AOMS/GVA, « Confidentiel », correspondance de Bellerive à Quenum, 12 avril 1972, N54/348/18, Chemise 2.
[195] A. Quenum est en effet issu des milieux coloniaux (surtout français) qui, après l'avoir formé, auraient largement contribué à le hisser à la tête du BR pour garantir au mieux leurs intérêts. Dans notre entretien avec S. Litsios, celui-ci fait allusion à une réunion à laquelle il a pris part en présence des Drs Mahler et Quenum, et au cours de laquelle le gouvernement allemand exprimait son vœu de mettre à disposition des fonds substantiels pour le projet des services de santé en Afrique. Le rejet total par Quenum de cette idée est catégorique comme le précise Litsios, et personne n'a pu lui faire changer d'avis. Admettre une intervention allemande en Afrique à cette époque pouvait donc à raison être perçu par lui et ses maîtres comme la tentative d'un retour germanique dans une Afrique dont l'Allemagne avait été dépossédée depuis 1919 au congrès de Versailles. Les problèmes de ce type sont encore actuels, notamment pour le cas du Cameroun - que nous connaissons relativement bien - qui a été un protectorat allemand de 1884 à 1916, et où intérêts entre ex-puissances coloniales entrent très souvent en compétition pour des causes similaires. Les confrontations entre l'agence allemande de développement GTZ (actuellement GIZ) et agence française de développement (AFD) en sont la parfaite illustration.
[196] Devenu Lycée Béhanzin après les indépendances (31 juillet 1961), cette institution devait son nom à l'administrateur colonial Victor Ballot, premier gouverneur du Dahomey de 1894 à 1900.

l'AOF[197], qui a formé aussi bien les instituteurs et les médecins, que la plupart des cadres de l'Afrique de l'Ouest. Il intègre de 1948 à 1952 l'École Africaine de Médecine et de Pharmacie de Dakar[198], d'où il sort nanti d'un diplôme de « médecin africain ». Il regagne en 1954 la Faculté de Médecine de l'Université de Bordeaux[199] pour y recommencer un cycle complet de médecine et obtient l'année suivante, un *Bachelor of Medicine*, puis de 1954 à 1957, Quenum achève une thèse de doctorat dans ce domaine.

Image 8: Le Dr. C. A. A. Quenum, DR/AFRO (1965-1984)



Source : AOMS/BZV

De retour à Dakar en 1958, il y obtient un certificat en zoologie, un autre en biologie (1959) et en physiologie animale (1960) avant d'être reçu en 1962, au concours d'Agrégation en histologie et embryologie. Représentant son pays aux Assemblées mondiales de la santé

[197] Fondée à Saint-Louis au Sénégal en 1903 par l'administration coloniale française, l'École est transférée sur l'île de Gorée en 1913, puis à Sébikhotane près de Rufisque en 1937. Considérée par d'aucuns comme « prestigieuse », « vivier » des futurs cadres du continent, elle est vue par d'autres comme un instrument idéologique au même titre que l'armée impériale, une « école de la soumission » au pouvoir colonial, ou mieux, « le cimetière de l'intelligence africaine ». Cf. Mohamadou Kane, *Birago Diop : l'homme et l'œuvre*, Paris, PAF, 1971.

[198] Encore appelée Jules Carde, cette école est créée à la suite du décret du 14 janvier 1918 pour former au rabais, des médecins et pharmaciens « auxiliaires », censés seconder les médecins et pharmaciens coloniaux.

[199] Laquelle lui décerne en 1983, un titre de Docteur *Honoris Causa*, en sciences du vivant et de la santé, science de l'homme.

(AMS) et aux Comités régionaux (CR) dès les années 1960, il devient aussi membre du comité d'experts en éducation technique et professionnelle des personnels médicaux et auxiliaires (1964). Ce qui justifie, en grande partie au moins, l'intérêt qu'il aura tout particulièrement porté – durant ses différents mandats – à la formation des cadres africains de santé. C'est en effet en rasion de cet intérêt qu'il accorde à la formation des personnels médico-sanitaires africains, qu'il préside à l'ouverture de plusieurs Centres Universitaires des Sciences de la Santé (CUSS) et Centres d'Enseignement Supérieurs en Soins Infirmiers (CESSI), n'hésitant pas à y donner, à l'occasion, quelques enseignements, ou encore à participer aux jurys des thèses en médecine, comme ce fut le cas lors de la sortie de la première promotion des médecins du CUSS de Yaoundé en 1975.

Grâce à sa riche expérience, Quenum profite du vent des décolonisations, marqué par la volonté des Africains de rompre avec les liens coloniaux, pour se positionner dès 1965, comme premier DR/AFRO d'origine africaine. Un poste qu'il occupe jusqu'à sa mort survenue au cours de son dernier mandat, le 15 août 1984. Il n'est alors âgé que de 58 ans. Il bénéficie de la collaboration directe du Dr. Lucien Bernard, ce médecin français affecté en Afrique par le Secrétariat général de l'OMS, comme représentant du DG/OMS.

Pour le tandem A. Bellerive-A. Quenum, A. O. Odelola reste donc au sein de l'OUA la véritable menace qu'il convient d'écarter d'une manière ou d'une autre. C'est en effet pour l'éloigner des discussions que la suggestion faite par Ansari, le 24 janvier 1972, est mise en application par l'OMS. Pour le directeur du service des maladies parasitaires, « toutes les négociations en la matière doivent se dérouler à un niveau élevé dans l'Organisation, et directement avec le Secrétariat de l'OUA à Addis-Abeba et non avec le Secrétaire exécutif de la CSTR à Lagos »[200]. Cette suggestion d'Ansari a pour but « d'arriver à un modus vivendi sur la coopération OUA/OMS et une solution des problèmes que pose cette coopération », justifie en tout cas le fonctionnaire français de l'OMS, le Dr. Bellerive[201].

L'opérationnalisation du "plan Ansari", "coïncide" quelques mois plus tard, avec l'élection du diplomate camerounais Joseph Nzo Ekangaki à la tête du secrétariat général de l'OUA, le 15 juin 1972. Les télégrammes qu'il reçoit de Candau, le 22 juin et de Quenum le 5 juillet, laissent augurer des lendemains meilleurs, dans le maintien d'"excellentes relations" dont l'intensité des échanges épistolaires ne permet que de confirmer. Cette "excellente" entente est d'ailleurs marquée par l'ouverture, à Genève, d'une « Délégation permanente de l'OUA »

[200] AOMS/GVA, « Relations OMS-OUA (CSIRT) ».
[201] AOMS/GVA, « Confidentiel ».

tel qu'il fut décidé à Rabat en 1972, à l'issue de la Conférence des Chefs d'État et de Gouvernement africains[202]. Nzo Ekangaki nomme à la tête de cette délégation le Guinéen Bassirou Barry, ex-conseiller juridique du SG/OUA, qu'assistent Salah Eddine Bassiouny et M. A. Kamba. Le Dr. M. G. Candau, pour sa part, désigne le Dr. F. A. Soliman, qu'il charge d'assurer la liaison avec ladite délégation. La question qui « divisait depuis 1970 l'OMS et l'OUA » trouve enfin une "issue heureuse", faisant du régionalisme sanitaire africain du CSIRT, un cuisant échec, une occasion manquée.

Si ce relatif succès du diplomate camerounais est considéré par d'aucuns comme du "pacifisme", il est vu par d'autres comme une trahison. L'histoire semble donner raison aux détracteurs de Nzo Ekangaki, en regard « du scandale de la Lonrho ». Une affaire de corruption[203], dans laquelle le SG/OUA accorde à la *London Rhodesian Mining Land Company* (Lonrho), le marché de l'étude "des moyens d'atténuer les effets de la crise du pétrole" sur les États africains, au moment même où l'Afrique entend en finir avec l'exploitation et la colonisation dans le continent. Face à cette « action individuelle » du diplomate camerounais, le verdict est sans appel. Il le pousse à la sortie précitée de l'OUA en 1974[204].

Conclusion

> […] le département [français des affaires étrangères] est parvenu à retarder pendant plusieurs années la création d'un bureau régional pour l'Afrique. Il s'est, lorsque cette création devint inévitable, efforcé d'obtenir le contrôle d'un bureau africain en l'installant en territoire français [205].

Telle est donc la logique qui a vu naître le BR/AFRO et qui nous a amené à nous interroger sur le processus qui a conduit de la naissance de l'OMS en 1948, au projet et à l'opérationnalisation de la régionalisation de l'organisation. Il en ressort toutefois que, malgré l'opposition des administrations coloniales à voir naître en Afrique, un BR de l'OMS, celui-ci naît officiellement en juin 1951 et est inauguré en juin 1956 à Brazzaville, la capitale de l'AEF (Afrique équatoriale française).

---

[202] AOMS/GVA, « Lettre de Nzo Ekangaki à M. G. Candau », 6 juillet 1973, in WHO/OMS, *Relations with Organization of African Unity*, N54/348/18, Chemise 2.
[203] X. L. Deutchoua, « Joseph Nzo Ekangaki : un éclair dans la diplomatie », *Le Quotidien Mutations*, Yaoundé, 16 juin 2005.
[204] *Ibid*.
Nzo Ekangaki meurt le 6 juin 2005, rejoignant « le monde du silence, sans laisser ses mémoires ».
[205] ADP, « Note anonyme du Secrétariat des Conférences au ministre français des affaires étrangères le 27 septembre 1951 », K. Afrique-Levant, Généralités 1944-1952, 49QO/59, K. 23. 11.

La décentralisation ainsi opérée fait du BR/AFRO l'une des 6 représentations régionales de l'organisation, telles que définie par la première AMS en 1948. Un BR essentiellement sous le « contrôle absolu » des autorités coloniales d'abord, puis de l'ensemble des puissances impérialistes occidentales avec la complicité de certains décideurs africains, depuis le début des années 1950[206]. L'interaction entre puissances impérialistes et autorités locales africaines au sein des OI est à plusieurs égards, à l'origine de l'échec du régionalisme africain, comme il en est de l'ensemble des politiques de développement sanitaires abordées dans les chapitres suivants. Toutefois, l'internationalisation des problèmes africains de santé engagée par une telle régionalisation rencontre bientôt les résistances d'un régionalisme « colonial » d'abord, puis d'un autre, qu'il est convenu d'appeler local ou "indigène", et très tôt manifesté par les revendications des nationalistes africains dans les colonies. Ce dernier régionalisme trouve par la suite une expression particulière au sein du « Conseil de Tutelle » de l'ONU, et au sein du CSIRT, une instance de l'OUA œuvrant dans le secteur de la nutrition et de la lutte contre la THA.

De tels conflits et alliances autour de la régionalisation de l'OMS en Afrique sont significatifs de ceux que posent aujourd'hui encore tous les processus d'intégration régionale en Afrique centrale surtout. Ce constat permet dès lors de (re)questionner l'ensemble des projets "panafricanistes", tels qu'ils ont été pensés dès la base en vue d'identifier les causes de leur échec et de réfléchir sur les chances de réussite qu'ils avaient à cette époque, et dont ils disposent aujourd'hui encore. Une telle démarche s'avère nécessaire, et constitue un terrain fructueux de recherche dans le champ de l'histoire contemporaine africaine. Elle permettrait en effet de faire la lumière sur les programmes régionaux de développement en vigueur, les acteurs clés impliqués dans le processus de leur implantation, et les facteurs de leur relatif échec. C'est ce qu'entend aborder la seconde partie de notre travail, qui part de la fabrique en 1978 de la politique des Soins de Santé Primaires (SSP) - élément essentiel des politiques sanitaires en Afrique - à sa mise en œuvre effective, au début des années 1980. Une analyse qui entend prendre en compte aussi bien la diffusion que l'accueil de cette politique par les gouvernements nationaux et les populations. Cette analyse se propose aussi de mettre un point d'honneur sur les principaux problèmes que pose la mise en œuvre de cette politique dans le continent.

---

[206] Ce « contrôle absolu » encore d'actualité, handicape - il convient de le relever - toute tentative de développement sanitaire dans le continent, et en Afrique centrale, en particulier, comme nous le verrons dans les chapitres suivants.

DEUXIÈME PARTIE : POLITIQUES INTERNATIONALES DE DÉVELOPPEMENT SANITAIRE EN AFRIQUE CENTRALE : ENTRE CIRCULATION ET LOCALISATION

Cette deuxième partie de notre travail tente d'analyser la mise en œuvre effective des politiques de développement sanitaire en Afrique centrale. L'organisation de cette partie en deux chapitres obéit à une logique thématique dont l'objectif est de mettre en visière, les dynamiques en cours dans les rapports entre l'OMS et les pays de la sous-région. Elle permet aussi de mettre en perspective les limites des textes normatifs et prescriptifs, et des données statistiques dans la mise en structure des interactions entre les institutions centrales et périphériques.

Le premier chapitre de cette partie analyse les origines de la stratégie des Soins de Santé Primaires et de l'Initiative de Bamako, comme piliers des politiques de développement sanitaire en vigueur dans l'ensemble des pays d'Afrique, en insistant sur le rôle des acteurs et réseaux d'acteurs nationaux et transnationaux dans le processus de formulation de ces programmes, ainsi que sur l'influence du contexte international qui les a vu émerger (décolonisations, Guerre froide, crises de années 1970-1980, etc.).

Le second chapitre tente au contraire, de saisir les processus et dynamiques de transmission et de circulation des savoirs et savoir-faire en matière de politiques sanitaires de l'OMS notamment. Une telle étude favorise la compréhension et l'interprétation du rôle des acteurs nationaux et transnationaux dans la valorisation ou la "patrimonialisation" des savoirs techniques construits et véhiculés par les experts de l'organisation. Elle permet aussi de saisir leur interaction avec des savoirs locaux en constante diversification.

Chapitre III : La fabrique des politiques internationales de développement sanitaire : acteurs et réseaux d'acteurs

Loin de constituer un phénomène de mode, la notion de "réseau" en sciences sociales et, notamment, en Histoire est aujourd'hui presqu'omniprésente[207]. Des réseaux de famille, d'alliance, de proximité, de voisinage, aux réseaux de fidélité, d'amitié, de clientèle, de sociabilité, en passant par les réseaux intellectuels, professionnels, diplomatiques[208], etc., « l'usage métaphorique » de cette expression est difficile à transcender[209], et est lié comme le souligne Claire Lemercier, « à la volonté de dépasser le déterminisme des structures et modèle simpliste du choix rationnel, en s'intéressant au social, aux aspects organisationnels, etc. »[210]. Un tel usage devrait alors chercher à savoir si ces « réseaux » obéissent à un schéma hiérarchique, s'ils sont ou non multipolaires, mouvants, tenaces, mais aussi s'intéresser à leur système de fonctionnement, soit comme ressources, soit alors comme instrument de contraintes pour des individus et des groupes[211]. Vu de cette manière, « l'analyse des réseaux » en Histoire apparaît féconde, notamment dans le domaine de l'étude des organisations internationales. Elle favorise la mise en lumière des données complexes à partir des notions discutées collectivement (capital social, cohésion, influence) et des indicateurs correspondants[212].

Dans les sciences humaines et sociales en effet, le concept de « réseau », tel qu'il est employé est généralement compris de deux manières. Si dans sa première acception le terme s'apparente à celle de "coopération", elle renvoie secondairement au réseau dans son ensemble[213]. C'est dire que l'analyse des réseaux amène d'emblée, à focaliser son attention sur les problèmes de coordination dans un cadre bilatéral. Cette première vision s'oppose à la seconde qui, elle, fait référence à une analyse plus structurale dans laquelle les logiques d'action

---

[207] C. Lemercier, « Analyse de réseaux et histoire », in *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, n°52-2, 2005/2, pp. 88-112.
[208] J. Boutier, « Sources, objets outils. Quelques remarques pour éviter de conclure », in P.-Y. Beaurepaire, D. Taurisson (éd.), *Les égo-documents à l'heure de l'électronique. Nouvelles approches des espaces et des réseaux relationnels*, Montpellier, Presses Universitaires de Montpellier, 2003, pp. 535-544. Voir aussi C. Lemercier, « Analyse de réseaux », p. 88.
[209] C. Lemercier, « Analyse de réseaux », p. 88.
[210] *Ibid*.
[211] *Ibid*.
[212] *Ibid*., p. 112.
[213] P.-B. Joly, V. Mangematin, « Les acteurs sont-ils solubles dans les réseaux ? », in *Économies et sociétés*, Vol. 29, n°9, 1995, pp. 17-50.

sont contingentes aux positions des acteurs au sein du réseau (groupe) dans lequel ceux-ci (les acteurs) interagissent[214].

Théoriquement, la mobilisation de la notion de "ressources spécifiques"[215] favorise la mise en valeur des rapports qui lient ces deux considérations. Une pareille mise en relation permet de voir comment l'opposition entre « liberté » et « contrainte » est inhérente à tous les systèmes sociaux[216]. C'est dans cette perspective que Vincent Lemieux envisage les connexions entre « réseaux » et « appareils » (organisations) comme étant faites de relations de contrôle, « où les acteurs impliqués décident, conjointement ou non »[217]. Et c'est ici qu'il devient pertinent de s'intéresser au lien entre réseaux, organisations et décisions (choix politiques), et de poser la question de savoir comment se fabrique « l'ordre » dans un système social complexe[218]. Ce chapitre s'inscrit dans cette logique. Mais, contrairement, à une pratique devenue courante, ce chapitre entend, à partir d'une analyse classique[219], des réseaux empriquement documentés, mettre en valeur la manière dont se fabriquent les politiques internationales de santé dans un environnement et un contexte précis. Mieux, il se propose de mener une analyse de l'influence que font peser ces réseaux interconnectés d'acteurs sur l'OMS et sur les choix politiques que cette organisation est amenée à opérer ou non, en rapport avec les problèmes sanitaires que posent l'ensemble des pays dits en développement, et en particulier, ceux de l'Afrique centrale. Cette influence est à mettre en corrélation avec le contexte politique international du moment

---

[214] *Ibid*.

[215] Il s'agit des biens matériels, des informations, des ressources relationnelles qui circulent à l'intérieur des réseaux.

[216] V. Lemieux, *Les réseaux d'acteurs sociaux*, Paris, PUF, 1999.

[217] *Ibid*., pp. 13-24.

[218] P. Muller, « L'analyse cognitive des politiques publiques : vers une sociologie politique de l'action publique », in *Revue française de science politique*, Vol. 50, n°2, avril 2000, pp.189-207. L'auteur s'appuie sur son « approche cognitive » des politiques publiques, pour tenter d'apporter un certain nombre d'éléments de réponse à cette préoccupation, en formulant la question du rapport entre politique(s) ou mieux entre acteurs, et construction d'un ordre social en termes renouvelés.

[219] Plusieurs raisons permettent de justifier l'option d'une analyse classique des réseaux, plutôt que celle qui est très connue actuellement, et qui part généralement d'une base de données des acteurs ou groupes d'acteurs, avec leurs caractéristiques et une analyse des liens qui les lient. Cette approche dite « moderne » de l'analyse des réseaux emploie outre les logiciels adaptés, des prosopographies, qui débouchent le plus souvent sur le tracé des schémas des relations qui lient ces différents acteurs ou groupes. Le choix d'opter pour une analyse plutôt classique des réseaux s'explique par le fait que notre étude s'intéresse à une diversité d'acteurs dont la multiplicité des catégories, l'étendue du terrain d'étude et leur mode divergent d'intervention rendrait éminemment complexe toute étude des liens qui les lient. Il s'agit comme différentes catégories en interaction, des experts et/ou des fonctionnaires (internationaux, régionaux, nationaux, locaux, etc.), des autorités politiques nationales, des élites locales, des missions, des communautés locales, etc. Au-delà de cette première difficulté, il faut aussi noter qu'il ne nous a pas été autorisé – tant à Genève qu'à Brazzaville – d'accéder aux informations personnelles des experts et fonctionnaires de l'OMS, en raison de leur caractère hautement confidentiel. L'accès à de telles données nous aurait permis de constituer – au moins pour certains experts et fonctionnaires de l'organisation – des biographies collectives (prosopographies), en vue de déterminer leurs origines socio-politiques et idéologiques, leurs parcours, et les différents réseaux au sein desquels ils interagissent.

pendant lequel émerge une politique de développement sanitaire, et les divers intérêts des acteurs ou groupes d'acteurs en présence.

En effet, si la sauvegarde des intérêts économiques et mercantilistes de l'Europe justifie la création de l'Office International d'Hygiène Publique (OIHP), au début du XX^{e} siècle, celle de l'Organisation d'Hygiène de la Société des Nations (OHSDN) dans l'entre-deux-guerres s'explique, entre autres, par le projet de pacification et de reconstruction du monde occidental traumatisé par les affres de la Première Guerre mondiale. Ces deux moments historiques marquent un tournant décisif dans la genèse de la santé publique internationale, et donc du processus de formulation des politiques sanitaires transnationales mises en œuvre dans l'ensemble des territoires dominés d'Asie et d'Afrique surtout (cf. Chap. I). Le rôle joué par les réseaux missionnaires, les réseaux d'hygiénistes et ceux des administrateurs coloniaux y est prépondérant.

La naissance de l'OMS en 1948 s'inscrit, elle aussi, dans la logique de la pacification et de la reconstruction de l'Occident, mais également d'ouverture de nouveaux marchés (européens d'abord, puis ceux jusque-là dominés)[220] aux impérialismes concurrents étatsunien, et soviétique (cf. Chap. II). C'est précisément en 1949 que l'Union soviétique se retire de l'OMS, une année seulement après sa création. Ce retrait est suivi par celui de la plupart des pays du bloc socialiste : l'Albanie, la Bulgarie, la Hongrie, la Pologne, la Roumanie, la Tchécoslovaquie, la République socialiste et soviétique (RSS) d'Ukraine, la RSS de Biélorussie, et la Chine. La formulation des politiques sanitaires internationales, pendant au moins huit années (1949-1957), demeure de ce fait, une exclusivité sinon occidentale, du moins étatsunienne. Il s'agit surtout des politiques verticales basées sur la lutte contre les maladies uniques, à l'instar du paludisme. Ces programmes dans lesquels les États jouent un rôle central, sont largement encouragés et financièrement soutenus par Washington. Toutefois, avec le retour de l'URSS et de ses alliés à l'OMS, le 11 mai 1957, les tensions entre occidentaux et soviétiques viennent souligner la nécessité de donner une nouvelle orientation aux politiques sanitaires internationales jusque-là en vigueur. Ces divisions, entre les deux « supergrands » revêtent un caractère particulier avec l'entrée dans l'organisation des États nouvellement

[220] Ce qui justifie, en grande partie au moins, "l'anticolonialisme" étatsunien dans l'immédiate fin de la deuxième Guerre mondiale. Une fois la colonisation achevée, le gouvernement des États-Unis espère pouvoir y poursuivre librement son expansion. Ce qui justifie les affrontements qui l'opposent avec les « puissances possessionnées », et surtout le gouvernement de De Gaulle. Cf. chapitre II.

indépendants[221], dont les décolonisations prises dans l'engrenage de la Guerre froide, favorisent l'éclosion de la tendance « tiers-mondiste »[222], ou mieux, du mouvement des « non-alignés ».

Les tensions internationales de l'époque s'accentuent aussi avec le retour de la Chine à l'OMS, quatorze années plus tard, (c'est-à-dire en 1971), alors même qu'un conflit l'oppose depuis 1964, à son voisin soviétique. C'est dans ce contexte international de « bipolarité/multipolarité » qu'est convoquée à Alma-Ata en 1978, la conférence du même nom sur les *Primary Health Care*/Soins de Santé Primaires (PHC/SSP). Cette conférence sanitaire internationale débouche sur la formulation de la politique des SSP : pilier des politiques sanitaires internationales depuis lors en vigueur dans l'ensemble des pays du « Tiers-monde », et, en particulier, en Afrique centrale. Le constat de l'échec de cette politique, dans la plupart des pays du continent, et les conséquences de la crise des années 1980 sur le secteur de la santé, ouvrent la voie à l'adoption par les ministres de la santé du continent africain, de l'Initiative de Bamako (IB) supposée la renforcer.

Si les études récentes soulignent l'importance de l'*International Conference on Primary Health Care* (ICPHC), dans les politiques sanitaires actuelles[223], le rôle de la Guerre froide dans ce processus demeure encore un sujet marginal dans l'historiographie. Il en est de même de l'influence des réseaux d'acteurs occidentaux, soviétiques, régionaux et nationaux, constitués ou non au sein de l'OMS, qui ont historiquement déterminé les conclusions et recommandations de la conférence de 1978 sur les SSP et de l'IB adoptée dans la capitale malienne, environ dix années après. Le présent chapitre entend ouvrir cette page capitale et peu connue de l'histoire des politiques sanitaires internationales. Il insiste, de ce fait, sur l'influence exercée dans le processus de formulation de ces politiques, par ces différents réseaux d'acteurs, et leurs interactions et interconnexions sur l'arène que constitue l'OMS.

Il est question, pour nous, en croisant les sources internationales, européennes et africaines dans une approche transnationale, d'aborder la question de la fabrique des politiques sanitaires internationales, prise dans la tourmente des enjeux des colonisations, des décolonisations, des nationalismes et des internationalismes occidentaux et soviétiques

---

[221] On passe en effet de 8 États africains siégeant à l'Assemblée de l'OMS à 26 en 1965.
[222] C. Liauzu, *L'Enjeu tiers-mondiste : débats et combats*, Paris, L'Harmattan, 1987.
[223] V. Navarro, « A critique of the ideological and political positions of the Willy Brandt report and the WHO Alma Ata declaration », in *Social Science & Medicine*, Vol. 18, n°6, 1984, pp. 467-474 ; J. J. Hall, R. Taylor, « Health for all beyond 2000: the demise of the Alma-Ata Declaration and primary health care in developing countries », in *Medical Journal of Australia*, n°178, 2003, pp. 17-20 ; J. Walley et *al*., « Primary Health Care: Making Alma-Ata a realty », in *The Lancet*, Vol. 372, n° 9642, 2008, pp. 1001-1007 ; J. E. Lawn et *al*., « Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise », in *The Lancet*, Vol. 372, n°9642, 2008, pp. 917-927 ; etc.

triomphants. Nous entendons ainsi mener – à partir d'une observation empirique – une analyse classique des milieux et des réseaux transnationaux qui contribuent à alimenter et à construire ces politiques internationales de santé. C'est ainsi qu'il nous a semblé tout d'abord nécessaire d'identifier et de faire la lumière sur les principales politiques sanitaires mises en œuvre en Afrique, vers la fin des années 1970 : les SSP et de l'IB (I). Ces deux instruments représentent ainsi autant de ressources mobilisées par des acteurs et des groupes constitués d'acteurs (réseaux), qui, en interaction avec les responsables de l'OMS et les autorités politiques étatiques, parviennent à les faire aboutir sur la scène internationale et à les faire admettre par une grande majorité comme politique de santé à prétention "universelle" (II).

I. La fabrique des politiques internationales de développement sanitaire : les soins de santé primaires (SSP) et l'Initiative de Bamako (IB)

Pour comprendre et analyser les politiques de développement sanitaires en Afrique depuis la fin des années 1970, il est nécessaire de se pencher aussi bien sur la politique des Soins de Santé Primaires (SSP) que sur l'Initiative de Bamako (IB). Si la première mesure vise à donner à toutes les couches de la population - « sans exception » - l'accès aux soins de santé où qu'ils se trouvent et quel que soit leur niveau de vie, la seconde, pour sa part, a pour objectif d'accélérer l'accès des populations africaines aux SSP. Dans les discours, ces deux mesures ont pour objectif de "suppléer" progressivement celles défaillantes, ou encore, de remplacer les politiques verticales mises en œuvre par les administrations coloniales et les institutions sanitaires internationales dans l'entre-deux-guerres et au lendemain de la Seconde Guerre mondiale. Cette section de notre chapitre a pour ambition de faire la lumière sur chacune de ces normes sanitaires internationales, constitutives de *Soft power*, au sens où l'entendent R. Keohane et J. Nye [224]. Ainsi, après une précision théorique sur le processus de fabrique des politiques de développement sanitaires mises en œuvre en Afrique centrale (1), nous insistons, par la suite, sur la spécificité de celle élaborée à Alma-Ata, en 1978, et à Bamako, en 1987, et du cadre dans lequel elles émergent (2).

[224] R. O. Keohane, J. S. Nye, *Power and interdependance*.

1. De la lumière sur les politiques de développement sanitaire en Afrique centrale

Après une mise au point théorique sur le processus d'élaboration et de formulation des politiques internationales de santé, cette section insiste, d'une part, sur le contexte de la conférence sanitaire internationale d'Alma-Ata, et, d'autre part, sur les enjeux de cette rencontre sanitaire historique.

1.1. Vers l'élaboration d'un cadre théorique de formulation des politiques internationales de santé

Dans leur étude menée dans le cadre du « *Policy Project* » financé par l'USAID, J. Stover et A. Johnston analysent la question de l'art de la formulation des politiques en matière de santé, et notamment celles liées à la lutte contre le VIH/SIDA en Afrique[225]. Dans la première section de leur travail, les auteurs tentent de décrire le processus général de la conception des politiques, comme l'abordent, par ailleurs, de nombreux travaux[226]. Plusieurs cadres théoriques décrivent, par exemple, ce mécanisme : le premier, celui de H. Lasswell[227], s'intéresse aux différents stades qui interviennent dans ce procédé. Ce travail majeur de Lasswell inspire plus tard G. M. Meier, qui, pour sa part, insiste surtout sur les forces qui influencent les décideurs[228]. Il conçoit pour cela, un modèle linéaire du processus de formulation de politiques comprenant cinq grandes étapes : la prévision et la prescription, le décideur, le choix politique, son

---

[225] J. Stover, A. Johnston, « L'art de la formulation des politiques : Expérience de l'Afrique concernant l'élaboration des politiques nationales de lutte contre le VIH/SIDA », *Policy Project* (USAID), Washinton D.C. : The Futures Group International, août 1999, [en ligne], consulté le 20 août 2016. URL : http://www.policyproject.com/pubs/occasional/op-03fr.pdf

Le document a été mis au point à l'issue de l'atelier tenu à Genève le 27 juin 1998 et entièrement financé par l'USAID, à la veille de la 12e Conférence mondiale sur le SIDA. L'atelier de Genève portait sur « l'art de la formulation des politiques : Expériences africaines ». Il avait réuni outre les représentants des programmes nationaux de lutte contre le SIDA, les universitaires, les organismes de recherche, les ONG et les représentants de neuf pays africains essentiellement anglophones. Ce travail nous semble donc assez riche pour comprendre de manière générale, comment sont formulées les politiques sanitaires destinées aux pays de l'Afrique, aussi bien aux niveaux national qu'international.

[226] K. Davis, « Research and Policy Formulation » in *Health Policy*, n°7, 1987, pp. 295-296 ; G. M. Meier, *Politics and Policy Making in Developing Countries: Perspectives on the New Political Economy*, San Francisco : International Center for Economic Growth Press, 1991 ; D. J. Webber, « Distribution and Use of Policy Knowledge in the Policy Process. » in *Knowledge and Policy*, Vol. 4, n°4, 1992, pp. 6-35 ; G. Walt, L. Gilson, « Reforming the Health Sector in Developing Countries : The Central Role of Policy Analysis », in *Health Policy and Planning*, Vol. 9, n°4, 1994, pp. 353-370 ; R. W. Porter, *Knowledge Utilization and the Process of Policy Formulation : Toward a Frameword for Africa*, Washington, D.C., Academy for International Development, 1995 ; etc.

[227] H. Lasswell, « The Policy Orientation », in D. Lerner et H. Lasswell (éds), *The Policy Sciences*, Stanford, Stanford University Press, 1951, pp. 3-15.

[228] G. M. Meier, *Politics and Policy Making*, p. 261-272. Voir aussi J. Stover et A. Johnston, « L'art de la formulation », p. 2.

application, et ses résultats. Le rôle du décideur ici apparaît alors comme central, car c'est lui qui, en formulant la politique, obéit à divers groupes d'intérêts qui cherchent à influencer sa décision. Les réserves formulées vis-à-vis du cadre linéaire conçu par Meier est que, dans la réalité, le processus ne se déroule rarement que comme il a été prévu[229]. De plus, il lui manque une étape (l'évaluation), de même qu'il ignore l'influence des groupes d'intérêts dans les diverses autres étapes, notamment pendant l'application[230].

Les insuffisances ainsi relevées amènent M. S. Grindle et J. W. Thomas[231] à élaborer un cadre totalement différent, qui intègre deux caractéristiques : l'« ordre du jour » qui indique qu'un thème particulier est envisagé aux fins d'inclusion et le « pas à l'ordre du jour », qui montre que le processus pourrait tomber en panne et ne jamais donner lieu à l'application. Le cadre construit plus tard par R. W. Porter à la suite des travaux de J. W. Kingdon[232], implique trois composantes tout à fait différentes évoluant de manière quasi indépendante : identification et description des problèmes, proposition des solutions pour les traiter ou ne pas les traiter, et ouvertures politiques pour y parvenir[233]. Ce cadre construit par R. W. Porter met en perspective une interaction entre les problèmes et leurs solutions et la nécessité de porter à l'attention des décideurs, la question, afin de lui faire conserver un caractère actuel. Ce rôle alors souvent porté par le défenseur de la cause (membre de l'élite politique), émerge quand se fait une « ouverture politique »[234]. Comme intervenants ou défenseurs de la cause, G. Walt et L. Gilson identifient cinq catégories : les technocrates (universitaires, experts, et professionnels de santé), les bureaucrates (acteurs institutionnels et institutions étatiques et inter-étatiques), les groupes d'intérêt (communautés affectées, les groupes religieux, etc.), les politiciens (décideurs) et les bailleurs de fonds (pourvoyeurs de fonds et d'assistance technique)[235].

Au-delà des différences qui peuvent être observées dans leurs approches, les outils que mobilisent ces auteurs, et les résultats auxquels ils parviennent, on peut tout de même conclure de manière générale que les précédents historiques, les structures institutionnelles, la culture et le caractère ponctuel du problème à résoudre influencent grandement la formulation des politiques sanitaires orientées vers les États pris individuellement, ou vers des groupes d'États

---

[229] J. Stover et A. Johnston, « L'art de la formulation », p. 3.
[230] *Ibid*.
[231] M. S. Grindle, J. W. Thomas, *Public Choices and Policy Change: The Political Economy of Reform in Developing Countries*, Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 1991.
[232] R. W. Porter, *Knowledge Utilization*, p. 3. ; J. W. Kingdon, *Agendas, Alternatives, and Public Policies*, Ann. Arbor, University of Michigan, 1984.
[233] Voir J. Stover et A. Johnston, « L'art de la formulation », p. 3.
[234] *Ibid*.
[235] G. Walt, L. Gilson, « Reforming the Health Sector », p. 354-355.

(régionaux ou sous-régionaux notamment.)[236]. C'est à la lumière de cette conclusion qu'il convient d'expliquer et de comprendre le processus de la fabrique des politiques sanitaires internationales mises en œuvre en Afrique centrale depuis la fin des années 1970.

1.2. Re-visiter la rencontre d'Alma-Ata de 1978 : jeux et enjeux d'une conférence sanitaire internationale

1.2.1. Contexte historique de la conférence internationale sur les SSP

Les années 1970 apparaissent, à plusieurs égards, comme la période la plus passionnante et la plus riche de toute l'histoire de l'OMS[237]. Ce moment est d'autant plus important qu'il s'insère dans le contexte mondial de compétition entre blocs antagonistes (Ouest/Est) ou Guerre froide, notamment marqué par la révolution nucléaire, spatiale et technologique ; des décolonisations en Asie et en Afrique ; de la montée en puissance du « Tiers-Monde » et des « Tiers-mondes » (non alignés) ; de médiatisation des relations internationales dans un monde de plus en plus interdépendant et informatisé. Il s'inscrit aussi dans l'atmosphère du conflit sino-soviétique de la même période[238]. Ce moment est surtout marqué par la remontée en puissance de l'URSS, aussi bien en Europe que dans les États du monde où il convient d'étendre l'influence soviétique. Ceci fait de l'histoire des SSP un évènement complexe, et loin d'être simple à raconter, puisqu'elle implique aussi bien les gens et leurs idéologies dans la politique et la santé, que les questions toujours actuelles sur la meilleure façon d'améliorer la santé des communautés et en particulier, celles jugées à tort ou à raison, comme étant les plus nécessiteuses[239].

L'analyse historique des phénomènes internationaux de cette période - qu'ils soient économiques, politiques, sociaux ou tout simplement culturels - exige théoriquement, que l'on opte pour une approche néo-réaliste de relations internationales[240]. Dans cette perspective, les

---

[236] J. Stover et A. Johnston, « L'art de la formulation », p. 4.
[237] Entretien avec Socrates Litsios, Baulmes + Skype, les 15/01/2017 et 18/01/2017. Voir aussi S. Litsios, « The long and difficult road to Alma-Ata : a personal reflection », in *Int. J. Health Serv.*, Vol. 32, n°4, 2002, 709-732.
[238] Voir Chi-Hsi Hu, « L'impact de la révolution culturelle sur le conflit sino-soviétique », in *Revue française de science politique*, Vol. 21, n°4, août 1971, pp. 790-816.
[239] S. Litsios, « The long and Difficult Road », p. 710.
[240] Dans la lignée de Hans Morgenthau, Stanley Hoffmann, Kenneth Waltz, Raymond Aaron, ou Henry Kissinger. Le lecteur peut ainsi utilement se référer à leurs ouvrages devenus classiques : H. J. Morgenthau, *Politics Among Nations. The Struggle for Power and Peace*, New York, Knopf, 1954 ; S. Hoffmann, *Organisations internationales et pouvoirs politiques des États*, Paris A. Colin, 1954 ; K. Waltz, *Man, the State, and War : A Theorical Analysis*, New York, Columbia University Press, 1959 ; R. Aaron, *Paix et guerre entre les nations*, Paris, Calman-Lévy, 1962 ; H. Kissinger, *A World Restored: Metternich, Castlereagh and the Problems of Peace*, Boston, Mass, 1973.

tensions internationales des années 1970 apparaissent alors comme une « affaire d'États », qui ne concerne pas forcément les OI (même si elles sont employées comme arènes), et qui ne s'expliquent pas non plus par des facteurs infra ou supranationaux. Il s'agit surtout, des relations entre puissances qui se fondent sur le rapport de force et la primauté des États.

Si cette approche reste valable, pour l'analyse et la compréhension de certains phénomènes internationaux, elle semble de plus en plus reléguée aux calendes grecques par la nouvelle historiographie. Sans vouloir opposer ces différentes approches, notre analyse évolue progressivement de la mise en évidence des États comme acteurs historiques majeurs, vers la mise en perspective du rôle des acteurs individuels et des groupes qui, en travaillant à faire valoir les intérêts nationaux, constituent parfois un obstacle à l'éclosion des logiques globales. C'est ainsi que nous analysons les rapports internationaux autour de la conférence d'Alma-Ata, qui débouche, en 1978, sur la politique sanitaire internationale du même nom, et sa mise en œuvre à divers niveaux : régional, sous régional, national et local. Il est en effet question, pour nous, en mettant de côté les conflits idéologiques, d'accorder plus d'attention à l'opposition des différents systèmes. Vu dans ce sens, il apparaît impérieux de s'intéresser au contexte historique de la conférence d'Alma-Ata, aux enjeux de cette conférence, et au rôle joué par les différentes puissances en conflit dans la préparation de cet important événement.

1.2.1.1. Le conflit entre les deux « supergrands »

Analyser la Guerre froide comme période historique revient à la percevoir comme une rivalité entre deux superpuissances nucléaires menaçant de détruire le monde[241]. Une rivalité inscrite dans un cadre où de nouveaux rapports entre impérialisme et nationalisme, évoluent de manière remarquablement parallèle[242]. À cette veille de la conférence internationale sur les SSP en effet, l'éventualité d'un conflit ouvert est d'autant plus envisageable que la crise de Cuba des années 1960[243] n'a pas encore cessé de hanter les esprits. En outre, l'Union soviétique n'a pas encore fini de digérer l'occasion manquée d'abriter, à Moscou, les Jeux Olympiques (J.O.)

[241] P. Duara, « The Cold War », p. 457.
[242] *Ibid*.
[243] Survenue du 14 au 28 octobre 1962, la crise de Cuba est une suite d'évènements ayant opposé soviétiques et étatsuniens, au sujet des missiles nucléaires pointés sur les États-Unis à partir de l'Ile de Cuba (Cuba étant devenu socialiste en juillet 1960). L'incident a conduit de justesse les deux blocs au bord d'un conflit nucléaire. Le retrait de l'Union soviétique ne fut obtenu qu'à la suite d'une concession publique et de deux promesses confidentielles accordées par l'administration Kennedy à Nikita Khrouchtchev. Washington renonce par ailleurs à envahir Cuba comme il l'avait prévu. La résolution de cette crise marque le début de la « Détente ».

de l'été 1976[244]. Face à ces tensions aux multiples facettes, le désir de Moscou de conquérir le monde occidental, dans cette seconde moitié des années 1970, va grandissant. En effet, avec les concessions tactiques passées par l'URSS dans le cadre de la "Détente" (entre 1963 et 1970), le bloc Est connaît un « essoufflement ». Certains parlent même du « déclin d'un leader », pour caractériser la situation dans laquelle se trouve le bloc soviétique.

Toutefois, l'URSS se sentant prête à faire de nouveau face aux États-Unis, relance ses offensives, dès 1977. Elle déploie notamment en Europe, des missiles SS-20[245], en tentant d'affirmer sa domination sur le continent. Installés en Russie d'Europe, puis en Russie d'Asie, et équipés de trois ogives nucléaires chacun, ces missiles de portée intermédiaire (5000 Km) laissent entendre que l'Union soviétique n'exclue pas la possibilité d'un affrontement atomique qui aurait pour théâtre l'Europe occidentale. Pensant à déployer lui aussi des missiles porteurs de bombe à neutrons en Europe occidentale dans le but de contrebalancer les SS-20 soviétiques, le président Jimmy Carter décide plutôt d'en interrompre la production, en avril 1978. Ce qui laisse entière la question des missiles soviétiques, confirmant l'état d'esprit « défaitiste » dans lequel se trouve les États-Unis en cette fin des années 1970. Les négociations engagées du 4 octobre 1977 au 9 mars 1978 à Belgrade, capitale de la Yougoslavie (seul pays « non-aligné » d'Europe), ne débouchent sur aucun consensus, sinon sur un texte d'importance secondaire. C'est dans ce contexte international que s'ouvre quelques mois plus tard, du 6 au 12 septembre 1978, la conférence d'Alma-Ata sur les SSP.

S'il est évident que l'émergence des SSP n'est pas réductible à la concurrence armée entre Moscou et Washington, il reste aussi pertinent que ces événements ont d'une manière ou d'une autre eu une incidence sur les conclusions de la rencontre sanitaire internationale tenue à Alma Ata en 1978. Il n'est, par exemple, pas exclu que l'arrivée surprise et inopinée du sénateur américain Edward M. Kennedy à cette conférence ait un lien avec l'ensemble de ces évènements. Le commentaire que fait le DG/OMS le Dr. Mahler, quelques années plus tard, pour caractériser l'ambiance régnant à Alma-Ata, lors de cette rencontre internationale permet

[244] C'est finalement le Canada allié au bloc occidental, qui est désigné pour abriter à Montréal, ces J.O. d'été 1976. Montréal est choisie au détriment de Moscou lors de l'élection du Comité International Olympique, qui dans sa 69e session tenue à Amsterdam le 12 mai 1970, élit Moscou à 28 voix contre 25 pour Montréal, et 17 voix pour Los Angeles au 1er tour. Au second tour par contre, le soutien des Occidentaux à la candidature canadienne fait absolument basculer l'issue de l'élection : Montréal obtient 42 voix, contre 28 pour Moscou, et 0 voix pour Los Angeles.

[245] En remplacement des missiles SS-4 et SS-5, plus anciens.

en tout cas de s'y avancer, quoique prudemment : « *There was an overwhelming feeling that "we must arrive at a consensus*" »[246].

1.2.1.2. Les décolonisations et l'émergence du(es) « Tiers-monde(s) »

La fin de la Seconde Guerre mondiale et la disparition des idéologies ultranationalistes du fascisme, du nazisme et du racisme suppose le début de la fin des impérialismes. Une idée que ne partagent pas entièrement les puissances possessionnées européennes, qui n'éprouvent que trop de difficultés à se défaire de leurs colonies d'Asie, d'Asie du Sud-Est et d'Afrique. Les empires d'Europe affrontent ainsi "l'anticolonialisme" déclaré (impérialisme mi-voilé) des États-Unis et de l'URSS au sein des OI surtout. Toutefois, au début des années 1960, très peu d'européens croient à la nécessité de préserver leurs colonies comme tentent de le démonter W. R. Louis et R. Robinson[247], pour le cas de l'empire britannique. Les auteurs soutiennent en effet qu'à partir de 1957, il devient urgent, pour le Gouvernement de Macmillan de passer du contrôle colonial à l'empire informel, dans lequel sont concédées des indépendances garantissant les intérêts économiques et stratégiques de la Grande Bretagne. Une attitude qui donne l'avantage au *Foreign Office*, d'assurer, dans la plupart de ses possessions africaines surtout, des décolonisations plus ou moins pacifiques.

Si cette idée n'est valable que pour certains territoires de l'empire britannique (l'exemple du Kenya confirmant l'exception), le cas des guerres d'indépendance en Algérie, en Indochine ou au Cameroun permet de nuancer le propos. Quoique des relents de nationalisme s'observent, dès les premiers contacts des Européens avec les populations locales[248], c'est en effet bien avant 1914 en Europe que commencent à se lever des voix, surtout au sein des milieux socialistes anglais et français, pour combattre la colonisation. Ces milieux socialistes occidentaux contribuent, dans plusieurs colonies, à la formation d'une élite politique locale responsable de la montée des mouvements nationalistes de l'après Seconde Guerre mondiale dans les territoires dominés. Les interventions, dans ce sens de Jacquot, Gaston Donat, Etienne Lalaurie et de Maurice Soulier au Cameroun français peuvent être cités comme exemple.

---

[246] Voir aussi F. Fleck, « Consensus during the Cold War: back to Alma-Ata », in *Bulletin of World Health Organization*, October 2008, pp. 745-746.
[247] W. R. Louis, R. Robinson, « Empire Preserv'd: How the Americans put Anti-Communism before Anti-Imperialism », in P. Duara (ed.), *Decolonization: Perspectives from Now and Then*, London, Routledge, 2004, pp. 155-161.
[248] Voir D. Abwa, *Cameroun*, p. 55.

À côté de ces soutiens capitaux, l'asiatisme, l'islamisme, l'africanisme et le panafricanisme se dressent ainsi peu à peu contre la domination coloniale, avant d'en avoir finalement raison. Sans vouloir refaire toute l'histoire des décolonisations, il a semblé nécessaire de faire cette mise au point, dans l'optique d'analyser leur rapport à la Guerre froide. Notons, dès lors, qu'en répondant à l'idéal d'autodétermination nationale et de l'ordre mondial de l'après-guerre prôné en théorie par les Nations Unies, les décolonisations vont être profondément déterminées par les deux superpuissances et les rivalités qui les opposent[249]. Ces nouveaux impérialistes promeuvent ainsi le mouvement "anti-impérialiste", dans les colonies et au sein des OI, pour régler les problèmes posés par la concurrence économique auxquels ils sont confrontés, d'une part, entre eux et d'autre part, avec les empires coloniaux d'Europe (cf. Chap. II).

L'importance du conflit Ouest/Est cache bien un "troisième monde", qui pour Alfred Sauvy, représente sinon le plus important, du moins « le premier dans la chronologie »[250]. L'affrontement entre ces deux blocs antagonistes vise l'alliance de ce « troisième monde », ou mieux, sa conquête. De l'avis de Sauvy, cette nécessité, pour les deux « Grands » de conquérir le « Tiers-monde » est, à bien des égards, responsable des « troubles de coexistence »[251]. Si, pour le Gouvernement des Etats-Unis, la logique est celle du *statu quo* d'abord traduite par la théorie du *containment*, puis celle de l'immobilisme[252], les autorités de Moscou, pour leur part, rêvent d'un monde qui transiterait peu-à-peu dans le camp socialiste, adoptant par-là, le système socio-économique et politique du « Grand Frère », comme l'avaient déjà fait, par ailleurs, les pays de l'Europe de l'Est. Seulement, si, dans le « Tiers-monde », de nombreux pays nouvellement indépendants se déclarent favorables au maintien des relations privilégiées avec l'ancien colonisateur, d'autres, par contre, choisissent officiellement la voie de "l'autarcie" économique et du socialisme. Dans les faits, il est difficile, voire impossible d'identifier des États qui ont suivi une voie unique. Ces pays devenus, pour la plupart opportunistes[253], jouent sur les antagonismes pour tirer le meilleur parti des avantages que pourraient offrir l'un et

[249] P. Duara, « The Cold », p. 459.
[250] A. Sauvy, « Trois mondes, une planète », in *L'Observateur*, 14 août 1952, n°118, p. 14.
[251] *Ibid*.
[252] Caché par le volontarisme des déclarations de la nouvelle administration.
[253] L'opportunisme est un terme qui désigne une ligne de conduite politique déterminant l'action à mener à partir des circonstances seules, sans principe établi. Dans sa forme extrême le mot renvoie à l'aptitude de l'acteur politique à saisir toutes les occasions avantageuses pour lui. Voir « Opportunisme », [en ligne], consulté le 20 août 2016. URL : http://www.wikiberal.org/wiki/Opportunisme

l'autre partenaires. C'est ainsi que nombre d'entre eux disent ne vouloir s'intégrer à aucun des deux blocs, clamant ainsi leur "non-alignement".

Le mouvement des "non-alignés" est mis en place en 1955 à Bandoeng par 29 pays au total, dont l'Inde, la Chine, l'Indonésie, et la Yougoslavie. Dans la majorité des pays nouvellement indépendants d'Asie et d'Afrique surtout, le « non-alignement » devient une stratégie des leaders politiques, pour accroître et multiplier les soutiens extérieurs. Convaincus de la difficulté qu'il y aurait à développer avec succès leur économie sans leurs propres cadres nationaux, ces leaders font de la formation des spécialistes nationaux l'outil essentiel de leur politique internationale. Ces formations se font aussi bien en Occident (Europe et États-Unis), en URRS et dans les autres pays d'Europe de l'Est qu'en Chine ou à Cuba, dans la plupart des domaines techniques et notamment de la santé. En URSS par exemple, on compte à plus de 3850 le nombre d'étudiants et stagiaires venus d'Afrique centrale, en 1980 seulement. Cet extrait du tableau de Katsakioris donne un aperçu du nombre de cadres nationaux venus de la sous-région méso africaine, et qui sont formés en URRS dans divers domaines, entre 1960 et 1980[254].

Tableau 3 : Cadres nationaux d'Afrique centrale formés en URSS entre 1960 et 1980[255]

Année académique	Cadres venus d'Afrique centrale
1950 – 1960	16
1960 – 1961	45
1961 – 1962	137
1962 – 1963	/
1963 – 1964	200
1964 – 1965	282
1965 – 1966	/
1966 – 1967	578
1967 – 1968	698
1968 – 1969	770
1969 – 1970	817
1970 – 1971	772

[254] C. Katsakioris, « Transferts Est-Sud. Echanges éducatifs et formation des cadres africains en Union soviétique pendant les années soixante », in *Outre-mers*, Vol. 94, n°354, « L'URSS et le Sud », 2007, pp. 83-106.
[255] Pour l'auteur, les pays de la catégorie 4 (Afrique centrale) sont constitués du Cameroun, de la République populaire du Congo, du Zaïre, de la Zambie, de la RCA, du Gabon, du Rwanda, du Burundi, du Malawi, de la Guinée équatoriale, et du Sao Tomé et Principe.

1971 – 1972	/
1972 – 1973	1185
1973 – 1974	1293
1974 – 1975	1241
1975 – 1976	1660
1976 – 1977	2103
1977 – 1978	2705
1978 – 1979	3203
1979 – 1980	3855

Source : Extrait du tableau de répartition géographique des étudiants africains en URSS de 1960 à 1980, in C. Katsakioris, « Transferts Est-Sud », p. 91[256].

Même si la Zambie et le Malawi ne sont généralement pas considérés comme faisant partie de l'Afrique centrale, ce tableau vient attester du fait que c'est l'ensemble des États de la sous-région (du moins, tous ceux auxquels s'intéresse notre étude) qui engagent des rapports de coopération avec d'autres partenaires que leurs ex-colons, dont l'Union soviétique. Rappelons, avec Katsakioris, que Nikita Krouchtchev, faisant confiance à la croissance économique et en la suprématie scientifique de l'URSS assurées par son modèle socialiste, fait de l'aide soviétique à la formation des cadres nationaux afro-asiatiques, un instrument inséparable des visées de la politique extérieure de son pays[257]. Son but est de défier les relations « Nord-Sud » orientées dans ce sens.

Outre la formation à l'étranger des cadres nationaux, les leaders politiques africains signent de nombreux autres accords qui débouchent, soit sur un soutien financier ponctuel, soit alors sur l'envoi sur place des coopérants. C'est par exemple vers 1975 que les autorités camerounaises accueillent la première mission de coopération médicale chinoise. Entre 1970 et 1979, le Gouvernement cubain, soutenu par l'URSS, développe également un programme de coopération médicale particulièrement marqué en Afrique subsaharienne. Elle débouche en République du Congo par exemple, à la construction du grand hôpital « Blanche Gomèz », débaptisé « Centre hospitalier Mère et Enfant ». Une structure tombée en désuétude, quelques années seulement après son inauguration.

[256] Voir aussi à ce sujet J. Dülffer, M. Frey (eds), *Elites and Decolonization in the Twentieth Century*, Palgrave Macmillan, 2011.
[257] C. Katsakioris, « Transferts Est-Sud », p. 90-91.

Ces partenariats occasionnels ou stratégiques avec les pays socialistes surtout, revêtent une importance particulière, tant pour les États que pour la jeunesse africaine[258]. Ils trahissent, par la même occasion, la dimension instrumentale des leaders africains, défendue par le néo-institutionnalisme du choix rationnel, validant ainsi l'hypothèse des options développementalistes suivies par ces responsables politiques et les effets qu'elles produisent, non comme dictées par un pouvoir néo-impérial, mais comme le produit d'un « ordre négocié »[259]. Avec les décolonisations et la naissance du mouvement des « non-alignés », le conflit entre les deux « superpuissances » favorise l'éclosion des forces « contre-hégémoniques » dans les sociétés non occidentales, et notamment, dans les territoires nouvellement indépendants, dans les États islamiques et en Chine.

1.2.1.3. Le conflit sino-soviétique

Le schisme entre Moscou et Pékin, durant la Guerre froide (encore appelé lutte fratricide au sein du communisme mondial), est né des « contradictions antagonistes » à l'intérieur du parti communiste chinois. Ces contradictions débordent sur le plan international, et confèrent aux rapports sino-soviétques, un caractère particulièrement violent. Dès 1967, en effet, des incidents graves, comme les heurts devant le mausolée de Lénine, entre la milice soviétique et les étudiants chinois, le siège en règle de l'ambassade de l'URSS, en Chine, et de nombreuses escarmouches frontalières poussent chinois et russes au bord de la rupture officielle. La « polémique idéologique » qui s'en suit prend la forme « d'une offensive de propagande pure et simple »[260], dont certains effets sont ressentis au niveau international, en général, et au sein de l'OMS, en particulier.

En effet, la Chine est, de toute évidence, le leader mondial dans le développement des nouvelles approches en matière de santé des populations. L'œuvre menée par les médecins chinois « aux pieds nus », est appréciée un peu partout dans le monde. Il s'agit des jeunes recrues envoyées dans les villages pour éduquer les populations et leur offrir des traitements de base. Leur nombre ne cesse d'augmenter de manière spectaculaire en Chine, entre la fin des années 1950, et le début en 1964, de la révolution culturelle. Ils constituent, de ce fait, un groupe

---

[258] *Ibid*., p. 86.
[259] J.-P. Olivier de Sardan, « Les trois approches en anthropologie du développement », in *Revue Tiers Monde*, Vol. 42, n°168, « Anthropologie du développement, fiscalité, géographie industrielle, éducation », 2001, pp. 729-754.
[260] Voir Chi-Hsi Hu, « L'impact de la révolution », p. 791.

diversifié d'agents de santé ruraux vivant dans la communauté qu'ils servent, insistant sur les soins ruraux plutôt que urbains, et sur le préventif plutôt que sur le curatif, en combinant par la même occasion médecine locale et médecine occidentale[261]. Une telle expansion des services médicaux ruraux, en "Chine communiste", attire de plus en plus d'attention au niveau mondial et inspire profondément le mouvement des SSP[262]. Les progrès chinois, en matière de santé, sont en effet souvent présentés dans des études internationales d'envergure. Et la Chine, pays aux ressources financières, technologiques et humaines limitées, est constamment citée comme un exemple à suivre par les pays se trouvant dans la même situation économique, c'est-à-dire, par l'ensemble des pays du « Tiers-monde ».

Cette visibilité internationale du système médico-sanitaire chinois coïncide cependant avec l'entrée le 25 octobre 1971, de la Chine à l'ONU et dans ses Institutions spécialisées (l'OMS notamment). Elle se fait aussi à un moment où l'opposition entre chinois et soviétiques devient de plus en plus vive. En effet, dès la première moitié des années 1960, Moscou se sent « acculée à la guerre » par Pékin[263]. Elle dit alors percevoir, à plusieurs niveaux (politique, économique, social et culturel), « un danger chinois accru »[264]. Ce rival est d'autant plus dangereux qu'il est aidé par les occidentaux. L'Union soviétique estime ainsi « inéluctable » un affrontement avec la Chine et dit être tentée par une « guerre préemptive » [265], qui serait orientée aussi bien contre les Chinois que ceux qui les arment, notamment les États-Unis, et les États européens, restés sourds à leurs avertissements répétés. En effet, pour promouvoir la « diplomatie triangulaire » (USA-URSS-Chine) à laquelle rêve Richard Milhow Nixon, celui-ci tente un rapprochement avec la Chine communiste dès 1970. Le trente septième président des États-Unis et son secrétaire d'État Henri Kissinger estiment qu'il n'est plus possible d'ignorer l'importante puissance que représente la Chine populaire, et qu'une tentative de reconnaissance de cet immense pays serait « salutaire ».

Nixon pense ainsi que dans le climat de défiance qui vient de s'établir entre les deux grandes puissances communistes, une alliance sino-américaine ferait reculer l'Union

---

[261] V. W. Sidel, « The Barefoot Doctors of the People's Republic of China », in *New England Journal of Medicine*, n°286, 1972, pp. 1292-1300. Voir aussi R. Sidel, V. Sidel, *Health Care and Traditionnal Medicine in China, 1800-1982*, London: Routledge and Kegan, 1982 ; M. Cueto, « The origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care », in *Amer. Journal of Public Health*, Vol. 94, n°11, « Public Health Then and Now », 2004, p. 1864-1874.
[262] F. Fleck, « Consensus during the Cold World », p. 746.
[263] A. Kwiatkowska-Viatteau, « L'Union Soviétique dans les relations internationales », (compte rendu), in *Revue d'études comparatives Est-Ouest*, Vol.14, n°1, 1983, pp. 138-145.
[264] *Ibid*., p. 143.
[265] *Ibid*. La « guerre préemptive » est généralement perçue soit comme une extension au principe de « légitime défense », soit alors comme une riposte anticipée à une « catastrophe ».

soviétique. C'est ainsi qu'il se rend à Pékin du 21 au 28 février 1972. Cette visite est dénoncée par les dirigeants du Kremlin qui pensent qu'elle fait « le jeu de l'impérialisme américain et de l'expansionnisme chinois ». La visite de Nixon à Pékin pousse le Gouvernement chinois à refuser davantage et plus violemment l'hégémonie de Moscou. L'intense activité anti-soviétique qu'ils déploient amène les soviétiques à privilégier, eux aussi, le dialogue avec Washington. Ce qui conduit Nixon à Moscou, le 30 mai 1972. Ceci débouche sur la signature de plusieurs conventions, dont le plus important est l'accord SALT 1 (*Strategic Arms Limitation Talks*), signé le 26 mai. Un rapprochement qui irrite les dirigeants chinois, qui repartent à l'assaut contre Moscou et Washington, en incitant à lutter contre les deux « Grands », pour accroître leur propre autonomie de décision.

1.2.2. Les enjeux de la conférence d'Alma-Ata sur les SSP

1.2.2.1. Isoler les puissances capitalistes occidentales

C'est en effet au début des années 1950 que les autorités de l'organisation lancent la politique internationale de lutte contre le paludisme. Elle devient ainsi l'une de ses priorités. Cet engagement des responsables de l'OMS en faveur des programmes verticaux, notamment de la lutte antipaludique est largement encouragé et soutenu par le Gouvernement étatsunien et les fondations privées étatsuniennes comme la *Rockefeller Foundation*, au moment même où l'Union soviétique n'est plus membre de l'organisation, pour s'être retirée en 1949[266]. À leur retour en 1957, les soviétiques lancent sans cesse des offensives contre cette politique antipaludique, surtout à partir de 1960. Ils pensent en effet que le développement des services de santé de base doit primer sur les campagnes ciblées contre certaines maladies, et surtout les campagnes pour l'éradication du paludisme, qui, à leur avis, est devenue « impossible »[267]. La croyance en cette impossibilité d'éradiquer le paludisme conduit les délégués soviétiques à l'OMS, à prendre position pour l'abandon de l'objectif d'éradication du paludisme[268]. Il s'agit, en promouvant cette orientation, de faire prévaloir l'idée du développement des services de santé de base dans l'optique de faire ombrage aux options soutenues par les puissances

[266] Entretien avec Socrates Litsios. Voir aussi S. Litsios, « The long and difficult road », p. 710.
[267] Entretien avec Socrates Litsios.
[268] Dans un article récent, Socrates Litsios met en lien l'échec de ces campagnes de lutte antipaludique et la Guerre froide. Pour lui, ce conflit en particulier est responsable de l'échec des campagnes d'éradication du paludisme. Voir S. Litsios, « Malaria Control, the Cold War, and the Postwar Reorganization of International Assistance », in *Medical Anthropology*, Vol. 17/3: *Malaria & Development*, 1997, pp. 255-278.

capitalistes, et, en particulier, les États-Unis. Cette nécessité de développer les services de santé de base devient tôt, la préoccupation majeure du secrétariat de l'OMS[269].

Avec l'adoption en 1970 de la résolution WHA23.61 sur les services de santé de base, l'Union soviétique obtient d'importants avantages politiques au sein du secrétariat de l'organisation. Aucune autre résolution ne pouvait plus être adoptée en rapport avec les services de santé de base, sans une référence à cette proposition soviétique[270]. Ce succès est renforcé par l'adoption en 1975, de la requête du Dr. Dmitri Venediktov, d'organiser une conférence internationale sur les SSP (résolution WHA28. 88). Une fois obtenus ces exploits, Moscou met tout en œuvre pour abriter cette conférence sur un site soviétique, comme nous l'abordons plus loin. Il apparaît alors évident que trouver un autre lieu, pour satisfaire la demande de ceux qui s'opposent (le Dr. Mahler en premier) à la tenue de cette conférence en Union soviétique ne fera que perdre davantage de temps, et risque de provoquer une nouvelle escalade de tensions avec les soviétiques[271].

1.2.2.2. Réagir efficacement contre la montée en puissance de la Chine

Rappelons qu'en réaction à l'attitude de Washington vis-à-vis du Kremlin, Pékin lance une campagne de propagande contre les deux « Grands », en vue d'accroître comme précédemment souligné, sa propre autonomie de décision. Le message chinois trouve un écho favorable, surtout dans le « Tiers-monde », où Mao entend améliorer son image, par des actions sociales, économiques et politiques d'envergure. Si au Proche-Orient Pékin soutient le mouvement palestinien, elle appuie en Amérique latine le Chili de Salvador Allende, les revendications du Panama au sujet de la juridiction sur le Canal, et divers États latino-américains qui essayent de développer leurs ressources naturelles. En Asie, Pékin entreprend de saper le plan soviétique de sécurité collective dit « Plan Brejnev ». En Afrique, le Gouvernement de Pékin accroît son soutien qui se rapproche le plus souvent des besoins immédiats des populations, plus que ceux de la Russie. Ce qui ne cesse d'attirer certains pays du continent. Cette attirance de l'Afrique par la Chine est par exemple marquée pour le cas du

---

[269] Entretien avec Socrates Litsios. Voir aussi S. Litsios, « The Christian Medical Commission and the Development of the World Health Organization's Primary Health Care Approach », in *Amer. Journal of Public Health*, Vol. 94, n°11, « Public Health Then and Now », 2004, pp. 1884-1893. L'auteur écrit à la page 1885 : « *As it became evident that malaria eradication would not be achieved, greater priority was given to the development of basic health services* ».

[270] Entretien avec Socrates Litsios. Voir aussi S. Litsios, « The long and difficult road », p. 712.

[271] *Ibid*., p. 716.

Cameroun, par le voyage du président Ahmadou Ahidjo en Chine du 25 mars au 2 avril 1973, d'où il ramène une aide de 18 milliards de francs CFA[272]. Avec ces interventions chinoises, Pékin assume désormais ainsi le leadership au sein des pays du « Tiers-monde ». La crainte est alors vive, notamment du côté soviétique, que cette montée en puissance de son rival chinois, ne vienne infléchir notablement les relations entre divers pays, surtout si Pékin venait à soutenir « les justes revendications du tiers-monde »[273].

Aussi, l'importance grandissante des SSP promus par la Chine au sein de l'OMS ne laisse pas indifférente les délégués soviétiques à l'OMS, qui déclarent en 1974, être disposés à organiser une conférence sur la question, et faire pression pour obtenir gain de cause, alors que la Chine avait, la première, formulé l'idée d'une conférence internationale sur les SSP, comme le précise, par ailleurs, M. Cueto[274]. Cette proposition est à inscrire dans le contexte de la concurrence croissante entre partis communistes traditionnels et nouvelles organisations prochinoises qui émergent dans plusieurs pays en développement[275]. N'est-il pas dès lors permis d'établir un lien entre les progrès chinois, en matière de santé, le conflit sino-soviétique et la volonté, pour Moscou, de réagir efficacement contre « l'expansionnisme » chinois dans le « Tiers-monde », pour essayer de comprendre les mobiles qui poussent Moscou à solliciter l'organisation de la conférence internationale sur les SSP ? C'est du moins l'idée que semble défendre David A. Tejada-de-Rivero (ex-DGA/OMS et responsable de l'organisation de la conférence internationale sur les SSP), pour qui, la rivalité sino-soviétique du moment est décisive pour la conférence d'Alma-Ata. Le Dr. Venediktov lui aurait confié que la pression de Moscou pour accueillir cette conférence était due au fait qu'en tant que leader socialiste, l'URSS ne pouvait admettre une victoire, voire, une extension de la Chine dans les pays en développement[276].

---

[272] E. Jouve, « Bonnes relations avec les pays industrialisés, solidarité avec le tiers-monde », in *Le Monde diplomatique*, « Politique étrangère », août 1976, p. 25.
[273] L. Trivière, « Pékin à l'O.N.U., Taipei exclu », in *Études (France),* janvier 1972, pp. 76-77.
[274] Pour cet auteur, l'Union soviétique s'était farouchement opposée à cette idée chinoise, en soutenant une approche médicalement orientée vers les pays pauvres. Et c'est sans grande surprise que la Chine est absente lors de la conférence d'Alma-Ata, alors qu'elle avait profondément influencé le mouvement des SSP. Entretien avec Socrates Litsios. Voir aussi M. Cuetos, « The origins of Primary Health Care », p. 1866.
[275] M. Cuetos, « The origins of Primary Health Care », p. 1867.
[276] D. Tejada-de-Rivero, « Alma-Ata Revisited », in *Perspectives in Health Magazine: The Magazine of the Pan American Health Organization*, Vol. 8, n°2, 2003, pp. 1-6.

1.2.2.3. Étendre l'influence soviétique dans le « Tiers-monde »

Dès le début des années 1970, la révolution scientifique et technologique poursuivie, au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, dans les deux blocs en compétition et son internationalisation, continuent à produire des changements majeurs, dont l'une des conséquences les plus évidentes est l'accroissement des inégalités au sein de la population mondiale[277]. Cette situation d'inégalités galopantes vient opportunément souligner la nécessité de nouvelles solutions de développement contraires à celui qu'avaient jusque-là promu les pays industrialisés[278]. La modernisation n'est plus vue comme la reproduction des modèles de développement qu'avaient suivi les États-Unis et l'Europe occidentale[279]. Cette évolution dans les pensées et dans le discours justifie le choix des NU de proclamer en 1974, l'établissement d'un « nouvel ordre économique international » (NOEI), dans un contexte « offensif contre l'ordre mondial injuste et inégal » comme le souligne, par ailleurs, Driss Dadsi[280]. Le NOEI a alors pour but de rétablir l'équilibre et réduire les distances entre États "pauvres" et États "riches" car, :

> L'équité, l'égalité souveraine, l'interdépendance, l'intérêt commun et la coopération entre tous les États, indépendamment de leur système économique et social, qui corrigera les inégalités et rectifiera les injustices actuelles, permettra d'éliminer le fossé croissant entre les pays développés et les pays en voie de développement »[281].

La conférence d'Alma-Ata est animée du même esprit de justice et de réduction des inégalités sociales qui aboutit à cette déclaration de 1974 sur la création du NOEI[282]. Tous les deux soulignent une interdépendance de l'économie mondiale, en préconisant des transferts d'aide, de connaissances dans le but d'inverser la tendance marquée par l'aggravation des clivages socio-économiques et technologiques entre pays « riches » et « pauvres »[283]. Les

---

[277] *Ibid*.
[278] M. Cueto, « The origins of Primary Health Care », p. 1865.
[279] Cette croyance est par ailleurs renforcée par les interventions du Premier ministre canadien Lester B. Pearson et du Chancelier d'Allemagne de l'Ouest Willy Brandt, qui ont tous deux présidé les grandes commissions sur le développement international, en mettant un accent sur les changements socioéconomiques à long terme, plutôt que sur les interventions techniques spécifiques. Voir M. Cueto, « The origins of Primary Health Care », p. 1865.
[280] D. Dadsi, « Nouvel ordre économique international, développement et mondialisation : l'impasse d'une revendication », [en ligne], consulté le 19 décembre 2016. URL : http://www.cifedhop.org.FR/Publications/Thematique/thematique3/Dadsi.pdf
[281] AOMS/BZV, « Résolution 3201 (S.VI). Déclaration concernant l'instauration d'un nouvel ordre économique international », 1974. Document aussi disponible en ligne in URL : http://www.uno.int/united_nations_official_documents.html.
[282] AOMS/BZV, « Résolutions adoptées sur le rapport de la Commission spéciale de la sixième session extraordinaire », Assemblée générale, Sixième session extraordinaire, TDs/NIEO/79.1.
[283] AOMS/BZV, « La santé et le nouvel ordre économique international : contribution à la discussion », TDs/NIEO/79.1 ; voir aussi AOMS/BZV, « Point 12 de l'ordre du jour provisoire : La contribution de la santé au Nouvel Ordre Économique International », 13 juillet 1979, AFR/RC29/14.

décolonisations de la plus grande partie des pays d'Asie et d'Afrique offre en effet des possibilités nouvelles et soulèvent, par la même occasion, de nouveaux défis pour une politique internationale de l'Union soviétique. Si l'objectif est de détacher ces pays de la tutelle des pays capitalistes occidentaux, responsables de ces clivages, Moscou entend aussi les rattacher à la sphère d'influence du bloc soviétique, par l'exportation des modèles socialistes dans les États postcoloniaux.

Sur le plan politique, économique, social et culturel, il convient de leur faire admettre les paradigmes liés à l'idéologie marxiste-léniniste ou du moins, au « socialisme scientifique », unique condition pour les États postcoloniaux d'adopter la voie du développement socialiste. De ce point de vue, l'idée d'équité et de justice sociale correspond dans son fondement et à bien des égards, à cet idéal socialiste de développement économique et social. Que ces notions soient reprises dans le rapport final issu de la rencontre d'Alma-Ata n'est donc pas surprenant. L'Union soviétique qui a tout mis en œuvre pour l'organisation de cette rencontre sanitaire internationale espère sans doute pouvoir y tirer le plus grand tribut. Elle voit dans cette ouverture le moyen d'assurer à long terme, la prédominance du socialisme dans le « Tiers-monde », condition *sine qua non* de la coexistence pacifique avec l'Occident[284]. Pour Fiona Fleck, l'organisation par l'Union soviétique de cette rencontre sanitaire internationale constituait une occasion rêvée, pour « *showcase its socialist achievements in providing health for all and to promote the benefits of its centralized state-run health service in the hope that this system would, in turn, be adopted and rolled out across the developing countries* »[285].

La ICPHC apparaît, dès lors, comme un forum où doit être démontré au « Tiers-monde » ce que l'adoption du socialisme peut permettre d'accomplir en matière de santé. Des résultats que d'autres systèmes politiques, jusque-là, n'ont pu obtenir[286]. Cette volonté de démonstration avait pour but de jouer sur les croyances et les représentations des délégués venus à Alma-Ata, en exposant à leurs yeux, l'étendue des réalisations des soviétiques en matières de développement des services de santé de base. On peut conclure qu'il s'agit d'un enjeu idéologique de « séduction » pour les États du « Tiers-monde » surtout, prenant part à la conférence. Pour atteindre cet objectif, le Dr. Vendiktov a tôt formulé le vœu de transporter par

---

Les questions relatives à la santé dans ses rapports avec le NOEI sont en effet discutées à la 29e session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, tenu à Maputo du 19 au 26 septembre de la même année.

[284] R. Bosc, « L'URSS face aux revendications du tiers monde : soutien de principe et intérêt mutuel », in *Revue française de science politique*, Vol. 26, n°4, août 1976, pp. 696-708.

[285] F. Fleck, « Consensus during the Cold War », p. 745.

[286] *Ibid*.

hélicoptère les différents délégués prenant part à la conférence, ainsi que le rapporte le Dr. V. T. Herat Gunaratne, DR/OMS pour l'Asie du Sud-Est, dans une lettre au DG/OMS, le Dr. Mahler :

> *During my recent visit to the USSR, I had a long discussion with Dr D. D. Venediktov, Deputy Minister of Health, on the subject of primary health care. I also had the opportunity of meeting him again on my return from Bulgaria on 15 June at the residence of DR Orlov (SEARO staff member). On both these occasions, Dr Venediktov told me that the USSR is making very good preparations to receive the delegates from the various countries and also to take groups by helicopter to remote village areas in order to show the primary health care work done in that country*[287].

Les autorités de l'OMS s'opposent à ce projet soviétique car à leur avis, l'ordre du jour de la rencontre ne comprenait pas ces visites[288]. Malgré cette opposition, la conférence d'Alma-Ata est clôturée par la visite de « *different areas to acquaint themselves with the activites in health institutions in the cities and region of Alma-Ata, Frunze, Karaganda, Chimkent, Tashkent, Samarkand and Bukhara* »[289]. Les participants visitèrent aussi « *feldscher and midwives'posts, rural and district hospitals, regional hospitals, emergency care services, sanitary and epidemiological stations and other institutions* », dont l'organisation et le fonctionnement avaient été exposés aux participants[290].

2. Les « *Primary Health Care* » (PHC/SSP) et l'Initiative de Bamako (IB) comme pilier des politiques internationales de santé : évolution ou révolution ?

Si les concepts de SSP et d'IB sont restés assez évocateurs, pour la mémoire collective africaine et internationale, il n'est jamais évident de savoir de manière précise à quoi renvoie chacune de ces notions. Le but de cette section est de faire la lumière autour de ces deux politiques, en montrant au passage qu'elles n'étaient pas aussi novatrices qu'elles avaient été présentées aux yeux de l'opinion publique mondiale.

---

[287] AOMS/GVA, V. T. Herat Gunaratne, « Lettre à Mahler, DG/OMS », 22 juin 1977, in WHOA/GVA, WHO-ICPHC, 1978, P21/87/5, Chemise 3.
[288] Entretien avec S. Litsios. Voir aussi S. Litsios, « The long and difficult road », p. 719.
[289] Report of the ICPHC, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978.
[290] *Ibid*.

2.1. La « stratégie » des soins de santé primaires (SSP)

2.1.1. Les origines d'un concept "nouveau"

S'il est difficile de dire avec précision si les SSP sont « une création nouvelle » ou simplement une « nouvelle approche »[291], il convient tout de même de rappeler que certains auteurs[292] font remonter l'histoire du concept des SSP en 1937, à la suite de la conférence intergouvernementale organisée par l'OHSDN à Bandoeng en Indonésie. Au cours de cette réunion tenue à la veille de la Seconde Guerre mondiale en effet, l'OHSDN conclut : « *the greatest benefit to the health of rural populations, at the smallest cost, can be obtained through some process of decentralization* »[293]. Dès la fin du conflit, l'orientation sanitaire que promeuvent les responsables de l'OMS dès sa création en 1948, est essentiellement verticale[294] et centralisée comme précédemment souligné, et s'inspire de l'œuvre réalisée par l'OHSDN depuis la fin des années 1920. Il s'agit des programmes exclusifs, qui ne s'intègrent que difficilement dans les services de santé existants, et qui ne garantissent que péniblement - sinon pas du tout - une couverture sanitaire aux membres des communautés.

À la veille des indépendances de la plupart des territoires d'Afrique en effet, l'organisation sanitaire est fondée sur les hôpitaux des villes et les dispensaires de « brousse », mais parfois aussi, des « services de Grandes endémies ». Toutefois, entre les années 1960 et 1970, les problèmes sanitaires de ces nouveaux États ne cessent de s'accroître et les structures sanitaires, héritées de la colonisation, ne permettent que partiellement de les résoudre[295]. À ceci, vient se greffer l'échec des programmes internationaux nés avec la fin de la Seconde Guerre mondiale, et qui ne cessent de renforcer les inégalités entre les peuples, tant entre les pays « développés » et « en développement » qu'à l'intérieur même de ces pays[296]. Face à le recrudescence de ces problèmes, certains responsables politiques des pays nouvellement indépendants sollicitent de l'OMS une aide pour la construction de leurs services de santé de

---

[291] G. Fournier, « Les soins de santé primaires : création nouvelle ou nouvelle approche », in *Soins Pathologie Tropicale*, n°35, 1982, pp. 3.
[292] F. Fleck, « Consensus during the Cold War », p. 745.
[293] *Ibid*, p. 745.
[294] Un programme vertical est perçu comme une activité ou un ensemble d'activités jugées prioritaires par les intervenants dans l'optique de contrôler une affection précise. Il se dote dans ce sens, d'un personnel d'un équipement et d'une structure administrative destinés essentiellement au contrôle de cette cause. Cf. A. Mills, « Vertical Versus Horizontal Health Programmes in Africa: Idealism, Pragmatism. Ressources and Efficiency », in *Social Science and Medicine*, Vol. 17, n°24, 1983, pp. 1971-1981.
[295] J.-L. Duponchel, « Bilan des soins de santé primaires », in *Méd. Trop.*, n°64, 2004, pp. 533-538.
[296] OMS, Alma-Ata 1978.

base (SSB)[297]. Ce choix est en partie dû au fait que la plupart de ces services de santé nécessitent une extension, car ceux qui existent sont inefficaces et essentiellement conçus par une élite coloniale au profit surtout des masses urbaines.

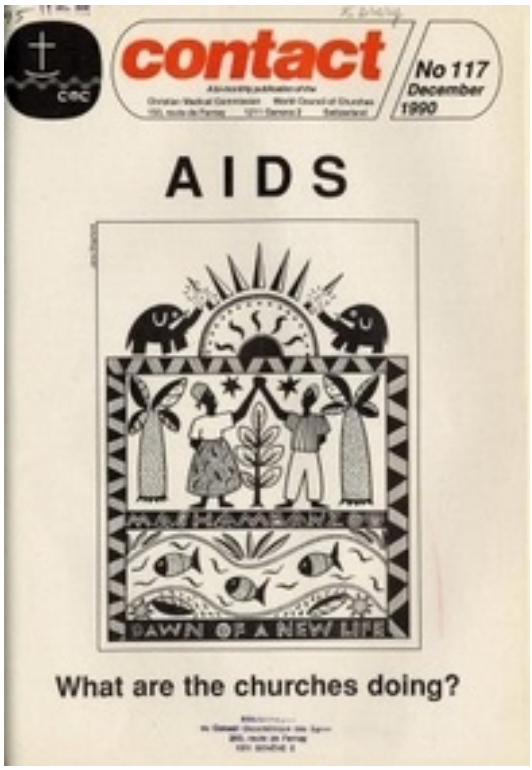
Des voix commencent à se lever pour critiquer cet état de choses et surtout pour remettre en cause ce système de santé centré sur les soins hospitaliers, qui cadre mal avec la situation socio-économique de certains États. C'est dans cette logique que J. Bryant, alors membre de *Christian Medical Commission* (CMC), œuvrant dans les pays dits en développement (PED), commet, en 1969, un ouvrage qui remet en question la prééminence du système de santé hospitalier et le manque d'orientation préventive que celui-ci présente[298]. Carl E. Taylor (membre lui aussi de la CMC) pour sa part, en sa qualité de fondateur et président du *Department of International Health* au *Johns Hopkins University*, publie un ouvrage qui présente la médecine rurale indienne, comme un modèle général qui doit être appliqué dans les pays « pauvres »[299], dans la mesure où elle diffère de l'offre des soins fournis dans les hôpitaux, et auxquels les ruraux n'ont pas toujours droit. Dans la même veine, en 1974, le « Rapport Lalonde »[300] décrie l'importance attribuée à la quantité des institutions médicales au Canada. Il propose, pour cela, quatre déterminants de la santé (la biologie, les services de santé, l'environnement et les modes de vie)[301].

C'est surtout le *Medical Nemesis* d'I. Illich qui, bien avant les travaux de T. McKeown[302], défend l'idée selon laquelle en plus d'être inutile, la médecine hospitalière est préjudiciable car, les médecins ont « exproprié » les populations de la santé[303]. Cette thèse est plus tard soutenue par de nombreux autres auteurs pour qui les systèmes de santé promus dans le monde, depuis le XIX^{e} siècle, sont devenus hyper hiérarchisés et accordent davantage de pourvoir aux travailleurs de la santé, plutôt qu'à ses bénéficiaires[304], renforçant ainsi la tendance

[297] F. Fleck, « Consensus during the Cold War », p. 745.
[298] J. H. Bryant, *Health and the Developing World*, Ithaca, NY: Cornell University Press, 1969.
[299] C. E. Taylor (ed.), *Doctors for the Villages: Study of Rural Internships in Seven Indian Medical Colleges*, New York, Asia Publishing House, 1976.
[300] Du nom du Ministre canadien de la santé qui l'avait rédigé.
[301] *Canadian Department of National Healh and Welfare, A New Perspective on the Health of Canadians/Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, Ottawa, n.p., 1974. Voir aussi M. Cueto, « The origins of Primary Health Care », p. 1864.
[302] T. McKeown, *The Role of Medicine. Dream, Mirage or Nemesis?* Second Edition, Blackwell, Oxford, 1979.
[303] I. Illich, *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*, London, Calder & Boyars, 1975. Voir aussi M. Cueto, « The origins of Primary Health Care », p. 1865.
[304] Cet hyper-pouvoir accordé aux travailleurs de la santé n'a cessé de se renforcer, et doit être appréhendé comme autant de continuités qui structurent l'histoire des soins, aussi bien en Afrique, qu'ailleurs dans le monde.

à la verticalité des soins[305]. D'où, la nécessité de rendre les soins de santé et les décisions y relatives plus accessibles aux communautés[306]. L'ensemble de ces contributions qui tendent surtout à remettre en cause le modèle occidental centralisé de l'organisation des systèmes de santé mis en œuvre dans les pays du Sud influence considérablement le mouvement des SSP. Elles seraient à l'origine du groupe nominal « soins de santé primaires », qui aurait été utilisé, pour la première fois, dans le journal « Contact »[307] que publie la CMC dès 1970.

Image 9 : « Contact », journal de la CMC, n°117, décembre 1990



Source : http://www.brill.com/world-council-churches-christian-medical-commission

[305] Voir à cet effet, M. Lalonde, *A New Perspective on the Health of Canadians*, Ottawa: Health and Welfare Canada, 1974 ; G. Marmot, M. E. McDwell, « Mortality decline and widening social inequalities », in *Lancet*, n°2, 1986, pp. 274-276 ; R. Evans, M. Barrer et T. Mamor, *Être ou ne pas être en santé. Biologie et déterminant sociaux de la maladie*, John Libbey Eurotext. Les Presses de l'Université de Montréal, 1996 ; D. Smith, J. Bryant, « Building the Infrastructure for Primary Health Care: An Overview of Vertical and Integrated Approaches », Vol. 26, n°9, 1988, pp. 909-917, etc.

[306] L'idée développée par ces militants de la cause sanitaire des communautés n'est pas nouvelle. C'est en effet en 1874 que le médecin pathologiste et homme politique allemand Rudolph Ludwig Karl Virchow, favorise la création des premiers hôpitaux communaux de Berlin, comme celui de Friedrichshain (1874), de Moabit (1875) ou la clinique Am Urban (1890). Ce faisant, cet hygiéniste convaincu entend montrer le rôle central joué par les structures sanitaires dans la détermination des résultats de la santé des communautés et du bien-être de la population. Près d'un siècle après, les idées de Virchow restent d'actualité, et prennent un sens particulier à la veille de la conférence internationale sur les SSP.

[307] Les traductions en français et espagnol de ce journal permettent de mettre en circulation, un peu plus de 10.000 exemplaires.

2.1.2. Le concept de SSP/PHC

C'est à la conférence d'Alma-Ata, tenue du 6 au 12 septembre 1978, sous la direction conjointe des responsables de l'OMS (Halfdan T. Mahler) et de l'UNICEF (Henry R. Labouisse) que 134 nations du monde envisagent les SSP comme une stratégie nouvelle et novatrice. Après presque quarante années, cette notion n'a cessé de diviser et de créer « l'ambigüité »[308], aussi bien dans les milieux des experts qui l'ont conçue, qu'au sein des institutions chargées de mettre en œuvre la politique à laquelle elle fait référence. Dans leur travail récemment publié, A. Crimer, J.-L. Belche et J.-L. Van de Vennet, soulignent le fait que les SSP sont très souvent évoqués, mais rarement définis[309]. Les auteurs débouchent sur la conclusion que cette notion revêt deux conceptions distinctes toutes issues de la déclaration d'Alma-Ata de 1978. L'article VI de cette déclaration les appréhende alors comme :

> […] des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et les pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto-responsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire[310].

Ainsi pris globalement, on conçoit que les initiateurs de la ICPHC entendent promouvoir un système de santé centré sur l'individu, avec pour vision le droit de chacun au meilleur état de santé qu'il puisse atteindre, et qui renforce au maximum aussi bien l'équité que la solidarité, en vue de répondre aux besoins de l'ensemble de la communauté[311]. Plusieurs valeurs se dégagent de cette définition que sont : la justice sociale, le droit à une meilleure santé pour tous, la participation communautaire et la solidarité, etc. Il s'agit d'une approche globale, voire « holistique » du système de soins, où l'amélioration et/ou la mise en place dans les zones

---

[308] A. Crismer, J.-L. Belche et J.-L. Van der Vennet, « Les soins de santé primaires, plus que des soins de première ligne », in *Santé Publique*, Vol. 28, 2016/3, pp. 375-379.
[309] *Ibid*., p. 379.
[310] Article VI de la déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, in OMS, *Alma-Ata 1978. Les soins de santé primaires : Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata (URSS), 6-12 septembre 1978. Rapport conjoint de l'OMS et de l'UNICEF*, OMS, Genève, 1978.
[311] AOMS/GVA, « Follow-up of International Conference on Primary Health Care », Letter from Newton R. Bowles, UNICEF Senior Advisor/Programme Policy, to All the Field Staff and Regional Directors, 25 August 1978 », in WHO International Conference in Primary Health Care, 1978, P 21/87/5, Chemise 10, 12 p.

défavorisées des structures sanitaires occupe une place centrale[312]. De manière spécifique, l'interprétation de l'article VI de la déclaration d'Alma-Ata permet de dégager deux définitions distinctes : la première ramène à un « niveau de soins » (les soins de première ligne ou de premier échelon), alors que la seconde à tendance à aller au-delà, pour faire référence à une approche globale des soins.

Ces « ambiguïtés » conceptuelles et originelles des SSP donnent en conséquence lieu à des interprétations diverses[313]. Il convient dès lors, soit de les considérer comme un système intégré pour rester dans l'esprit d'Alma-Ata, soit de les clarifier avant toute utilisation[314]. Au-delà de ces nuances qui fondent les SSP, il est nécessaire de rappeler en substance que cette politique repose avant tout sur la participation de la communauté et le contrôle des ressources[315]. Mais les promoteurs en avaient conscience, dès le départ, la plupart des États concernés n'étaient pas suffisamment préparés à intégrer cette nouvelle variable dans leurs systèmes de santé, et celle-ci devait être avant tout orientée, non vers l'ensemble des populations, mais vers celles considérées comme étant les plus « démunies » et les plus « nécessiteuses ». Cette précision apparaît clairement dans la « lettre confidentielle » que le fonctionnaire de l'UNICEF, Newton R. Bowles, adresse à tout le personnel de terrain et aux directeurs régionaux, à la veille de l'ICPHC, le 18 juin 1978 :

> *Although participation of all communities - reaching and serving all the people - must be everywere the goal, most countries will have to begin on a limited scale. This kind of necessity should not however be used as an excuse for maintaining existing urban concentrations of health services. From the beginning an effort must be made to reach the underserved and neediest communities*[316].

Ainsi conçue, on admet que c'est essentiellement les soins de première ligne qu'entendaient promouvoir les initiateurs de cette conférence, dès le départ du moins.

---

[312] AOMS/BZV, « AGIP CONGO : Appui à la mise en œuvre du plan national de développement sanitaire par le biais des cliniques mobiles dans les zones défavorisées », in OMS, Soins de santé primaires, CNG/PHC/001, Chemise 3, Carton PP 041 ; AOMS/BZV, « Arrêté n°207/MSPP/CAB/SG/DGSPP/DSC/SCSASSP/94, portant création, organisation et fonctionnement des comités de gestion des centres et postes de santé publics en République centrafricaine », in OMS, Soins de santé primaires, CAF/PHC/001, Chemise 1, Carton ARC 116 ; AOMS/BZV, « Predicting the success of PHC Districts in Zaïre: A Subjective Approach », in OMS, Soins de santé primaire, ZAI/PHC/001, Chemise 3, Carton ARC 116. Voir aussi OMS, *La stratégie de la santé pour tous d'ici l'an 2000*, OMS ; Série « Santé pour tous », n°2, Genève, 1981 ; E. Tarimo, A. Creese, *La santé pour tous d'ici l'an 2000 : À mi-chemin, le point de la situation dans divers pays*, OMS, Genève, 1991.
[313] Ce qui justifie le fait que leur application varie d'un pays à l'autre.
[314] A. Crismer, et al., « Les soins de santé primaires », p. 379.
[315] AOMS/GVA, « Follow-up of International Conference on Primary Health Care », p. 5.
[316] *Ibid*.

Pour S. Rifkin[317], la participation communautaire revêt trois dimensions à savoir la « *contribution* » qui se réfère à la participation aux projets de développement sous la forme de contributions volontaires (matérielle, financière et humaine) apportées par les membres ; l'« *organisation* » qui renvoie à la mobilisation des membres de la communauté pour une participation active dans la fourniture des services et enfin, l'« *habilitation* » sous-tendue par un transfert de pouvoir aux acteurs communautaires, et au développement de leurs compétences[318]. Si la « contribution » et l'« *organisation* » renvoient à ce que Rifkin appelle l'approche « *Top-down* » (descendante) où décident les OI, les bailleurs de fonds et les professionnels de santé, l'« *habilitation* », pour sa part, n'est rien moins que celle dite « *bottom-up* » (ascendante), dans laquelle les membres de la communauté prennent une part importante dans la prise de décisions[319]. Des notions que L. M. Morgan désigne par deux autres, à savoir la « *participation instrumentale* » et la « *participation habilitante* »[320].

Pour ce qui est de l'offre globale des soins, l'auteur soutien que ce concept acquiert une forte popularité, surtout dans les discours des promoteurs de la santé. Il le perçoit et la définit comme faisant référence aux huit composantes des SSP proposées par les délégués réunis à Alma-Ata. Il s'agit : de l'éducation sanitaire ; de la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles ; de la protection maternelle et infantile (PMI) ; de la prévention et du contrôle des endémies ; du programme élargi de vaccination (PEV) ; des mesures d'assainissement et d'approvisionnement en eau potable ; de la fourniture des médicaments essentiels ; enfin du traitement des maladies endémiques et des lésions courantes[321].

C'est à travers l'ensemble de ces composantes qu'il convient de faire un lien entre santé, développement socio-économique, environnement et l'action intersectorielle. Cette dimension des SSP a permis à certains observateurs et scientifiques de la considérer comme utopique, trop

---

[317] S. Rifkin, « The Role of the Public in the Planning Management and Evaluation of Health Activities and Programmes, Including Self-care », in *Social Science and Medicine*, n°15A, 1981, pp. 377-386 ; « Paradigms Lost: Toward a New Understanding of Community Participation in Health Programmes », in *Acta Tropica*, n°61, 1996, pp. 79-92.

[318] Katembo Kaluma, « L'influence des dimensions des soins de santé primaires (SSP) sur les résultats des programmes de santé : cas de la participation habilitante ou *empowerment* », Thèse de doctorat (Ph.D.) en santé communautaire, Université de Laval, Quebec, 2009, p. 7.

[319] *Ibid*., p. 8.

[320] L. M. Morgan, « Community Participation in Health: Perpetual Allure, Persistent Challenge », in *Health Policy and Planning*, Vol. 16, n°3, 2001, pp. 221-230. Voir aussi Katembo Kaluma, « L'influence des dimensions des SSP », p. 8.

[321] Cf. Déclaration d'Alma-Ata.

ambitieuse, ou tout simplement chimérique[322]. J. Walsh et K. Warren écrivent à ce sujet que « les objectifs d'Alma-Ata sont au-dessus de tout reproche, mais leur étendue les rend inaccessibles »[323]. C'est au nom de cet utopisme et de son goût prohibitif qu'une remise en cause des SSP est formulée, avant même le début de leur mise en œuvre. Pour des raisons d'urgence et surtout de réalisme, on passe une année seulement après son adoption (1979), des soins de santé primaires complets (SSPC) formulés à Alma-Ata, aux soins de santé primaires sélectifs (SSPS)[324] [325].

Pour ce qui est des structures sanitaires enfin, il convient de les percevoir ici comme la plus basse unité du système de santé, c'est-à-dire, le centre de santé de district (CSD). C'est en effet l'unité la moins autonome du système de santé national, desservant une population bien définie, qui vit dans une zone administrative et géographique précise[326]. Les éléments interdépendants qui la composent (familles, écoles, lieux de travail), en font le socle du système national de santé. Le système de santé revêt ainsi une double dimension métaphorique à savoir celle physiologique et celle anatomique. La première fait référence à la structure statique et physique du système (structure sanitaire), tandis que la seconde ramène à l'aspect dynamique de la structure (participation communautaire)[327]. La structure statique qui nécessite une description englobe trois autres micro-structures : la structure de services de santé qui comprend au niveau local le point de contact initial, et les échelons intermédiaires et centraux ; celle des ressources qui implique le mécanisme de mobilisation, d'utilisation et de gestion des ressources, et celle du développement communautaire, qui est la contribution du secteur de la santé au développement intégral[328]. C'est ici qu'intervient le rôle des ministères nationaux de

---

[322] D. Pringle, et *al*., « La collaboration interdisciplinaire et la réforme des soins de santé primaires », in *Revue Canadienne de Santé Publique*, Vol. 91, n°2, 2000, pp. 87-88. Voir aussi H. Kahssay, P. Oakley, *Community Involvement Health Development: A Review of The Concept and Practice*, WHO, Geneva, 1999.
[323] J. Walsh, K. Warren, « Selective Primary Health Care. An Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries », in *New England Journal of Medicine*, Vol. 301, 1979, pp. 967-974.
[324] En Anglais Comprehensive Primary Health Care v.s. Selective Primary Health Care
[325] Voir M. Cueto, « The Origins of Primary Health Care », p. 1865. ; D. Grodos, X. Béthune, « Les interventions sanitaires sélectives : un piège pour les politiques de santé du tiers-monde », in *Social Science and Medicine*, Vol. 26, n°9, 1989, pp. 879-889 ; K. Newell, « Selective PHC: The Counter Revolution », in *Social Science and Medicine*, Vol. 26, n°9, 1988, pp. 903-906 ; J. Unger, J. Kilingsworth, « Selective Primary Health Care: A Critical Review of Methods and Results », in *Social Science and Medicine*, Vol. 22, n°10, 1986, pp. 1001-1013, etc.
[326] H. Kahssay, M. Taylor et A. Berman, *Les agents de santé communautaires : comment aller de l'avant*, OMS, Genève, 1999.
[327] Katembo Kaluma, « L'influence des dimensions des SSP », p. 12.
[328] AOMS/BZV, « Discussions techniques/WHA47. Community Action for Health. Contribution du Bureau régional », in Technical Discussions 1994 – Community Action for Health, P 7/48/38 WHA47, Chemise 1, Carton ARC 194.

la santé, qui consiste à la coordination des actions requises par l'entremise des structures sus citées[329].

Dans le principe, les conditions que formulent les délégués réunis à Alma-Ata en 1978 sont supposées, avec les lois nationales sur la santé, servir de cadre solide à la prestation des soins de santé et au développement général des systèmes nationaux de santé. C'est donc chaque pays qui doit les acclimater à sa guise, en leur donnant une signification particulière, conforme à ses caractéristiques socio-économiques, et au niveau de développement de son système économique : « *There will be no universal strategy applicable in all countries. Each county will need to develop its own strategy and to keep it under review as the situation changes »*[330]. C'est dire en tout que les SSP constituaient un cadre de travail dans lequel devaient s'inscrire les responsables sanitaires, même si celui-ci ne précise pas les modalités de sa mise en œuvre[331]. Chaque État doit donc interpréter ses principes et concepts, en essayant de les adapter à celui de sa culture locale (point 72), avec les structures politiques, administratives et sociales locales (point 59 et 79), etc. C'est ainsi que l'ensemble des pays dits en développement adoptent le label des SSP, en raison surtout de leur dépendance aux politiques extérieures[332], et de l'importance qu'ils accordent à la « responsabilité collective » de tous les États membres de l'OMS, eu égard aux principes fondamentaux de la Santé Publique internationale[333]. Plutôt que de les percevoir comme un moyen (cadre de référence), la majorité des États africains les appréhende comme une fin, faute surtout de leadership médico-sanitaire et administratif. Ceci aboutit à une mise en application inadéquate de la « participation communautaire », principale cause de l'échec des SSP et facteur majeur qui justifie l'adoption en 1987, dans la région africaine, de l'Initiative de Bamako (IB).

---

[329] Les ministères nationaux de la santé doivent en effet coordonner aussi bien les conseils plurisectoriels nationaux de la santé, qui sont constitués des personnalités représentant divers intérêts et chargés d'étudier conjointement toutes les questions liées à la politique générale en rapport avec la santé et le développement communautaire ; que les comités interministériels pour la santé au sein desquels le ministre de la santé fera appel aux comités responsables d'autres secteurs en vue de les inciter à intervenir dans des domaines particuliers. Cf. OMS, *La stratégie de la santé pour tous d'ici l'an 2000* ; H. Kahssay, M. Taylor et A. Berman, *Les agents de santé*, p. 27.

[330] AOMS/GVA, « Follow-up of International Conference on Primary Health Care », p. 4.

[331] J.-L. Duponchel, « Bilan des soins de santé primaires », p. 534.

[332] Une situation que nous tentons d'analysons dans la seconde partie de ce chapitre.

[333] Pour Michel Jancloes en effet, « Les références normatives et les guidances politiques sont des « produits » incontestables », dont ont besoin les États membres de l'organisation, pour faire fonctionner leurs différents systèmes de santé. M. Jancloes, ancien fonctionnaire de l'OMS de 1986 à 2005. Interview accordée à l'Association des anciens de l'OMS, « Rubrique histoire-Orale », [en ligne], consulté le 20 décembre 2016. URL : http://www.who.int/formerstaff/history/jancloes_m_fr.pdf

2.2. L'Initiative de Bamako (IB)

2.2.1. L'IB : « relancer » les SSP

C'est en 1987 qu'est lancée l'IB, en tant que politique de redynamisation des SSP. Si, pour certains, cette nouvelle politique suscite de l'espoir, elle fait l'objet de rejet et de contestation, pour d'autres qui y voient un moyen de laisser pour compte les plus démunis[334]. Les problèmes économiques que rencontrent les pays africains, dès la fin des années 1970 et au début des années 1980, et notamment la dette extérieure frappent durablement l'ensemble des secteurs nationaux, dont celui de la santé. Les réajustements structurels imposées par les institutions internationales tels que le FMI et la BM et les autres effets néfastes induits par cette situation économique sur le secteur sanitaire entravent ainsi considérablement la mise en œuvre des SSP. C'est pourquoi, malgré leur opposition, les responsables de l'OMS et de l'UNICEF mettent en place cette initiative, dans le but, entre autres, d'assurer : la disponibilité permanente en médicaments ; les ressources financières pouvant couvrir les coûts de fonctionnement local des services offerts ; un ensemble minimum de services à la fois curatifs et préventifs en fonction des problèmes de santé prioritaires identifiés[335].

Tableau 4 : Résumé du processus de l'IB

Émergence	Formulation	Implantation	Effets (équité vs efficacité)
• Difficulté dans la mise en œuvre de la stratégie des SSP • Problèmes économiques	• Décentralisation • Participation communautaire • Médicaments essentiels • Contribution directe des usagers (avec organisation des mesures d'exonération des indigents)	• Des processus très variables adaptés en fonction des pays et des bailleurs de fonds ou opérateurs étrangers	• Des médicaments géographiquement accessibles • Des centres de santé revitalisés • Une décentralisation en cours • MAIS aucune mesure efficace (e.g. exonérations pour les indigents)

Source : V. Ridde, « Kingdon à Bamako », in *ibid*., p. 190.

[334] *The Lancet*, *The Bamako Initiative*, Editorial, 1988, pp. 1177-1178. Voir aussi G. Carrin, « Le financement des soins de santé par la collectivité », in *Forum Mondial Santé*, Vol. 9, 1988, pp. 645-651.
[335] R. Knippemberg, et *al*., « Initiative de Bamako : des expériences en soins de santé primaires », in *L'enfant en Milieu Tropical*, n°184/185, 1990, pp. 1-96.

Le tableau ci-dessus de Lemieux, repris et adapté par Valéry Ridde, donne un aperçu synthétique du processus qui a conduit à l'adoption de l'IB[336]. Comme on peut le constater, l'IB insiste sur la nécessité d'une décentralisation des systèmes de santé, ou mieux, une désétatisation de la santé qui favoriserait le renforcement de la participation de la communauté à la gestion de leurs propres problèmes sanitaires. D'où, les principes que se fixent ses promoteurs et qui permettent de l'expliciter.

2.2.2. Comprendre l'IB : les fondements d'un concept

Pour comprendre l'IB, il nous a semblé nécessaire de faire la lumière sur les objectifs que se sont fixés les responsables des agences internationales et les autorités sanitaires africaines réunies à Bamako en 1987. Les objectifs de l'IB sont au nombre de trois. Il est question : d'encourager les initiatives de mobilisations sociale qui visent à promouvoir la participation de la collectivité aux décisions relatives aux médicaments essentiels et à la santé maternelle et infantile au niveau du district de santé (DS) ; assurer un approvisionnement régulier en médicaments essentiels de bonne qualité, au prix le plus bas, pour appuyer la mise en œuvre de la stratégie des SSP ; concevoir et assurer la mise en place d'un mécanisme d'autofinancement des SSP au niveau du DS, grâce en particulier à la création d'un fonds autorenouvelable pour les médicaments essentiels[337]. Si le premier but de cette politique est d'instaurer et d'accélérer la décentralisation des décisions relatives aux médicaments essentiels et aux soins maternels et infantiles, dans ses second et troisième objectifs, les promoteurs de l'IB envisagent que le financement de toutes les activités des SSP existantes ou à mettre en place au niveau des DS puisse être laissé à la gestion des collectivités concernées (et à elles seules)[338], à la condition que soit assuré un approvisionnement effectif en médicaments à bas prix, dont la vente du stock initial - stock « gratuitement » pourvu par l'aide internationale - ,

[336] V. Ridde, « Kingdon à Bamako : conceptualiser l'implantation d'une politique publique de santé en Afrique », in *Politique et Sociétés*, Vol. 23, n°2-3, 2004, pp. 183-202.
[337] Résolution AFR/RC37/R.1, § 1. Voir aussi, AOMS/BZV, « L'Initiative de Bamako. Rapport d'activité, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance. Conseil d'administration, session 1992 », UNICEF, New-York, USA, juillet 1992, in OMS, Bamako Initiative, P 7/27/11, Chemise 5, Carton ARC 183.
[338] AOMS/BZV, « Joint WHO-IBRD Workshop on « Banking for Health », Geneva, 15-17 June 1994 », in OMS, Financement des systèmes de santé, P 7/27/10, Chemise 1, Carton ARC 179.

permettrait de renouveler le stock et de financer les autres charges récurrentes de santé[339]. A. Paganini tente de résumer cette philosophie de l'IB en ces termes :

> Si les bailleurs aidaient à améliorer les services en termes d'infrastructure, de disponibilité des médicaments, de formation et de supervision du personnel et de mécanismes de suivi, on aurait tort de considérer que les gens ne doivent pas contribuer du tout au coût de la prestation de services (même si c'est en payant moins que le coût réel). Cet argent resterait avec les gens qui avaient payé, au niveau du centre de santé, et il serait contrôlé par la communauté[340].

Cette hypothèse fondatrice de l'IB se traduit techniquement par ce processus : les médicaments mis à la disposition des communautés (un centre de santé de district - CSD - par exemple), doivent être vendus aux usagers avec une marge bénéficiaire. Celle-ci ajoutée au payement de l'usager permet de racheter le stock initial de médicaments, en améliorant l'accès aux soins et la qualité des services prodigués par les agents de santé. C'est dire en définitive que l'IB, initiative conjointe OMS/FISE[341], vise avant tout « la création de projets auto-renouvelables de vente de médicaments au détail »[342]. Politiquement parlant, le médicament devient, par le fait même, l'instrument central de l'IB, sans en constituer la politique elle-même, mais le moyen permettant d'atteindre les objectifs de cette politique[343].

L'IB va cependant soulever de nombreuses inquiétudes dès son annonce. L'idée de Jim Grant, alors Directeur exécutif de l'UNICEF, de faire adopter l'IB soulève, de vives contestations et oppositions, aussi bien avec les autorités de l'OMS qu'au sein de l'UNICEF elle-même[344]. Dans son interview accordée à Jean-Benoît Falisse en effet, l'ancien directeur de l'unité de soutien à l'IB au siège de l'UNICEF affirme que les autorités de l'OMS n'étaient pas particulièrement enthousiastes à l'idée d'adopter cette mesure. L'expert souligne, sans autre précision, que « même certaines parties de l'UNICEF n'étaient pas très heureuses à ce sujet »[345]. Van Lerberghe et De Brouwere pour leur part, soutiennent même que c'est à contre cœur que le Dr. Mahler, le DG/OMS, l'aurait accepté[346]. L'idée est fortement décriée par d'autres détracteurs de cette initiative qui pensent qu'un tel système ne tend qu'à favoriser la

---

[339] AOMS/BZV, « Médicaments pour l'initiative de Bamako », in OMS, Bamako Initiative, P 7/27/11, Chemise 6, Carton ARC 185.
[340] Dr. Agostino Paganini, « Histoire de l'Initiative de Bamako : sous le leadership de Mr. Grant (et du Dr. Mahler) », interview accordée à Jean-Benoît Falisse le 17 avril 2013, [en ligne], consulté le 11 décembre 2016. URL : http://www.healthfinancingafrica.org/home/april-17th-2013
[341] AOMS/BZV, « Idées directrices pour la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako (Documents AFR/RC38/18 Rév. 1) », in OMS/AFRO, Comité régional, trente-huitième session. Annexe X, p. 172.
[342] *Ibid*.
[343] V. Ridde, « Kingdon à Bamako », p. 185.
[344] Agostino Paganini, Interview accordée à J.-B. Falisse.
[345] *Ibid*.
[346] W. Van Lerberghe, V. De Brouwere, « État de santé et santé de l'État en Afrique subsaharienne », *Afrique contemporaine*, (numéro spécial), 3ème trimestre 2000, pp. 175-190.

« privatisation », et « d'appeler cela un moyen de faire payer les gens pour la santé, alors que la santé est un droit humain fondamental qui ne peut être vendu »[347]. Des voix se lèvent aussi pour demander que soient revus ses objectifs, qui, pour certains, sont très ambitieux, les expériences sur lesquelles elle s'appuie ne s'inspirant que de l'exemple du Bénin et de la Guinée[348]. Pour ce qui est des contestations des ONG et de certains universitaires surtout, l'inquiétude porte sur les questions financières concernant tant les États et leur probable désengagement que les usagers et leur capacité à pouvoir ou non payer. Il se pose aussi la question de l'utilisation des ressources engendrées par le payement des services dans les CS[349].

Malgré les violentes oppositions qu'elle suscite, l'IB qui visait à améliorer « durablement » la situation sanitaire des pays dits en développement (PED) est adoptée par l'ensemble des ministres de la santé des pays de la région africaine (résolution AFR/RC37/R6), lors de la 37e session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique (CR/AFRO). Présentée en septembre 1987, dans la capitale malienne, Bamako, l'initiative prend le nom du lieu de la réunion. Mais, comme les SSP qu'elle est censée renforcer, l'IB souffre d'une mise en œuvre inadéquate. Cette politique publique de santé n'est pas non plus suivie de résultats escomptés, en raison surtout de l'attitude des autorités politiques, bailleurs de fonds étrangers, des professionnels de la santé et d'une implication insuffisante des acteurs locaux dans l'appropriation du changement, notamment en contexte de conflit liés aux valeurs, comme développé vers la fin ce chapitre.

II. Acteurs, réseaux d'acteurs et la fabrique des politiques sanitaires internationales

Dans cette section, nous entendons partir de l'étude des phénomènes sociaux basée sur les relations sociales entre différents acteurs ou groupes. Cette sociologie relationnelle que nous privilégions ici nous conduit à observer de manière empirique, comment se "routinisent" des interactions et comment se constituent des réseaux sociaux, au sein desquels les "tentatives d'action intentionnelles" se trouvent être "encastrées" dans le système complexe des relations

[347] Agostino Paganini, interview accordée à J.-B. Falisse.
[348] *The Lancet*, *The Bamako Initiative*, p. 1178.
[349] Unicef, Hai & Oxfam, *Report on the International Study Conference on Community Financing in Primary Health Care*, Cape Sierre Hotel, Freetown, Sierra Leone, 1989. Voir aussi V. Ridde, « Kingdon à Bamako », p. 186.

entre différents acteurs[350]. C'est en partant d'un récit classique et d'une présentation de certains réseaux empiriquement documentés que nous entendons parvenir à l'analyse des rapports qui lient ces acteurs à une échelle variable. Ainsi, après une mise au point théorique sur « l'analyse des réseaux » d'acteurs en histoire des OI (1), nous essayons de nous questionner sur l'origine des relations personnelles au sein de l'OMS, en rapport avec les SSP et l'IB (2), en vue de comprendre et d'expliquer les raisons qui justifient l'échec de ces politiques sanitaires dans la sous-région (3).

1. Identification des acteurs et groupes d'acteurs (réseaux)

1.1. L'« analyse des réseaux » d'acteurs en histoire des organisations internationales : mise au point théorique et méthodologique

Le *social network analysis* est entendu dans la perspective de Linton C. Freeman comme « *an approch to social research that displays four features: a structural intuition, systematic relational data, graphic images and mathematical or computational models* »[351]. Issue des études structurales, la notion de réseaux est développée en 1982 par Stephen Berkowitz, qui voyait dans l'analyse des réseaux un nouveau paradigme qui allait révolutionner la science. Ce nouveau langage, par ailleurs, négligé par la science sociale traditionnelle, allait connaître ainsi, écrivait-il, au dernier chapitre de son ouvrage, un début d'institutionnalisation, notamment avec la création de la revue "*Social Network*" et du bulletin "*Connections*", par l'"*International Network for Social Network Analysis*"[352]. En 1994, Alain Degenne et Michel Forsé concluent que « l'analyse structurale des réseaux constitue bien, ou est bien en voie de constituer un véritable paradigme »[353]. Ils précisent en plus que « les gens appartiennent à des catégories mais aussi à des réseaux et les catégories ne sont que le reflet des relations structurales qui lient les individus »[354] entre eux.

---

[350] M. Granovetter, « Economic action and social structure: the problem of embeddedness », in *American Journal of Sociology*, Vol. 91, 1985, pp. 481-510. Pour cet auteur en effet, toute action est encastrée dans les relations sociales.
[351] L. C. Freeman, *The development of social network analysis. Study in the sociology of science*, Empirical Press, Vancouver, 2004.
[352] S. Berkowitz, *An Introduction to Structural Analysis: The Network Approch to Social Research*, Toronto, Butterworths, 1982.
[353] A. Degenne, M. Forsé, *Les réseaux sociaux*, Paris, Armand Colin, 1994, p. 16.
[354] *Ibid.*, p. 7.

Toutefois, c'est avec l'anthropologue britannique John Arundel Barnes que l'analyse des « réseaux sociaux » aurait réellement pris naissance[355]. Cet auteur, dans son étude sur les indigènes de l'île norvégienne de Bremnes[356], constate qu'en terme de stratification sociale, les habitants de l'île se perçoivent presque tous comme appartenant à une vaste et unique classe moyenne[357]. L'anthropologue l'interprète alors comme une appartenance des habitants à de nombreux groupes sociaux entrecroisés. Il identifie ainsi trois champs : le champ à base territoriale ou administrative (famille, paroisses, divisions administratives et associations), le système industriel ou champ à base économique (constitué d'organisations nombreuses hiérarchisées) et le champ de « connaissances » ou fondé sur le jeu des relations sociales (amis, parents) étendu parfois au-delà des frontières du groupe. C'est ce qu'il appelle réseau (*network*). Dans son étude, Barnes oppose « réseaux » et « appareils » (organisations) en relativisant cette distinction. Pour lui, les réseaux sont faits des relations proches entre parents, amis, ou connaissances. Les appareils (organisations), pour leur part, se trouvent dans les champs de base (territorial et industriel), avec une structure hiérarchique, dont les relations sont parfois inégalitaires.

De nombreuses études en sciences sociales ont tenté de poursuivre ce raisonnement de Barnes, en essayant d'identifier les différentes interactions qui existent entre « réseaux » et « organisations » (appareils). Il est cependant impossible de rendre ici compte de la multiplicité des travaux qui se sont penchés sur l'analyse des réseaux au sein des diverses organisations. En Histoire, par ailleurs, on note, depuis quelques décennies, un intérêt croissant des historiens pour l'analyse de réseaux d'acteurs sociaux, surtout en histoire des organisations internationales (OI)[358]. Ici, comme ailleurs (en sociologie notamment), l'analyse des réseaux constitue un

---

[355] Pour Jacques Coenen-Huther, l'étude de Barnes lui « confère en quelques sorte les droits d'auteur sur le concept de "*social network*". Voir à la page 35, son article intitulé « Analyse de réseaux et sociologie générale », in *Flux*, n°13-14, 1993, p. 33-40. Cette idée de la « découverte » de la notion de « réseau social » attribuée à Barnes est énergiquement contestée par Pierre Merckelé, qui inscrit l'analyse des « réseaux sociaux », dans une vaste « tradition intellectuelle » qu'il fait remonter à la seconde moitié du XIX^{e} siècle. Il reconnaît tout de même à Barnes, le mérite d'avoir fait de cette notion, « un usage non plus seulement métaphorique, mais à la fois empiriquement fondé et proprement analytique » (p. 195). Voir à cet effet son importante contribution : « La « découverte » des réseaux sociaux. À propos de John A. Barnes et d'une expérience de traduction collaborative ouverte en sciences sociales », in *Réseaux*, n°182, 2013/6, pp. 187-208.

[356] C'est une Île située un peu au Sud de Bergen, qui comptait au moment de l'étude réalisé par Barnes, un peu moins de cinq mille habitants.

[357] P. Merckelé, « La « découverte » des réseaux sociaux », p. 193.

[358] P. O'Brien, « Historiographical Traditions and Modern Imperatives for Restoration of Global History », in *Journal of Global History*, n°1(1), 2006, pp. 3-39. Voir aussi C. Douki, P. Minard (éds), « Histoire globale, histoire connectées : un changement d'échelle historiographique ? Introduction », in *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, n°54(4bis), 2007/5, pp. 7-21.

véritable courant théorique et méthodologique, quoiqu'empruntant parfois des voies constitutives de traditions différentes[359].

Les historiens s'appuient ainsi théoriquement et méthodologiquement, soit sur l'approche transnationale, soit alors sur l'approche génétique, caractéristique de la démarche socio-historique[360]. Si la première approche renvoie à l'étude des échanges, connexions et régimes circulatoires entre et par-delà les espaces nationaux[361], la seconde, quant à elle, permet de mettre en valeur « l'émergence progressive et tortueuse »[362] des organisations internationales (OI) et/ou des normes qu'elles fabriquent, en vue de parvenir à la déconstruction de leur « évidence institutionnelle »[363]. L'OI apparaît, dans cette perspective, non comme un acteur à part entière, mais bien comme un espace structuré par des relations entre des individus et des groupes d'acteurs (réseaux) qui contribuent à sa (re)structuration. Ces réseaux sont en effet, soit institutionnalisés dans les organisations internationales intergouvernementales, soit alors les influencent de l'extérieur, en favorisant la mise à l'agenda de certaines thématiques[364].

L'historien qui adopte cette démarche tente ainsi d'appréhender les réseaux d'acteurs au sein des OI, en cherchant le « global » dans le « local », dans l'optique de mettre en perspective des processus d'internationalisation des réalités locales/nationales, et des mécanismes même de cette internationalisation[365]. En prenant comme terrain d'enquête les OI, l'historien du global les perçoit d'abord comme des « espaces sociaux ouverts », à partir desquels il devient possible d'étudier de telles dynamiques. Les OI deviennent, par le fait même, des lieux d'échanges et de circulation, aussi bien en intersection qu'en interaction avec des réseaux internationaux, des groupes et des milieux spécifiques au sein des différentes sociétés locales/nationales[366]. Il s'agit surtout de la circulation des idées et des personnes au niveau

---

[359] Si l'une s'inscrit dans le prolongement des méthodes ethnographiques mises en œuvre par Barnes, l'autre est plus « mathématisée et porteuse de fortes ambitions paradigmatiques ». Voir à cet M. Eve, « Deux traditions dans l'analyse des réseaux sociaux », in *Réseaux*, n°115, 2002, pp. 183-212. Voir aussi P. Merckelé, « La « découverte » des réseaux sociaux », p. 195.

[360] Voir F. Buton, N. Mariot, (dir.), *Pratiques et méthodes de la socio-histoire*, Paris, PUF, 2009 ; G. Noirel, *Introduction à la socio-histoire*, Paris, La Découverte, 2006 ; N. Offenstadt, « La socio-histoire », in C. Delacroix, F. Dosse, P. Garcia, *Historiographies : concepts et débats*, Paris, Gallimard, 2010, pp. 618-624.

[361] P.-Y. Saunier, « Circulations, connexions », p. 110-126. Voir aussi S. Kott, « Les organisations internationales », p. 13.

[362] S. Kott, « Les organisations internationales », p. 13.

[363] *Ibid*.

[364] *Ibid*.

[365] Voir à cet effet M. H. Geyer, J. Paulmann (eds), *The Mechanics of Internationalism: Culture, Society, and Politics from the 1840s to the First Worl War*, Oxford, Oxford University Press, 2001. Voir aussi S. Kott, « Les organisations internationales », p. 10.

[366] S. Kott, « Les organisations internationales », p. 11.

international, ou entre des espaces nationaux et internationaux, dont l'analyse constitue l'un des outils essentiels de l'approche transnationale[367].

Notre intention, en tout début de ce travail, était de déboucher sur la reconstitution des réseaux d'acteurs, à partir d'instruments mathématiques, c'est-à-dire, à partir de la manipulation des outils de la prosopographie. Compte tenu de la diversité des catégories en interaction et de l'absence de données capitales sur la presque totalité des acteurs préalablement identifiés, nous nous sommes contenté d'une analyse classique des réseaux menée essentiellement à partir des sources disponibles. L'une des implications majeures de cette option est que nous avons été amené à insister sur certains acteurs nationaux et sur certains groupes – du moins les plus en vue – mieux que sur d'autres. Ce qui pourrait, à juste titre, nous être reproché par les spécialistes de cette méthode. En adoptant une telle approche, dans ce travail de thèse, nous entendons toutefois saisir les circulations de savoirs et de savoir-faire au sein de l'OMS, et les dynamiques d'internationalisation qu'elles engendrent, en vue de mettre en perspective le rôle capital assumé par les acteurs et les réseaux d'acteurs internationaux ou mieux, les « communautés épistémiques »[368] dans la formulation des normes sanitaires mises en œuvre dans la sous-régions méso-africaine.

1.2. Acteurs, réseaux d'acteurs, les SSP et l'IB

1.2.1. Les acteurs clés des SSP et de l'IB

1.2.1.1. Halfdan Theodor Mahler et son « principal lieutenant » Kenneth N. W. Newell : Architectes et défenseurs des SSP[369]

L'historiographie récente sur la conférence d'Alma-Ata de 1978 et la politique des SSP fait régulièrement référence à trois noms de personnalités qui ont joué un rôle déterminant dans

[367] J. Nye, R. O. Keohane, « Transnational Relations and World Politics: An Introduction », in *International Organization*, n°25(3), 1971, pp. 329-349 ; J. A. Field, « Transnationalism and the New Tribe », in *International Organization*, Vol. 25, n°3, 1971, pp. 353-372 ; P. Clavin, « Defining Transnationalism », in *Contemporary European History*, n°14(4), 2005, pp. 421-439 ; P. Clavin, J.-W. Wessels, « Transnationalism and the League of Nations: Understanding the Work of Its Economic and Financial Organisation », in *Contemporary European History*, n°14(4), 2005, pp. 465-492.

[368] E. Adler, P. M. Hass, « Conclusion: Epistemic Communities », in *ibid*. Les « communautés épistémiques ou communautés d'experts sont des réseaux d'acteurs fondés sur le partage d'un même savoir. Voir aussi C. Topalov (éd.), *Laboratoires du nouveau siècle. La nébuleuse réformatrice et ses réseaux en France 1880-1914*, Paris, EHESS (Civilisation et sociétés), 1999.

[369] T. M. Brown, E. Fee, et V. Stepanova, « Halfdan Mahler: Architect and Defender of the World Health Organization "Health for All by 2000" Declaration of 1978 », in *Amer Journal of Public Health*, Vol. 106, n°1, « Voices From the Past », January 2016, pp. 38-39.

la préparation de cet événement et des normes de santé publique internationales auxquelles il est parvenu. Il s'agit, pour Socrates Litsios, (acteur de ces évènements), du DG/OMS le Dr. Halfdan T. Mahler, et de l'un de ses bras droits[370], le Dr. Kenneth N. W. Newell (tous deux fonctionnaires internationaux de l'OMS), et du Dr. Dmitri D. Venediktov, vice-ministre soviétique de la santé et délégué de l'URSS à l'OMS[371]. La focale peut être élargie, si l'on doit tenir compte d'autres influences nationales et transnationales, surtout dans la mise en œuvre de ces politiques sur différents terrains. On reviendrait alors tour à tour sur les personnalités comme Henry R. Labouisse, David Tejada-de-Rivero, John P. Grant et de Robert S. McNamara, etc. Par soucis de concision, nous nous limiterons aux cas évocateurs de Mahler et de Newell pour les SSP et de Grant pour l'IB. Les autres auteurs devant faire l'objet des études ultérieures.

Halfdan T. Mahler

Le Dr. Halfdan Theodor Mahler est né le 21 avril 1923 à Vivild au Danemark et est mort à Genève le 14 décembre 2016. Fils du prédicateur baptiste Magnus Theodor Mahler[372] et de Benedicte Olinka Ferdinande Marie Suadicani, Halfdan épouse le 31 août 1957 la psychiatre Ebba Fischer-Simonsen. Religieux, Mahler commence à prêcher à l'âge de 15 ans avant de renoncer, dans l'optique de protester contre l'autorité de son père. Son ascétisme et son éthique de travail protestante aura certainement une influence sur sa future carrière[373]. Ce Danois, considéré comme le personnage le plus influent de la santé publique, durant tout le XX^{e} siècle, entre dans la santé publique internationale à l'âge de 27 ans. Après des études de médecine à l'Université de Copenhague, en 1948, Mahler obtient un diplôme d'études supérieures en santé publique. L'intérêt qu'il accorde à la tuberculose (TB) l'amène entre 1950 et 1951 à exercer en Équateur dans le cadre d'une campagne menée par la Croix Rouge contre cette maladie. C'est de là qu'il rejoint l'OMS en 1951 comme responsable du programme national de lutte contre la tuberculose en Inde. Il devient un auto-critique sévère de sa propre profession, croyant que les ressources de santé publique, dans les pays en développement, devraient être autre chose que les soins médicaux. Son expérience en Inde lui a en effet permis de comprendre que la TB

[370] L'un de ses bras droits car, pour Socrates Litsios, la personne qui était la plus proche de Mahler à cette époque était Cohen Josua. Une information que confirme également l'ancien fonctionnaire de l'OMS, Dave Ray, lui aussi acteur de ces évènements. Cf. entretien avec Dave Ray, Genève, 31 janvier 2017.
[371] Entretien avec S. Litsios.
[372] Compte tenu de sa rigueur, Mahler appelait son père, « *One of the harshest prophets of doom in this century in Denmark* »
[373] Il est dès lors permis de formuler l'hypothèse suivant laquelle ce passé religieux aurait un lien avec la connexion qu'il établit plus tard entre l'OMS et la CMC en rapport avec les SSP comme nous verrons plus loin.

pouvait être traitée de manière ambulatoire. Il convient, pour y parvenir, de fermer les hôpitaux et les écoles de médecine car, ils constituent « l'objectif principal de la résistance au changement »[374].

Une position considérée par ses contemporains comme radicale, et anti-médicale. Cette approche systémique des soins que Mahler a tôt fait de développer est liée à son allégeance aux méthodes rationnelles de prise de décision. Dans cette perspective, il convient, pour ce réformateur, de réorienter la santé internationale vers les besoins et l'auto-assistance de la communauté, en mettant un accent particulier sur le personnel de santé auxiliaire plutôt que les médecins. Une ambition qui rencontre très vite l'opposition de certains travailleurs de santé. Son initiative moderniste de la planification rationnelle et scientifique des politiques de santé est aussi battue en brèche en raison de son caractère « anti-hospitalier »[375]. Il formule ainsi, une perspective holistique et visionnaire de la santé, avec un accent sur celle des pays en développement.

Dès 1962, et après dix années passées en Inde, Mahler est affecté à Genève, à la tête de l'unité de la TB. Poste qu'il occupe jusqu'en 1969, cumulativement avec celui de secrétaire du groupe consultatif d'experts sur la TB. Il est, pendant une année, Directeur des systèmes d'analyse de projets, au moment même où ces systèmes deviennent une nouvelle méthodologie basée sur les techniques informatiques[376] pour la planification et la gestion des politiques de santé. Un poste qu'il cumule, dès 1970, avec celui de DGA/OMS, responsable de la division du renforcement des services de santé et de la division de la santé familiale. Lorsque Mahler est nommé, en 1970 par le DG/OMS, le Brésilien Marcolino G. Candau comme DGA, il remplace à ce poste l'ex-DGA/OMS, le Français Pierre Dorolle. Ce fut une innovation car, jusqu'à cette date, les DG/OMS avaient toujours recruté leurs adjoints parmi les cinq pays membres du Conseil de sécurité de l'ONU. Cette coptation de Mahler, comme DGA/OMS, préfigure déjà dans l'esprit de Candau, sa préparation comme son successeur. Malgré la présence de bien d'autres candidats, Candau porte son choix sur Mahler, dont il soutient

[374] Entretien avec S. Litsios.
[375] *Ibid*.
[376] Ces techniques sont développés pour la première fois au Massachusetts Intitute of Technology (MIT). Elles sont intégrées à l'OMS en 1967, et Socrates Litsios, l'un des produits du MIT, fait partie de la vague des premiers experts à occuper des postes de resposabilité à la nouvelle division de la planification des services de santé, après une thèse de doctorat en ingénierie électronique.

énergiquement la candidature au poste de DG/OMS entrant[377]. C'est ce qui le conduit en 1973, à la tête de l'organisation[378] comme troisième DG/OMS. Il occupe ce poste jusqu'en 1988.

C'est sous sa direction que se tient à Alma-Ata la conférence qui définit les objectifs de la « Santé pour tous en l'an 2000 » (SPT/2000). Ses collègues gardent de lui l'image d'un homme charismatique et moraliste, d'un excellent orateur avec une « rhétorique de prêtre »[379], qu'il tient sans doute de son père. Franc partisan du nouvel ordre économique international (NOEI), Mahler devient ainsi le "fer de lance" du mouvement des SSP[380]. La déclaration d'Alma-Ata issue de la conférence internationale de 1978 réitère les principes des SSP et du NOEI, ainsi que les « droits de la personne à la santé » que consacre en 1948, la constitution de l'OMS. Un programme resté - au moins dans les discours – la stratégie officielle de l'organisation. Malgré son soutien acharné et son engagement pour cette politique, Mahler est l'une des premières personnes à émettre des doutes sur les résultats que pouvait apporter la rencontre d'Alma-Ata, en raison du caractère « très politisé » de la conférence et des SSP eux-mêmes. Un échec lié surtout au passage des SSP complets aux SSP sélectifs. Ce revirement est sévèrement critiqué par celui que T. M. Brown et *al*. considèrent comme « *Mahler's principal lieutenant in the battle for Alma-Ata* »[381], le Dr. Kenneth N. W. Newell qui conçoit les SSP sélectifs comme une menace destructrice plutôt qu'une alternative, et pis encore, comme une « *Counter-Revolution* »[382].

Kenneth N. W. Newell

C'est en effet sur le Dr. Kenneth W. Newell, « Ken », comme on l'appelle amicalement, que Mahler s'est presqu'entièrement appuyé pour l'organisation de la rencontre sanitaire internationale de 1978. Newell est ainsi considéré comme un influent personnage qui a déterminé la direction de la pensée en matière de santé publique internationale, au cours des dernières décennies. Nous n'avons pas jusqu'ici obtenu d'informations sur sa naissance, encore moins sur son parcours académique. Tout ce qu'on sait de lui, c'est qu'il est un médecin épidémiologiste d'origine néo-zélandaise qui intègre l'OMS en 1967 comme Directeur de la

[377] Entretien avec S. Litsios. Pour cet expert acteur de cet événement, ce choix était dû au charisme de Mahler.
[378] *Ibid*.
[379] *Ibid*.
[380] T. Hanrieder, « Mahler, Halfdan Theodor », in *IO BIO*, *Biographical Dictionary of Secretaries-General of International Organizations,* Edited by B. Reinalda, K. J. Kille & J. Eisenberg, [en ligne], consulté le 12 décembre 2016. URL : http://www.ru.nl/fm/iobio
[381] T. M. Brown, E. Fee et V. Stepanova, « Halfdan Mahler », p. 39.
[382] K. N. Newell, « Selective PHC », pp. 903-906.

division de la recherche opérationnelle en épidémiologie et des sciences de la communication, après avoir occupé un poste de direction au *Tulane University*, une université privée de la Nouvelle-Orléans, en Louisiane, où il enseigne la médecine tropicale[383]. En 1969, un nouveau programme « *Project Systems Analysis* » voit le jour au sein de l'OMS. Ce programme est dirigé par Mahler. Celui-ci fusionne, en 1972, la division de la recherche sous l'autorité de Newell avec la division des services de la santé, pour créer une nouvelle division : celle du renforcement des services de santé de base, dont Mahler confie la direction à Newell[384].

Newell occupe ce poste jusqu'en 1977, avant de quitter l'OMS. En tant que secrétaire du groupe de travail du Conseil Exécutif sur l'étude organisationnelle, Newell a le privilège d'œuvrer en étroite collaboration avec les membres de ce groupe et participe ainsi à la rédaction du rapport final du groupe sur les services de santé de base, qui présente son rapport en 1972. Ces études visent à développer des méthodes dont le but était de démontrer qu'une approche rationnelle de la formulation des stratégies sanitaires était « *desirable, possible and effective* »[385]. C'est cette recherche de nouvelles approches qui favorise la publication par l'OMS, en 1975, de deux importantes contributions dont celle de deux fonctionnaires travaillant sous l'autorité de Newell : V. Djukanovic et E. P. Mach, *Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs of Populations in Developing Countries*[386], et *Health by the People*, par Newell lui-même[387].

L'étude menée par Newell est alors soumise à l'approbation des conseils d'administration de l'OMS et de l'UNICEF. Ce travail de Newell réalisé à la suite de celui de l'OMS et l'UNICEF de 1974 était en effet un rapport de dix programmes de santé différents, issus de neuf pays[388]. L'adoption de la Résolution WHA27.44, en juillet 1974, donne la possibilité à Mahler et à Newell d'introduire les SSP de manière exhaustive dans les débats au sein de l'organisation, dès la session de janvier 1975. Ils s'appuient alors sur les travaux des deux dernières années. Ceux-ci viennent souligner l'urgence de la tenue d'une conférence

---

[383] Entretien avec S. Litsios.
[384] Entretien avec S. Litsios ; voir aussi S. Litsios , « The Christian Medical Commission », p. 1885.
[385] *Ibid*., p. 1885.
[386] V. Djukanovic, E. P. Mach (eds), *Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs of Populations in Developing Countries*. A joint UNICEF/WHO study, Development of Health Services, Division of Strengthning of Health Services, WHO, Geneva, 1975.
[387] K. N. Newell, *Health by the People*, WHO, Geneva 1975.
[388] Il s'agit de la Chine d'abord, du Cuba, du Guatemala, de l'Inde, de l'Indonésie, de l'Iran, du Niger, de la Tanzanie, et du Venezuela.

sanitaire internationale, dont l'URSS, par la voix du Dr. Dmitri D. Venediktov, avait depuis 1974, sollicité l'organisation[389].

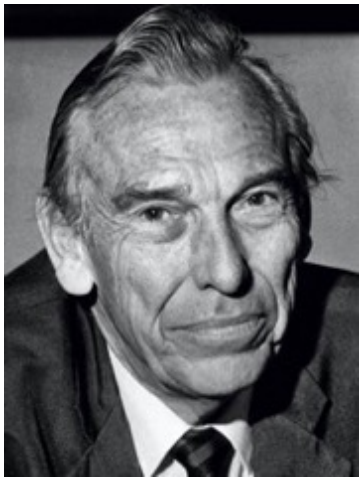
Ses différentes connexions en Indonésie où il a travaillé dans les années 1960, ses divers contacts notamment avec le Dr. Joe Wray de la *Rockefeller Foundation* à Bangkok, le Dr. Gunawan Nugroho de la *Christian Medical Comission* (CMC) - responsables d'un projet de santé communautaire dans le Java central - ou encore avec les Drs Sydney Kark et John Cassel (pionniers de la médecine sociale en Afrique du Sud)[390], l'amènent à construire un important réseau des travailleurs ruraux de la santé surtout[391]. S. Litsios pense même que ses activités comme membre actif de la *UK Social Medicine Community* dans les années 1950 auraient eu une influence particulière sur sa manière de concevoir les SSP[392]. L'expert souligne aussi que le fait que Newell est le fils d'un ancien ministre qui a travaillé entre 1940 et 1950 à Genève pour le compte du Conseil Œcuménique des Eglises (organe qui crée la CMC) laisserait entendre qu'il a une connaissance sinon profonde, du moins partielle, des activités sanitaires que réalise cette commission. Ce qui lui permet de saisir l'occasion de travailler avec la CMC, dont il partage clairement avec les membres, « *his values concerning human and health development* »[393].

Newell œuvre aussi bien avec J.-C. McGilvray directeur et fondateur de la CMC, que sa Sous-directrice, Nita Barrow, dans le cadre du renforcement des rapports de collaboration noués avec l'OMS. Un groupe de travail voit le jour, dans lequel Newell et Barrow représentent respectivement l'OMS et la CMC. La déclaration issue de ce groupe de travail est approuvée par les deux institutions[394]. Ce qui lui vaut de participer à la réunion annuelle de la CMC de juillet 1974. Le Dr. Kenneth N. Newell quitte l'organisation à la veille de la conférence en 1977, pour devenir par la suite l'expert des SSP, ou mieux, le principal artisan de la rencontre d'Alma-Ata[395]. Le 22 février 1977, un contrat d'un montant de US 7000$ payables en deux tranches est signé entre Tejada-de-Rivero (DGAOMS) – à qui Mahler avait confié

[389] S. Litsios, « The long and difficult road », p. 711.
[390] T. Brown, E. Fee, « Sydney Kark and John Cassel: Social Medicine Pioneers and South African Emigrés », *Amer. J. Public Health,* n° 92, 2002, pp. 1744-1745. Voir aussi S. Litsios, « The Christian Medical Commission », p. 1890.
[391] S. Litsios, « The Christian Medical Commission », p. 1889.
[392] Entretien avec S. Litsios.
[393] S. Litsios, « The Christian Medical Commission », p. 1890.
[394] *Ibid*., p. 1891.
[395] C'est en effet lui, le Dr. Kenneth N. Newell, qui prépara les ébauches des documents de base de cette conférence internationale de santé.

l'organisation de la conférence – et le Dr. Kenneth N. Newell, en vue de la préparation du draft du rapport du DG/OMS, document de travail de ladite conférence sanitaire internationale[396].

Image 10 : Halfdan T. Mahler, DG/OMS, (1973-1988)



Source : http://www.who.int/medicines/areas/nextgen_essentialmeds/next_mahler/en/

Image 11: James P. Grant, DG/UNICEF, (1980 – 1995)[397]



Sources : https://www.unicef.org/french/about/who/index_bio_grant.html

1.2.1.2.James P. Grant et l'avènement de l'IB

En rapport avec l'IB, le rôle de James P. Grant, alors Directeur exécutif de l'UNICEF, est ici prépondérant, comme le rappelle le Dr. Agostino Paganini, ancien Directeur de l'unité de soutien à l'IB au siège de l'UNICEF[398]. James P. Grant est un homme d'État américain né le 12 mai 1922 à Beijing, comme citoyen canadien. Il a vécu en Chine jusqu'à l'âge de 15 ans, où son père John Black Grant exerce comme premier professeur de santé publique de la *Peking Union Medical Foundation*, fondée par *Rockefeller Foundation*. Grant mène ses études à l'Université de Californie, Berkeley, où il sort en 1943 nanti d'un diplôme en économie. Devenu citoyen américain naturalisé en 1951, il obtient un diplôme en droit à la *Harvard Law School*. Bien avant, dans les années 1940, Grant engage une carrière internationale en Chine avec l'UNRRA. Il est nommé en 1962 sous-secrétaire d'État pour le Proche-Orient et l'Asie du

[396] WHOA/GVA, « Letter from Dr. D. Tejada-de-Rivero to Pr. K. N. Newell, 9 February 1977 », in WHO, International Conference on Primary Health Care - 1978, P21/87/5, Chemise 2.
[397] Il tient dans ses bras un bébé qui a été séparé de ses parents dans un centre assisté par l'UNICEF au Rwanda en 1994.
[398] Dr. Agostino Paganini, interview accordée à Jean-Benoît Falisse.

Sud. Et directeur adjoint de l'*International Cooperation Administration* (ICA), précurseur de l'*Agency of International Development* (AID) fondée par John Fitzgerald Kennedy en 1961.

Entre 1964 et 1987 « Jim » Grant comme l'appelle alors ses collaborateurs est nommé directeur de la mission de l'AID (rebaptisée USAID) œuvrant en Turquie. Directeur adjoint de l'USAID pour l'Asie du Sud Est en 1967, il quitte ce poste en 1969, pour former le *Overseas Development Council* (ODC), une association privée de Washington D.C., dont il assume la direction. Poste qu'il quitte lorsqu'il est désigné en 1980 comme directeur exécutif de l'UNICEF qu'il dirige jusqu'à la veille de sa mort. Diagnostiqué d'un cancer en mai 1993, Grant continue à diriger l'UNICEF jusqu'à sa démission le 28 janvier 1995, avant de mourir quelques jours plus tard à l'âge de 72 ans. Pour M. Cueto, c'est sous le « leadership dynamique » de J. Grant que l'UNICEF s'écarte de l'approche holistique des SSP[399] qui leur avait été donnée, dès le départ, en favorisant notamment l'adoption de l'IB. Ce qui tend à lui donner une image plus ou moins négative. Mais la description que fait M. Cueto de Grant prête à controverse car, contrastant fondamentalement avec celle que lui attribuent Adam Fifield ou Nicholas D. Kristof. Ce dernier écrit en 2008 :

> *the late James P. Grant, a little-known American aid worker who headed Unicef from 1980 to 1995 and launched the child survival revolution with vaccinations and diarrhea treatments, probably saved more lives than were destroyed by Hitler, Mao and Stalin combined*[400].

Malgré cette controverse sur l'homme et son œuvre, on garde toutefois de lui l'image d'une personne assez passionnée pour la cause des enfants. Une passion que l'on peut corréler avec les ambitions étatsuniennes affichées par les responsables de la BM, de la *Rockefeller Foundation*, de la *Ford Foundation* et surtout de l'*USAID*, pour lequel Grant a longtemps travaillé (de 1964 à 1987) avant son accession à la tête de l'UNICEF. Ces ambitions étatsuniennes sont clairement affichées à la conférence de Bellagio, en 1979, qui consacre l'adoption des *Selective Primary Health Care* (SPHC), comme nous tentons de l'analyser plus loin. Le GOBI-FFF[401] que Grant met en place ne tend que trop bien à servir la cause des SPHC

---

[399] M. Cueto, « The Origins of Primary Health Care », p. 1869.

[400] N. D. Kristof, « Good News: Karlo Will Live », *New York Times*, 6 March 2008, [en ligne], consulté le 12 décembre 2016. URL : http://www.nytimes.com/2008/03/06/opinion/06kristof.html
Voir aussi A. Fifield, *A Mighty Purpose. How Jim Grant Sold the World on Saving Its Children*, Other Press, LLC, 2015.

[401] GOBI (G= Growth monitoring to detect undernutrition in small children ; O= Oral rehydratation therapy to treat childhood diarrhea ; B= Breastfeeding ; I= Immunization. FFF= Food supplements, family planning and female education). Il s'agit d'un ensemble de techniques permettant d'offrir à la plus grande masse de population des pays pauvres, des SSP sélectifs liés aux problèmes graves de santé, de nutrition, et notamment les maladies responsables de taux élevés de mortalité infantile et juvénile.

qui viennent grever les CPHC en renforçant les programmes verticaux de lutte contre les maladies ciblées, décriés à la veille de la conférence d'Alma-Ata de 1978. Une situation qui entraîne tensions et acrimonies inter-organisationnelles (OMS-UNICEF) et entre alliés organisationnels, mais aussi des conflits interindividuels, notamment entre Grant et Mahler, dès 1980.

Pour le Dr. A. Paganini, l'IB qu'il appelle encore « initiative de M. Grant », est en quelque sorte, le fruit d'une confrontation intellectuelle entre Mahler et Grant. Pour le premier, pense l'expert, il est impératif de rester fidèle à la logique des SSP, telle que formulée à Alma-Ata en 1978. L'autre, au contraire, plus « pragmatique », penche pour une « vision de type « guerre froide », où il convient de faire, au niveau politique, « un plaidoyer pour l'Afrique ». Grant voulait en effet, comme le conclut Paganini, « plus de ressources pour l'organisation de la santé et la survie des enfants en Afrique », face à l'évidence qu'il y avait peu de chances de parvenir à des progrès importants.

La rencontre de Bamako et les recommandations qui en découlent ne sont, pour lui, que le moyen idéal pour accéder à ces ressources. D'où, sa présence et sa participation actives aussi bien à la conférence d'Harare[402] qu'à celle de Bamako, quelques semaines plus tard. L'IB survenue dans le contexte de la crise des années 1970-1980 marqué par les ajustements structurels, et le poids écrasant de la dette extérieure de la plupart de ces États, cadre en effet avec la vision des institutions monétaires internationales et notamment, la BM que dirige les compatriotes de Jim Grant, Robert McNamara (d'avril 1968 à juin 1981), Alden W. Clausen (de juillet 1981 à juin 1986), et Barber Conable (de juillet 1986 à août 1991). Elle débouche en effet sur l'introduction ou la formalisation de la tarification des soins, ou de leur privatisation, et celle de la participation communautaire dans la gestion des ressources et notamment les médicaments essentiels désormais vendus aux usagers. Cette idée de faire tarifier les prestations sanitaires contraste fondamentalement avec celle de la SPT/2000[403].

Grant s'appuie en effet sur quelques expériences pilotes qui employaient déjà des approches analogues : celle du Benin, notamment, et celle de nombreux autres pays d'Afrique, à l'instar du Mali avec ses « magasins-santé » sur les recouvrements des coûts, et du Zaïre avec la stratégie du district sanitaire. Dans l'un et l'autre cas, il est constaté que ce n'est ni le

[402] C'est au cours de cette conférence qu'est adoptée la « Déclaration d'Harare », établissant le modèle du district sanitaire comme stratégie de référence pour organiser et développer les services de santé. Précurseur de la rencontre de Bamako, cette réunion interrégionale qui se tient du 3 au 7 août 1987 sous l'égide de l'OMS marque profondément les systèmes de santé de la plupart des pays d'Afrique.
[403] S. Tizio, Y.-A. Flori, « L'initiative de Bamako », in *Revue Tiers Monde*, Vol. 38, n°152, 1997, pp. 837-858.

Gouvernement, ni le bailleur de fonds qui finance le système de santé, mais bien les prestataires des soins, c'est-à-dire, les foyers et les ménages. Cette manière de faire encore connue sous le nom de « co-financement », est énergiquement défendue par Grant. Pour lui, les agences doivent faire de leur mieux avec des ressources limitées, et les opportunités locales de courte durée. Il entend par là qu'il convient de traduire en actions concrètes les objectifs généraux, dans un espace-temps relativement court.

Pour A. Paganini, l'IB serait alors le fruit d'une pression de Grant sur les ministres africains de la santé qui l'adoptent. Une idée qu'il convient de nuancer car, si la proposition de Grant trouve une importante audience auprès des autorités sanitaires africaines, c'est sans doute parce qu'elles y voient le moyen de se désengager financièrement du système de soins, en responsabilisant davantage le prestataire. Les autorités camerounaises, par exemple, trouvent « très intéressante » l'option de financement communautaire proposée par l'IB, puisque « les Soins de Santé primaires, qui ont la priorité absolue, ont subi une coupe importante, depuis l'indépendance en 1960 », de l'ordre de 50%, en raison de la crise économique[404].

A. Paganini abonde dans le même sens au cours de son interview, en disant plutôt que l'IB a été « interprétée/considérée par certains des ministres de la santé comme une excuse pour faire payer tout ce qu'ils voulaient sans aucun contrôle par la communauté sur l'argent »[405]. Les cas de corruption et de détournements de cet argent sans garantie de contrôle sont en effet légion, surtout dans les CSD et les hôpitaux de la plupart des pays de la région et, surtout, de la sous-région[406]. R. Okalla et A. Le Vigouroux le soulignent, pour le cas du Cameroun, en précisant que le pays n'échappe pas à ces détournements de fonds qui proviennent « du recouvrement des coûts par les membres des comités de gestion ou les professionnels de la santé »[407]. À ces détournements de fonds vient se greffer celui massif des médicaments[408]. Autant de phénomènes qui expliquent, entre autres, l'échec des politiques sanitaires dans ces pays, comme nous l'abordons dans la dernière section de ce chapitre.

---

[404] AOMS/BZV, « Rapport de la conférence panafricaine sur le financement communautaire des services de santé. Rapport de la conférence, Vol. I, Kinshasa, Zaïre, 27-29 juin 1990 », p. 10, in *Bamako Initiative*, P7/27/11, Chemise 5, Carton ARC 183.
[405] A. Paganini, interview accordée à J.-B. Falisse.
[406] O. Vallée, « La construction de l'objet corruption en Afrique », in *Afrique contemporaine*, n°220, 2006/4, pp. 137-162 ; H. Balique, « L'hôpital public en Afrique francophone », in *Méd. Trop.*, n°64, 2004, pp. 545-551 ; R. Okalla, A. Le Vigouroux, « Cameroun : de la réorientation des soins de santé primaires au plan national de développement sanitaire », in *Bulletin de l'APAD*, 21 | 2001, [en ligne], consulté le 30 septembre 2016. URL : http://apad.revues.org/181, etc.
[407] R. Okalla, A. Le Vigouroux, « Cameroun : de la réorientation des soins ».
[408] J. Mathonnat, « Financement public de la santé en Afrique, contraintes budgétaires et payements directs par les usagers : regards sur des questions essentielles », in *C. R. Biologies*, n°331, 2008, pp. 942-951.

1.2.2. Les réseaux d'acteurs dans la formulation des SSP et de l'IB : une « communauté épistémique » des politiques sanitaire internationales ?

1.2.2.1. Les Agences et associations étatsuniennes : l'USAID et la *National Academy of Sciences(NAS)*

L'USAID

Comme groupe d'acteurs ou réseaux ayant fortement influencé la politique des SSP et de l'IB, il nous a semblé nécessaire d'évoquer les cas de l'AID (USAID), la *National Academy of Sciences* et de la CMC. L'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID) est un organisme intergouvernemental officiellement chargé de l'administration de l'aide civile étrangère. Il est fondé le 3 novembre 1961 par le Président John F. Kennedy, de la fusion de plusieurs autres organisations et programmes d'aides étrangères existants[409]. Ses actions sont autorisées par le Congrès, avec l'adoption du *Foreign Assistance Act*. L'USAID est ainsi soumise aux directives de la politique étrangère du Président, du Secrétaire d'État et du Conseil national de sécurité. Conforme au projet de l'internationalisme américain de l'après Seconde Guerre mondiale, l'USAID s'inscrit dans la lignée du « Plan Marshall » de 1945, visant à la reconstruction de l'Europe, elle tire ses origines du programme d'assistance au développement international proposé par Harry Truman en 1949.

Ce programme en 4 points vise deux principaux objectifs : la création des marchés par la « réduction de la pauvreté » et l'accroissement de la productivité dans les pays en développement ; la diminution de la menace communiste en aidant les pays à prospérer sous le capitalisme. Si dans les années 1960, l'USAID se consacre surtout aux programmes d'assistance technique et d'immobilisation, elle change d'orientation en matière d'aide étrangère dans les années 1970. La modification de la Loi sur l'assistance étrangère donne en effet la possibilité au Congrès d'orienter l'aide des USA vers les besoins humains fondamentaux. C'est dans ce contexte qu'elle s'intéresse à l'alimentation et la nutrition, à la planification de la population, à l'éducation, au développement de ressources humaines, et la santé[410]. En raison de cet intérêt accordé aux problèmes internationaux de santé, le Gouvernement des USA confie la charge au responsable l'USAID, de s'investir dans

[409] « *USAID history* », [en ligne], consulté le 13 décembre 2016. URL : https://www.usaid.gov/who-we-are/usaid-history

[410] Cette nouvelle orientation est validée par la signature de la loi sur les nouvelles orientations (PL 93 - 189), en décembre 1973.

l'organisation de la conférence de 1978 sur les SSP. C'est en effet, le 11 mars 1977 que le Dr. Lee M. Howard, Directeur de la division de la santé du bureau de l'assistance technique de l'USAID, écrit au Dr. Mahler :

> *I am writing this letter to inform you of our government's interest in the 1978 WHO Primary Health Conference and the related preconference activities. In this regard, we have encouraged the American Public Health Assocociation (APHA) through its contract with the Agency for International Development, to provide cooperative assistance to member governments, WHO-Geneva, and WHO Regional Offices when requested*[411].

Howard poursuit : « *We trust that APHA's assistance can provide a valuable contribution to successful implementation of the conference* »[412]. Il est probable que l'APHA ait pris une part importante dans la rédaction du document de base de la conférence, confié à Newell par Tejada-de-Rivero. Même si leurs contributions restent difficiles à évaluer, Kenneth N. Newell s'appuie effectivement sur une importante expertise étatsunienne, et notamment celle du Dr. Thomas R. Hood[413], du Pr. Sagar Jain de l'Université de Caroline du Nord, et celle du Pr. Morris Schaefer de l'Ecole de Santé de la même Université, tous membres de l'APHA. Et c'est Russell Morgan, membre lui aussi de cette association, qui est mandaté pour prendre contact avec Mahler, en vue d'étudier le type « d'aide technique », que l'APHA peut apporter à l'organisation de la conférence de 1978. Il est difficile à cette étape de notre recherche, de déterminer avec précision le rôle joué par chacun de ces acteurs.

Aussi, à la veille de la conférence d'Alma-Ata, le 25 mai 1978, le *Regional Health Officier* de l'ambassade des États-Unis à Dakar, Marc Vincent, saisit d'une correspondance le Dr. E. P. Mach, travaillant sous l'autorité de Kenneth N. Newell. Il lui fait parvenir une copie de la lettre qu'il avait envoyée la veille, à l'*Office of International Health* du ministère étatsunien de la santé à Washington. Dans sa correspondance à l'Office étatsunien de santé internationale, Marc Vincent écrit : « *I regret there has been no exchange of impression between the Office of International Health and Physicians working with AID in the field, concerning the preparation of the WHO conference of Alma Ata* ». Il renchérit : « *Indeed we, in the field are confronted daily with problems related to the use of village health workers*[414] ». Tout en exprimant son regret Marc Vincent précise que l'idée d'écrire cette lettre n'est pas liée à « *a frustated need for recognition* », mais bien à la nécessité de soumettre à une large audience, les

---

[411] WHOA/GVA, « International Conference on Primary Health Care », WHO, ICPHC-1978, P21/87/5, Chemise 1.
[412] *Ibid*.
[413] Il était à cette époque, Directeur de l'*American Public Health Association* (APHA).
[414] WHOA/GVA, « Problèmes liés à l'organisation des services de santé de village par le Docteur Vincent (USAID/Dakar) », in WHO, ICPHC-1978, P21/87/5, Chemise 6, 5 p.

problèmes rencontrés par les médecins de l'USAID travaillant sur le terrain, en Afrique surtout. Le but de cette missive est alors d'amener les délégués des Etats-Unis, supposés participer à la conférence d'Alma-Ata, à partager ce sentiment, en vue de le faire valoir, ou mieux, « *to attract the interest of the Public Health profession on these problemes, because they constitute stumbling blocks on which these projects involving the training and use of village health workers, could well rail* »[415].

La lettre de Marc Vincent à l'Office est accompagnée d'un document en français. Ce rapport qu'il intitule « Problèmes liés à l'organisation des services de santé de village par le Dr. Vincent (USAID/Dakar) », s'intéresse essentiellement au cas des pays « d'économie libérale d'Afrique de l'Ouest »[416]. Pour Marc Vincent, le médicament, « premier des besoins ressentis », constitue un problème majeur pour ces pays car, pense-t-il, les populations situées à une certaine distance des zones urbaines (soit à 20km seulement) ne peuvent satisfaire ce besoin. À cette distance, seule une proportion de 2% environ du budget de fonctionnement des systèmes de santé est réservée aux médicaments, sur un budget total de 3 à 5 dollars par an et par habitant[417]. Et la satisfaction de ce besoin constitue comme, conclut l'auteur, la condition *sine qua non* pour engager un dialogue franc avec les ruraux. L'auteur précise à cet effet : « une fois ce besoin satisfait, mais alors seulement, il sera possible aux services de santé d'entamer un dialogue avec les ruraux : hygiène du village et des champs, irrigués ou non, vaccinations, éducation sanitaire, etc. »[418]. Le problème semble désormais clairement posé et Marc Vincent tente vers la fin de son document de proposer quelques pistes pour y trouver des solutions : il suggère que soit admise la situation de privation de « médicaments essentiels » dans laquelle se trouvent les paysans des régions éloignées, et que soit établis des « dépôts (indépendants de ceux du service de santé) contrôlés par un délégué des habitants, un délégué de l'autorité (Gouverneur) et éventuellement un délégué des services de santé ». Ces dépôts, poursuit l'auteur, devraient exister au « niveau de la région, des préfectures et des groupements de villages (communautés rurales) »[419]. Pour Marc Vincent, la condition pour atteindre cet objectif est alors qu'il puisse exister « en permanence » un stock suffisant de médicaments, qui reposerait sur trois préalables :

---

[415] *Ibid*.
[416] *Ibid*. Il convient de noter que le Bureau régional de l'USAID pour l'Afrique de l'Ouest a son siège à Dakar au Sénégal.
[417] *Ibid*.
[418] *Ibid*.
[419] *Ibid*., p. 4.

1) Avoir une liste uniforme pour tout le pays.

2) Garder le nombre des médicaments à une dizaine au maximum, sans quoi des personnes de qualification modeste ne pourraient plus gérer les stocks.

3) Etablir un programme unité de formation en comptabilité matière et comptabilité deniers, depuis la base jusqu'au sommet, avec une supervision régulière du service »[420].

L'auteur conclut alors que « le coût de ces services serait normalement assumé par les habitants et devrait en bonne gestion ne pas dépasser 25% du coût à l'achat du médicament »[421]. Cette conclusion de Marc Vincent préfigure, à bien des égards, la politique des « médicaments essentiels », élément central des SSP inaugurées à Alma-Ata à la fin de la conférence de 1978, et la philosophie de la participation des communautés à la gestion (co-gestion) et au financement (co-financement), presqu'entièrement reprise en 1987 à Bamako. Les similitudes entre ces aspects développés dans le document du responsable régional de l'USAID et les recommandations issues surtout de la rencontre de Bamako de 1987 apparaissent évidentes. En tant que responsable du bureau régional de la santé de l'USAID siégeant en Afrique de l'Ouest, il n'est exclu d'admettre que Marc Vincent ait été confronté de près ou de loin, aux exemples de participation communautaire et de financement par les communautés de leurs problèmes de santé. Des méthodes depuis longtemps employées aussi bien au Benin, au Mali qu'en Guinée, pays de sa zone d'intervention. À côté de cette hypothèse, celle selon laquelle les SSP et surtout l'IB auraient été largement influencés par la politique internationale de Washington en matière de santé dès 1970 peut aussi être formulée.

La National Academy of Sciences (NAS)

Tout commence vraisemblablement au début des années 1970 lorsque la « Maison Blanche » décide de changer d'orientation en matière d'aide et de politiques extérieures. Ce revirement du Gouvernement de Washington s'explique, entre autres, par le retour au libéralisme économique, dont le renouveau, depuis les années 1970, s'est manifesté par ce qu'il est convenu d'appeler « néo-libéralisme », né de la déstructuration du monde économique. Ce positionnement en faveur de cette technique de gouvernement ou mieux, de cette politique économique et sociale[422], est renforcé en 1971 par un premier choc monétaire (la dévaluation

[420] *Ibid*.
[421] *Ibid*.
[422] Pour reprendre les termes de Michel Foucault. Voir M. Foucault, *Sécurité, territoire, population : cours au Collège de France, 1977-1978*, éd. par M. Senellart sous la dir. de F. Ewald et A. Fontana, Paris, Gallimard/Le Seuil, 2004 ; *Naissance de la biopolitique : cours au Collège de France, 1978-1979*, éd. par M. Senellart sous la dir. de F. Ewald et A. Fontana, Paris, Gallimard/Le Seuil, 2004.

du dollar par rapport à l'or et aux autres monnaies en 1971), un second de même nature en 1973[423], et entre 1974 et 1975, par une rupture économique généralement corrélée au choc pétrolier de 1973[424]. L'adoption de la loi sur l'assistance étrangère au début de cette décennie oriente l'aide internationale des États-Unis vers les besoins humains fondamentaux et précisément la santé, comme il a été souligné plus haut. Washington crée, dans cette mouvance la *NAS*, et en son sein, une *Division of International Health* (*DIH*) supposée se consacrer essentiellement aux problèmes de santé des « PED », avec le soutien de la communauté universitaire américaine, étrangère, le Gouvernement, et le secteur privé, en vue de trouver des solutions à ces problèmes.

En 1977, sous haute recommandation des sénateurs Edward Kennedy, Jacob Koppel Javits et Richard Schultz Schweiker du *Senate Subcommittee on Health and Scientific Research*, la tâche est confiée à la *NAS* d'identifier les opportunités de recherches pour la santé et des innovations en matière de soins de santé, pouvant recevoir un financement du Gouvernement, des industriels, et un appui de la communauté universitaire. Un comité de pilotage (*Steering Committee*) est créé, à cet effet, et sa présidence est déléguée à Leighton E. Cluff, par ailleurs vice-président du *The Robert Wood Johnson Foundation* (Princeton New Jersey)[425]. Harold J. Simon, directeur des études et chercheur invité à l'*Institute of Medicine*, professeur de médecine communautaire au *School of Medicine* de l'Université de Californie à San Diego ; David Tilson, directeur de la *Division of International Health* et Karen Bell, sont élus membres du même comité. Les premiers résultats auxquels ils parviennent sont présentés en 1977, et sont en lien avec les « *current opportunities to broaden program activities in*

---

[423] Cette dévaluation du dollar qui le rend fluctuant et instable sur le marché mondial est une conséquence de la crise des États-Unis débutée vers la fin des années 1960.

[424] La cause profonde de ces différents chocs qui aboutissent à la crise des années 1970, est à chercher dans les limites de la productivité dans l'ensemble des pays industrialisés. Celle-ci est ainsi traduite, par un faisceau d'indices cohérents tels que l'inflation, la concentration du capital industriel et bancaire, le chômage, etc. Voir, « La crise des années 1970-1990 », in *Encyclopédie Larousse*, [en ligne], consulté le 14 décembre 2016. URL : http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/la_crise_des_années_1970-1990/18731

[425] Pour l'assister, sont désignés comme vice-présidents de ce comité : Sune Bergstrom, recteur de la *Karolinska Institutet de Stockholm* en Suède ; Barry M. Bloom, président du *Central Research Pfizer, Incorporated* de Groton (Connecticut) ; Seymour S. Cohen, professeur de Sciences pharmacologiques au *School of Basic Health Sciences* (*Health Sciences Center, State University of New York : Stoney Brook, Long Island*) ; John U. Farley, professeur au *Graduate School of Business* de l'Université de Columbia à New York ; Robert J. Gerraugghty, vice-président associé du *Health of Sciences* (Creighton University : Omaha, Nebraska) ; Raymond Gosselin, président du *Massachusetts College of Pharmacy* à Boston ; James F. Henry , Président du *Center for Public Ressources, Incorporated* de New York ; William Hubbard, président de *The Upjohn Compagny* (Kalamazoo, Michigan) ; Michael Katz, président du *Department of Pediatrics College of Physicians and Surgeons* (Columbia University, New York) ; Tag Mansour, président du *Department of Pharmacology du Stanford University School of Medicine* (Californie) ; Kenneth Warren, directeur du *Health Sciences Programs* de la Rockefeller Foundation (New York) ; et de Alejandro Zaffaroni, président et directeur de recherche au *Alza Corporation* (Palo Alto, Californie).

international health »[426]. Il est probable que l'arrivée inopinée d'Edward Kennedy à Alma-Ata soit aussi liée à cette cause (on ne peut qu'en supputer les raisons).

Image 12 : Apparition surprise à Alma-Ata, du sénateur E. M. Kennedy (à gauche). À droite, le DG/OMS le Dr. H. T. Mahler (1978)



Source : WHOA/GVA.

Toutefois, la participation active en octobre 1978 des Drs. Halfdan T. Mahler, Adetokunbo Lucas et Sune Berstrom à la réunion annuelle du *NAS* à Washington, et à laquelle ces responsables de l'OMS présentent les activités de l'organisation, permet de s'y avancer, quoique prudemment. Mahler aurait, par ailleurs, réagi avec enthousiasme à la nouvelle initiative lancée par l'institution étatsunienne et aurait promis, pour l'avenir, d'y accorder un intérêt particulier et un soutien[427]. En 1978, au lendemain de la rencontre d'Alma-Ata, la *NAS* et le *Steering Committee* précédemment créé décident de se pencher sur quatre principales questions, notamment,

---

[426] *Conference Proceedings*. *Pharmaceuticals for developing countries*, National Academy of Sciences, Washington D.C., 1979.

[427] *Ibid*., p. 1. La collaboration qui découle de ce passage des responsables de l'OMS à Washington débouche sur un projet de recherche intitulé « *Clinical Investigation in Developing Countries* ». Un projet mené par le Dr. Robert Petersdorf, et entièrement financé par l'*Office of Science and Technology Policy* du *Executive Office of the President*, dont les résultats allaient fournir des recommandations pertinentes pour les gouvernements, les donateurs, les institutions académiques et les chercheurs des pays développés et en développement. Voir p. 2.

> *[…] the principal health problems of developing world and effectiveness, safety, and utilization of those preventive, prophylactic, and therapeutic agents now available ; the factors responsible for the paucity of research effort on disease problems of developing countries by the biomedical research establishments of the American pharmaceutical industry and universities ; relevant scientific opportunities, and policy initiatives required to strengthen incentives and overcome disincentives for industry and the academic community to do more help solve these problems*[428].

C'est dans cette optique que ce comité de pilotage convoque une conférence sur les *Pharmaceuticals for developing countries*[429], financé par le contrat n°282-78-EJM, du département d'État américain à la santé, l'éducation et la sécurité[430]. Il y convie d'éminentes personnalités issues des agences gouvernementales étatsuniennes, des entreprises pharmaceutiques, des institutions universitaires, des représentants des industries pharmaceutiques européennes, des universitaires et des responsables de l'OMS. Cette rencontre inaugurée par le sénateur Edward Kennedy en présence du Dr. Gilbert Omenn, du *Office of Science and Technology Policy of the Executive Office of the President*, a lieu du 29 au 31 janvier 1979 à Washington. Elle débouche sur des conclusions et des recommandations qui serviront désormais de base à la politique sanitaire internationale de Washington envers les « PED » surtout, comme le souligne Harold J. Simon, préfacier du rapport final. Une politique essentiellement basée sur le médicament, et dans laquelle les firmes pharmaceutiques occidentales occupent une place centrale.

En raison de cette politique, les États-Unis, principaux contributeurs financiers à l'OMS, sont amenés à geler, en 1982, le budget de l'organisation et à bloquer, en 1985, ses contributions, lorsque celle-ci initie un « Programme d'action pour les médicaments essentiels » (PAME/APED)[431], dont l'objectif était de réduire la prolifération des produits sur le marché[432]. Le PAME/APED mis en place par l'OMS au début des années 1980, nous le verrons

---

[428] *Ibid*., p. xi.

[429] Elle débouche sur la publication d'un rapport intitulé : *Conference Proceedings*. *Pharmaceuticals for developing countries*, 1979.

[430] Le but de cette conférence se résume dans ces propos de Dr. Harold J. Simon, qui écrit dans la préface de ce rapport : « *In the summer of 1977, Senators Kennedy, Javits, and Schweiker of the Senate Subcommittee on Health and Scientific Research expressed concern that neither component of America's large biomedical research establishment - the pharmaceutical industry's research laboratories and those in academic institutions - was devoting enough attention to the enormous unsolved health problems of the devoloping countries. The Senators informally requested the Institute of Medicine, in cooperation with the Departement of Health, Education and Welfare and Pharmaceutical Manufacturing Association, to organise a Conference on the problems associated with developing countries. They the Conference would enable the Institute of Medicine to make recommandations that would encourage serious attention by American biomedical scientists to the health problems of developing countries ».* Voir *Conference Proceedings*. *Pharmaceuticals for devoloping countries*, 1979.

[431] Programme d'action pour les médicaments essentiels (PAME), en anglais, *Action Program for Essential Drugs* (APED). Nous y revenons plus longuement au dernier chapitre de cet ouvrage.

[432] On compte à plus 3800, les nouveaux produits introduits sur le marché américain entre 1950 et 1960. Par ailleurs, plus de 30.000 spécialités de produits pharmaceutiques sont en circulation dans le marché mondial entre

au Chap. VII, visait en effet à favoriser la production sur place dans les pays passibles « d'assistance technique », des produits pharmaceutiques. Elle était aussi censée promouvoir la création de leurs propres industries pharmaceutiques. Cette mesure envisagée par l'OMS s'oppose fondamentalement aux intérêts des firmes pharmaceutiques multinationales et dont étatsuniennes, les États-Unis détenant à cette époque, 11 des 18 plus grandes firmes pharmaceutiques du monde. Ce qui justifie cette pression budgétaire de Washington sur l'organisation, en protestation contre l'APED, dans l'optique de protéger ses entreprises nationales. La théorie de la « stabilité hégémonique » défendue par l'école néoréaliste des RI permet d'expliquer cette attitude du Gouvernement des États-Unis. Cette attitude donne aussi les clés d'analyse, des dynamiques d'internationalisation des logiques nationales étatsuniennes.

Il est fort probable que les nouvelles orientations politiques de Washington, en matière de santé des « PED », en ce début d'année 1979, aient dicté la tenue en mars de la même année à Bellagio, en Italie, de la conférence du même nom qui consacra l'adoption *des Selective Primary Health Care*, un agenda qui contraste fondamentalement avec l'ordre du jour et l'esprit des *Comprehensive Primary Health Care*[433] adoptés quelques mois plus tôt, comme souligné ci-avant. Le fait que la conférence de Bellagio ait été initiée par la *Rockefeller Foundation* et soutenue aussi bien par la BM, l'USAID, et la *Ford Foundation*[434], permet de formuler une telle hypothèse. L'une des OI, prenant part à cette conférence et qui en reçoit la plus grande influence étant alors l'UNICEF, sous le leadership de James P. Grant. Si l'analyse des rapports de la politique internationale de Washington, des agences et des associations étatsuniennes aux SSP et à l'IB dès 1979 peut et doit être nuancée, ceux de la *Christian Medical Commission* (CMC) aux SSP surtout, sont incontestables.

1.2.2.2. La *Christian Medical Commission* (CMC) : précurseur des SSP

La *Christian Medical Commission* (CMC) voit le jour en 1968, en tant qu'organe semi-autonome de la *World Council of Churches* (WCC), - en français Conseil Œcuménique des

---

1960 et 1970, alors qu'environ 220 seulement sont reconnus comme essentiels. Voir OMS, *La situation pharmaceutique dans le monde*, Genève 1990 ; G. Velásquez, « Origine et évolution du concept du médicament essentiel promu par l'OMS », in *Tiers-Monde*, Tome 32, n°127, 1991. « Investissement-travail et développement. Des approches renouvelées ? », pp. 673-680.

[433] T. M. Brown, E. Fee et V. Stepanova, « Halfdan Mahler », p. 39 ; M. Cueto, « The Origin of Primary Health Care », p. 1869 ; K. Kanagaratnam, « A Review of the Bellagio Population and Health Papers », May 9, 1979, Folder "Health and Population", Rockefeller Foundation Archives (cited by M. Cueto, « The Origin of Primary Health Care », p. 1868.).

[434] Ces institutions sont dirigées par : John Knowles, président de *Rockefeller Foundation*, médecin et ancien directeur général du Massachusetts *General Hospital* ; la BM par Robert Strange McNamara ; l'USAID par Douglas Benett et la *Ford Foundation* par Franklin A. Thomas.

Eglises (COE) [435] - dans le but de l'accompagner dans sa mission d'évaluation et d'assistance aux programmes médicaux en cours dans les « PED ». La préoccupation majeure à laquelle fait face cet organisme international interconfessionnel est qu'en effet, la majorité des 1200 hôpitaux qu'il dirige à travers le monde tombe progressivement en désuétude et connaît une montée fulgurante des coûts de fonctionnement. Ceci pose la nécessité d'établir des critères d'évaluation, dans le sens de la réorientation de ces structures, en vue de leur développement futur. Une enquête menée dès 1963 révèle effectivement que les Églises avaient concentré leur énergie sur les services hospitaliers et l'offre des soins essentiellement curatifs. Ce qui limitait considérablement leur impact[436]. Il est aussi noté que plus de 95% des soins qu'elles offrent sont curatifs alors que la moitié des admissions hospitalières sont évitables[437]. C'est pour résoudre ce problème que les responsables du COE initient deux importantes consultations. La première a lieu en mai 1964 au DIFÄM[438], dont le siège est à Tübingen.

Au cours de cette rencontre baptisée « Tübingen I », les participants concluent que les soins de santé représentent davantage qu'une simple mission hospitalière. Ils optent donc pour une nouvelle définition, ou du moins, choisissent de donner un sens nouveau à ce que doit être la « mission médicale » dans un monde post-colonialiste. Il en ressort un rapport de 8 pages au total, intitulé « « *The Healing Church* »[439]. Les consultations régionales qui suivent la première réunion de Tübingen et les enquêtes menées par la *World Council Churches* (WCC) et la *Lutheran World Federation* (LWF) qui en découlent, débouchent en septembre 1967, sur la convocation d'une autre rencontre du même genre baptisée « Tübingen II ». C'est de cette seconde rencontre que voit le jour, en 1968, la CMC. Elle compte au départ un nombre très limité de ressources humaines, soit 25 membres seulement, dont le premier directeur, James C.

---

[435] Le COE est une ONG à caractère confessionnel, qui se veut être une « communauté fraternelle des d'Églises », confessant « Jésus-Christ comme Dieu et Sauveur ». Il a pour objectif, l'harmonie entre les chrétiens, sans prétention à devenir une « super-Église ». Le COE est né en 1948 à Amsterdam, dans un contexte de Guerre froide. Il sert dans ce sens, de plateforme d'échange et de rencontre entre les chrétiens de l'Ouest et de l'Est. Comptant au départ 147 Églises membres essentiellement protestantes et occidentales, le Conseil passe ainsi peu à peu sous l'influence du bloc Est, avec l'entrée en masse dès 1960, de nombreuses Églises orthodoxes. Pour une histoire du COE, voir M. Van Elderen, *Le Conseil œcuménique des Églises : aujourd'hui et demain*, Paris, Les Bergers et les Mages, 1995. Voir aussi *Histoire du COE*, en ligne in http://www.oikoumene.org/fr/about-us/history

[436] J. C. McGilvray, *The Quest for Health and Wholeness*, Tübingen, Germany: German Institute for Medical Missions, 1981 ; J. C. McGilvray, « The International and Ecumenical Dimensions of DIFAM's Contribution to the Healing Ministry of the Church », May 18, 1990, p. 5. ; voir aussi S. Litsios, « The Christian Medical Commission », p. 1887.

[437] J. C. McGilvray, *The Quest for Health and* Wholeness, p. 79.

[438] *Deutsches Institut für Ärztliche Mission* (Institut Allemand pour la mission médicale).

[439] « The Healing Church. The Tübingen Consultation 1964, WCC », Geneva 1965 (World Council Studies 3), 34-43, [en ligne], consulté le 14 décembre 2016. URL : https://difaem.de/fileadmin/Dokumente/Publikationen/Dokumente_AErztliche_Mission/tuebingenI_englisch.pdf

McGilvray et trois autres personnels de bureau[440]. James C. McGilvray jouit en effet d'une importante réputation dans le secteur médical dans lequel il œuvre comme administrateur, depuis plus de quarante ans. Il a été surintendant de l'hôpital universitaire de Médecine vétérinaire en Inde, avant d'occuper divers autres postes de responsabilité aussi bien en Asie du Sud-Est qu'aux États-Unis.

La CMC qu'il dirige, dès 1968, tient sa première réunion à Genève, en septembre, et se donne un premier mandat de 5 années durant lesquelles elle doit assurer aussi bien l'identification que la communication de sa vision, avant de la rendre effective. C'est dans cette optique qu'elle se fixe pour mission officielle : d'aider les Églises dans leur recherche d'une compréhension chrétienne de la santé et de la guérison ; promouvoir des approches nouvelles et novatrices en matière de soins de santé ; encourager les programmes de soins de santé liés à l'Église à collaborer entre eux[441]. La CMC identifie, dans ce sens, neuf principaux domaines prioritaires d'intervention. Il s'agit, entre autres, des soins de santé complets (*comprehensive health care*), l'organisation communautaire, la coopération entre les gouvernements et les autres organismes, la coordination et la coopération inter-églises, les mécanismes de planification bien structurés aussi bien dans les organisations locales que régionales, la nécessité d'une réorganisation administrative, etc[442].

C'est en effet la contribution du Dr. Robert A. Lambourne à la consultation de « Tübingen II », qui est considérée comme la plus significative, et qui permet de délimiter avec précision la mission de la nouvelle commission. Lambourne considère ainsi que l'hôpital, plutôt qu'un lieu de santé et de plénitude, est devenu une « usine de réparation » (*factory for repair*), dans laquelle le patient est décomposé en « parties pathologiques », hypothéquant par le fait, la relation interpersonnelle lors de la rencontre thérapeutique[443]. Le concept de « *Wholeness and health »* qu'il développe marque profondément l'histoire de la commission et, plus tard, des SSP car, les bases théologiques de la santé et de la guérison deviennent dès lors les thèmes centraux des premières assises de la CMC, où le dialogue entre le théologien David E. Jenkins et le professeur de santé publique John Bryant, est aisé, malgré leurs divergences de point de vues.

---

[440] J. H. Bryant, J. B. Richmond, « Alma-Ata and Primary Health Care: An Evolving Story », in K. Heggenhougen & S. Quah (eds), *International Encyclopedia of Public Health, Vol. 1*, 2008, pp. 152-174.
[441] « World Council of Churches: Christian Medical Commission », in *BRILL*, « Primary Source », January 1999, [en ligne], consulté le 14 décembre 2016. URL : http://www.brill.com/world-council-churches-christian-medical-commission
[442] *Ibid*.
[443] J.C. McGilvray, *The Quest for Health and Wholeness*, p. 25.

Ces assises deviennent essentielles dans la formulation des solutions et recommandations à donner au COE, en rapport avec la gestion des services sanitaires qu'il finance : la priorité étant donnée, au développement des services curatifs et préventifs, pour des collectivités de plus en plus importantes[444]. Abordant les questions de la santé et de la justice[445], Bryant applique, par-là, les notions de droit, de droit naturel, de droit positif et de justice distributive aux questions de santé humaine (des notions que l'on retrouve par la suite, presqu'entièrement dans la déclaration d'Alma-Ata). Une idée que ne partage fondamentalement pas Jenkins qui doute du fait que la notion de droit de l'homme soit « biblique », la Bible tendant plutôt à s'attaquer aux exploitations, aux oppressions, aux inégalités et aux privations, sans pour autant imposer des droits à personne[446]. La synthèse des réflexions de Bryant et de Jenkins conduit la CMC à privilégier ce qu'elle appelle par la suite, « *Comprehensive Health Care* ». Ces soins de santé dits « complets » mettent un point d'honneur sur la planification des soins de santé et des soins médicaux, avec pour but de répondre à des besoins aussi spécifiques que possibles, qui tiennent compte des ressources disponibles et des priorités clairement établies[447]. Dans cette perspective, la planification apparaît, dès lors, comme l'élément central des politiques de santé et des soins, c'est-à-dire, le moyen d'exercer « *stewardship with their resources* »[448].

Le travail engagé dans cette logique par la CMC et diverses associations religieuses, organismes bénévoles à travers le monde vise à mettre en perspective la façon avec laquelle on peut élaborer des programmes exhaustifs qui garantiraient, en même temps, l'offre de soin, le traitement, la réadaptation et la promotion de la santé[449]. Plusieurs des expériences communautaires "découvertes" par la CMC sont publiées dans le journal « *Contact* », dont le premier numéro est apparu en novembre 1970.

La présentation de trois des expériences de la CMC aux responsables de l'OMS entre 1971 et 1973, influence fondamentalement la conception de la future politique des SSP adoptée à Alma-Ata, cinq années plus tard. La première de ces expériences est révélée par J. C.

---

[444] J. H. Bryant, « Principles of Justice as a Basis for Conceptualizing a Health Care System », in *International Journal of Health Services*, n°7, 1977, pp. 707-719 ; J. H. Bryant, J. B. Richmond, « Alma-Ata and Primary Health Care », p. 164.
[445] J. H. Bryant, « Principles of Justice », p. 707.
[446] CMC, Annual Report 1973 (Bossey, Switzerland: CMC, 1973), pp. 32-33, pp. 38-44. Voir aussi S. Litsios, « The Christian Medical Commission », p.1888.
[447] WHOA/GVA, Fonds Records of the Central Registry, 3rd Generation of file, 1955-1983, file N61/348/77.
[448] CMC, *Annual Report 1970,* Bossey, Switzerland, september 1970, p. 60 ; S. Litsios, « The Christian Medical Commission », p. 1888.
[449] « The Commission's Current Understanding of its task », (paper presented at the Annual meeting of the CMC, September 2-6, 1968) ; Voir aussi S. Litsios, « The Christian Medical Commission », p.1888.

McGilvray, lors d'une enquête menée en Indonésie en 1967. Il s'agit d'un projet situé dans le Java central et que gérait le Dr. Gunawan Nugroho[450]. Ce projet est présenté en 1971 à la réunion annuelle de la CMC. Le contact établi par le Dr. Joe Wray de la *Rockefeller Foundation* à Bangkok entre Newell et Nugroho, précipite le retour de ce dernier à Genève, en juillet 1974. S'activant à achever la préparation de son *Health by the People*, Newell demande à Nugroho d'en préparer un chapitre[451]. La seconde expérience dirigée par un couple de médecins Rajanikant Arole et Maybelle Arole est menée à Jamkhed en Inde. Elle vise à l'introduction d'un système de santé viable et efficace, dans laquelle les communautés participent à la prise de décisions, par l'utilisation des ressources locales, en vue de garantir la résolution des problèmes locaux de santé et de fournir de fait, des soins complets de santé. Présenté en 1972 à la réunion annuelle de la CMC, ce projet est publié dans le journal « *Contact* ».

C'est le Dr. Ed Brown, travaillant sous l'autorité du Dr. Djukanovic, qui lui présente ce projet qu'il introduit dans son étude[452]. La troisième expérience enfin, est celle dirigée à Chimaltenango au Guatemala par Carroll Behrhorst, qui emploie des promoteurs communautaires de la santé, formés en continu, avec l'aide des prêtres et des volontaires du *Peace Corps*. À cette tâche de promoteurs s'ajoutent celles de catalyseurs communautaires intervenant dans des domaines variés de l'alphabétisation, de l'agriculture, de l'élevage, etc. Ce projet présenté à la réunion annuelle de la CMC en 1973 est, lui aussi, publié dans « *Contact* » l'année suivante, et introduit dans le document final de Newell, en 1975[453].

L'ensemble de ces expériences coïncide cependant avec les ambitions des responsables de l'OMS de donner un nouveau souffle à la structure, compte tenu, surtout, de l'échec devenu évident des politiques verticales centrées surtout sur les campagnes antipaludiques menées depuis le début des années 1950. Les relations timides[454] établies entre la CMC et l'OMS, au début des années 1970, prennent un tournant décisif lorsque James C. McGilvray adresse une lettre aux membres de la commission. Signée du 7 novembre 1973, elle demande au Dr. Thomas Adeoye Lambo, alors nouveau DGA/OMS, d'organiser une rencontre entre le personnel de la

---

[450] Ce projet débuté en 1963 consiste à l'élevage des chèvres et des poulets dans l'optique d'accroître les revenus des communautés les plus pauvres et de créer ainsi, un fonds pour leur santé.
[451] G. Nugroho, « A Community Developement Approach to Raising Health Standard in Central Java, Indonesia », in K. N. Newell (ed.), *Health by the People*, WHO, Geneva, 1975, pp. 91-111.
[452] A. Mabelle, A. Rajanikant, « A Comprehensive Rural Health Project in Jamkhed (India), in K. N. Newell (ed.), *Health by the People*, WHO, Geneva, 1975, pp. 70-90.
[453] C. Behrhorst, « The Chimaltenango Development Project in Guatemala », in K. N. Newell (ed.), *Health by the People*, WHO, Geneva, 1975, pp. 30-52.
[454] Timides car, durant le règne de Candau, il n'a pas été très favorable à la collaboration avec les associations religieuses. Ces relations étaient sinon hésitantes, du moins négatives comme l'a souligné S. Litsios, au cours de l'entretien qu'il nous a accordé.

CMC et celui de l'OMS[455]. Ce psychiatre nigérian qui est né à Abeokuta (Ogun State) en 1923 fait ses études, jusqu'à 1940 dans la prestigieuse *Baptist Boys High School* d'Abeokuta, avant de les poursuivre à l'Université de Birmingham d'où il sort nanti d'un diplôme de médecine. Il se spécialise dès 1952 à l'*Institute of Psychiatry* du *King's College of London*. Il devient, dès lors, très connu pour ses travaux d'etho-psychiatrie et d'épidémiologie psychiatrique. Cette influence l'amène au début des années 1970 au poste de Directeur adjoint de l'organisation. C'est en tant que tel qu'il transmet la requête de J. C. McGilvray -, probablement son supérieur hiérarchique à la CMC -, au Dr Mahler.

Notons aussi que le rôle de John Bryant et de Carl E. Taylor, dans la formalisation de ces rapports, comme le souligne M. Cueto, est aussi déterminant[456]. C'est plus tard, le 22 mars 1974 que le DG/OMS convoque une assise qui réunit une dizaine des cadres supérieurs de l'organisation, avec cinq responsables de la CMC. La rencontre aboutit à la création d'un comité conjoint OMS/CMC, dont l'objectif est d'explorer les possibilités de collaboration et de coopération relative à leurs préoccupations mutuelles. Malgré la disparité de taille entre les deux institutions, leurs leaders mettent en place une coopération exceptionnellement fructueuse[457], dont le résultat le plus significatif est la formulation par les responsables de l'OMS, en 1975, des principes de base des SSP, qui marquent pour la suite, un changement majeur dans les priorités de cette OI du système des NU.

Parmi le personnel de l'OMS présent à cette rencontre, seul Newell réagit avec enthousiasme aux propositions de la CMC, sans doute en raison de la connaissance qu'il a du travail sanitaire de cette commission, et des valeurs communes qu'il partage avec elle, en rapport avec le développement humain et sanitaire. La collaboration ainsi engagée débouche sur l'incorporation des trois expériences précédemment évoquées, dans le document final préparé par Newell : *Health by the People*. Elles sont même considérées comme une extension de l'étude des approches alternatives au cœur des préoccupations de l'organisation, depuis la fin des années 1960. Cette collaboration entre experts constitue à l'échelle internationale, une interaction entre réseau d'acteurs réunis autour du projet des SSP. La constitution de tels réseaux permet de postuler l'hypothèse d'un « horizon occidental », et, notamment, étatsunien, dans la formulation de la politique des SSP. Faire une telle supposition serait ainsi ignorer le

[455] McGilvray letter from author's personnal file. Cité par S. Litsios, « The Christian Medical Commission », p. 1890.
[456] M. Cueto, « The origins of Primary Health Care », p. 1865.
[457] *Ibid*.

rôle central joué dans ce processus, par les groupes et réseaux d'acteurs régionaux, et les autorités politiques nationales.

1.2.3. L'action des bureaux régionaux (BR) dans la formulation des SSP et de l'IB : cas du BR/AFRO

La participation des bureaux régionaux de l'OMS, des États membres de diverses régions et des autorités sanitaires de ces pays à la préparation de la conférence est à relever. Elle apparaît même comme centrale, et consiste surtout à l'organisation dans chaque région, des réunions préparatoires, en prélude à la ICPHC. En marge des réunions régionales, ont eu lieu des rencontres nationales poursuivant le même objectif. Un programme de deux années est en effet mis en place dans ce sens, avec pour but de favoriser un échange de vue sur les SSP. Des campagnes de vulgarisation de ces soins d'un type nouveau, interviennent à toutes les échelles (régionale, sous régionale et nationale)[458]. On compte ainsi, quatre réunions extraordinaires des ministres des pays membres de l'organisation panaméricaine de santé tenues à Washington, en septembre 1977, une réunion mixte UNICEF/OMS à New Delhi en novembre de la même année, une conférence des SSP dans les pays industrialisés à New York en décembre, et un congrès international des ONG sur les SSP à Halifax au Canada, en mai 1978[459].

En Afrique, par ailleurs, les responsables régionaux et ceux du secrétariat général de l'OMS favorisent l'organisation des réunions préparatoires de formation et d'information sur les SSP. Outre ces rencontres, il convient de souligner l'importance que prennent ici les journées d'études et les tables rondes ou séminaires organisées dans chaque pays, et consacrés aux problèmes que posent, au niveau local, la mise en œuvre des SSP. Des échanges de vues de niveau régional sur les SSP se tiennent ainsi en Angola, au Burundi, au Cap-Vert, en RCA, au Congo, au Ghana, en Guinée Bissau, en Haute-Volta (actuelle Burkina Faso), au Kenya, à Madagascar, au Mali, et au Niger. Des journées d'études organisées conjointement par l'OMS

---

[458] WHOA/GVA, « International Conference on Primary Health Care: Preliminary UNICEF suggestions about major issues for the Conference Agenda and the Basic Report to the Conference », in WHO, ICPHC-1978, P21/87/5, Chemise 3 ; AOMS/BZV, Résolutions AFR/RC26/R2, AFR/RC26/R4, AFR/RC26/R7, in Recueil des résolutions et décisions du Comité régional de l'Afrique, 10e édition, partie I, p. 8, partie III, p. 14, partie VI, p. 15 ; AOMS/BZV, Rapport du Directeur régional (1975-1976) au Comité régional de l'Afrique, pp. 16-18.

[459] OMS, Alma-Ata 1978. Les soins de santé primaires : rapports sur la conférence internationale sur les soins de santé primaires Alma-Ata (URSS), 6-12 septembre 1978, rapport conjoint de l'OMS et de l'UNICEF, OMS, Genève, 1978.

et l'UNICEF sur le même sujet ont lieu au Swaziland, au Botswana et au Lesotho, pour les pays de l'Afrique méridionale ; au Niger, pour les pays du Sahel (Mauritanie, Sénégal, Gambie, Mali, H. Volta, Niger, Tchad) ; et à Brazzaville, pour les autres. Les comptes rendus issus de ces différentes réunions régionales furent révisés et résumés par le BR/AFRO. Ledit résumé a servi de document de travail à la réunion régionale des experts SSP à Brazzaville, du 7 au 11 mars 1977.

Si certains y prennent part comme « membres du tableau d'Experts », d'autres, au contraire, y participent comme observateurs. Comme experts des pays anglophones présents, nous avons la Dr. V. Mojekwo du Nigéria, D. N. Mbai du Kenya, le Dr. Beausoleil du Ghana, L. L. Mtetwa du Swaziland, et la Dr. Mashaiaba du Botswana. Pour l'Afrique lusophone, le Dr. Boal de Guinée Bissau, et pour l'Afrique francophone, le Dr. Wrigth du Niger, le Dr. Seraphin de Madagascar, le Pr. Lantum du Cameroun, et le Dr. Bangoura-Alegaut de Guinée[460]. À côté de ces experts, de nombreux observateurs sont aussi invités dont : Mahoukou du Congo, Mme Toure de Côte d'Ivoire et représentante de l'UNICEF, Mc'Dowell du Kenya, Diaw, représentant du PAM à Brazzaville, etc[461]. Le but de ce rendez-vous de Brazzaville est alors « l'échange d'expérience et d'informations sur le développement des SSP dans le cadre des systèmes et des services nationaux complets, et de la promotion dans le monde de la notion de SSP »[462], dans l'optique de renseigner la conférence sur les expériences et les approches nationales. Prennent aussi part à ces différents échanges, les responsables des ministères africains de la santé, ceux de la planification, du développement rural, de l'enseignement supérieur, des ONG des professions médicales surtout, etc.

Les réunions régionales examinent les rapports des discussions nationales, pour incorporation dans le rapport général que soumet Mahler, lors de la conférence. Ces rapports issus des réunions régionales sont ainsi regroupés dans un document de travail unique qui a servi de cadre aux débats, à Alma-Ata. La participation des autorités nationales sous régionales et régionales à la ICPHC, depuis sa phase de préparation jusqu'à sa tenue effective, en septembre 1978, permet d'appréhender les politiques sanitaires mises en œuvre dans ces zones du monde, non comme le résultat d'un pouvoir néo-impérial, mais comme le produit d'un

[460] WHOA/GVA, « Réunion régionale d'Experts sur les Soins de santé primaires – Brazzaville, 7-11 mars 1977 », in WHO, ICPHC-1978, P21/87/5, Chemise 1.
[461] *Ibid*.
[462] *Ibid*.

« ordre négocié », même si la question des rapports de force qui régissent ces négociations reste entièrement posée.

Tableau 5 : Liste des délégués des pays d'Afrique centrale, conférence d'Alma-Ata (1978)

Pays participants	Délégués	Fonctions
Central African Empire	**Pr. Georges Pinerd**	Minsanté (Bangui)
	M. Barthélémy Refio	Chef/serv./Plan./éco/soc./Minplan, de la coop. Et de la stat
	Dr. Prosper Thimossat	DG Sté Pub./Minsanté (Bangui)
Chad	Dr. Simon Djelardje	Hôp. Cent. (Ndjamena)
	Dr. Ernest Ivoulsov-Douphang	Méd.-Chef Cent. Méd. Koumra
	Dr. Peter Knebel	Chef Bur. de Prog. (Dir. Et. et Form. de Pers. Med.)
	Dr. Ousmane Traore	Méd.-Chef/Cent. Méd. Amtiman
Congo	Dr. Simon Batanga	Méd. Insp. de la Rég. de la Sangha
	Dr. Daniel Bouanga	Méd. Insp. de la Rég. de Niari (Loubomo)
	M. Jean Raphael Kouetete	Chef de la Div. des Serv. de Sté Mater et inf. au SG de la Santé (BZV)
Equatorial Guinea	**Dr. Buiyabana Sitoga**	Sec. d'État à la P.R.
	Dr. Mansuy Nguema Nchama	Minsanté
	Dr. Mba Obono Ndongo	DG Santé
Gabon	Dr. Louis Adande Menest	DG Santé Pub. (MSPP)
	M. Jean-Robert Eboulia	Dir. cont. des Prog./Minplan
	Mme Antoinette Oliveira	Sec. État/MSPP, des Af. Soc., des anciens comb., des vict. de Guerre et de la Prom. Fem.
U. Republic of Cameroon	**Dr. Simon Atangana**	Dir. Santé Pub. (Minsanté)
	Dr. Thomas Choffor Nchinda	Sen. Lect. in Comm. Med. (UCHS-Ydé)
Zaïre	Dr. Kabamba Thambwe	Méd. Insp. Rég. Bas-Zaïre Dpt Sté
	M. Lusambulu-Muensakala	Gest. Créd./Dpt Santé Pub.
	Dr. Nkondi Minkola Ndosimau	Dir. serv. Méd-soc./Dpt Santé Pub.
	Mme Phaka Nimy	Pdte Assoc. des Inf. du Zaïre

Source : Extrait du rapport de la conférence d'Alma-Ata, in WHOA/GVA, WHO, ICPHC-1978, P21/87/5, Chemise 9[463].

[463] Le tableau est construit dans l'ordre alphabétique anglais. Et les noms en gras sont ceux des responsables des délégations. Pour les abréviations, le lecteur lira :

C'est en tout, l'ensemble des pays de la sous-région Afrique centrale qui, *via* leurs délégués, ont pris une part active à la ICPHC. Comme pour le cas des SSP, l'adoption de l'IB a nécessité une forte mobilisation des autorités régionales et sous-régionales, et de l'ensemble des ministres de la santé des pays de la région. Leur adhésion a été déterminante, pour l'adoption de cette initiative, comme nous l'avons souligné plus haut.

2. D'Alma-Ata à Bamako ou l'indispensable rôle des rendez-vous internationaux

C'est en effet, lors de la 23e Assemblée mondiale de la santé (AMS) tenue à Genève en mai 1970 que, sur proposition du délégué soviétique, le Dr. Dmitri Venediktov, fut adoptée la Résolution WHA23.61, portant sur les « *Basic Principles for Development of Health Services* », alors même qu'aucune autre délégation ne s'était préparée à en discuter[464]. L'adoption de cette résolution donne lieu, l'année suivante, au choix par le Comité Exécutif (CE), des méthodes qui permettent d'assurer la promotion du développement de ces services de santé base. En 1972, un comité conjoint OMS/UNICEF, commis à l'étude des politiques sanitaires, se charge d'évaluer les services de santé de base existants, et la division du renforcement de ces services

---

Cent. Méd. = Centre médical.
Chef Bur. de Prog. (Dir. Et. et Form. de Pers. Med.) = Chef du bureau de de la programmation (directeur des études et de la formation de personnels de santé).
Chef de la Div. des Serv. de Sté Mater et inf. au SG de la Santé = Chef de la division des services de santé maternelle et infantile au secrétariat général de la santé.
Chef/serv./Plan./éco/soc./Minplan, de la coop. Et de la stat = Chef service de la planification économique et sociale au ministère de la planification.
DG Sté Pub./Minsanté = Directeur général de la santé publique au ministère de la santé.
Dir. cont. des Prog./Minplan = Directeur du contentieux et des programmes au ministère de la planification.
Dir. serv. Méd-soc./Dpt Santé Pub. = Directeur du service médicale et social, département de la santé publique.
Gest. Créd./Dpt Santé Pub. = Gestionnaire de crédit du département de la santé publique.
Hôp. Cent. = hôpital central.
Méd. Insp. de la Rég. = Médecin inspecteur de la région.
Méd.-Chef = Médecin chef.
Minsanté/MSPP = Ministère de la santé/Ministère de la santé de publique et de la population.
Pdte Assoc. des Inf. = Présidente de l'association des infirmière.
Sec. d'État à la P.R. = Secrétaire d'État à la Présidence de la République
Sec. État/MSPP, des Af. Soc., des anciens comb., des vict. de Guerre et de la Prom. Fem. = Secrétaire d'État au ministère de la santé publique et de la population, des affaires sociales, des anciens combattants, des victimes de guerre et de la promotion de la femme.
Sen. Lect. in Comm. Med. (UCHS-Ydé) = Senior Lecturer in comminuty medicine (University Center of Health Sciences-Yaoundé).

[464] De l'avis de Litsios en effet, « *It was Venediktov who alerted the twenty-third World Health Assembly, in 1970, that the Soviet delegation wished to propose a resolution "on the scientific or rational principles upon which the development of a national public health system should be based". From the discussion, it seems clear that the other delegations were not well prepared to discuss the resolution's contents adequately. Nevertheless, before WHA23.61 was adopted, some changes were introduced and passed* ». Voir S. Litsios, « The long an difficult road », p. 712. Voir WHOA/GVA, *Officials Records*, n°185, pp. 58, 204-207, Geneva, 1970.

qui en découle est placée sous la direction du Dr. K. N. Newell. Les recherches sur les SSP qu'il conduit, et dont nous avons précédemment fait mention, sont soumises à l'approbation des conseils d'administration de l'OMS et de l'UNICEF. Ces travaux de Newell réalisés à la suite de celui de l'OMS et l'UNICEF de 1974, et notamment ceux réunis dans son « *Health by People* » sont en effet un rapport de dix programmes de santé différents, issus de neuf pays[465], comme précédemment évoqué. Ils viennent souligner l'urgence de la tenue d'une conférence sanitaire internationale, dont l'URSS, par la voix du Dr. Dmitri Venediktov, avait depuis 1974, sollicité l'organisation.

À la veille du conseil exécutif (CE) de l'OMS, en janvier 1976, en effet, le ministre adjoint de la santé et délégué soviétique à l'OMS, le Dr. Dmitri Venediktov, sans préavis, fait irruption dans le bureau de son collègue, le DGA/OMS, le Dr. Tejada-de-Rivero. Sans détour, il lui fait la proposition suivante : "*I'll give you US$ 2 millions for an international conference on primary health care*"[466]. Face à la surprise que cette offre suscite de la part du DGA et de sa probable objection, Venediktov refait sa proposition le jour suivant au CE qui l'accepta[467], à la seule condition que la ICPHC ne se tienne pas à Moscou, mais dans un pays en développement. Cette proposition tenait sans doute compte de l'influence que pourrait avoir la tenue d'une telle conférence dans la capitale du socialisme mondial, à un moment où le monde était divisé entre les sphères d'influence orientale et occidentale, chinoise et soviétique, et où les SSP, concept nouveau à l'époque, allaient devenir « *the unlikely vehicule for a political and ideological battle, especially in the socialist camp* »[468].

En effet, depuis qu'il avait été décidé, en mai 1975, lors de la 28e AMS (résolution EB57. R27 du Conseil Exécutif) de mettre en application la proposition soviétique d'organiser une conférence sanitaire internationale sur les SSP, on n'avait pas pu trouver des fonds, encore moins, un lieu adéquat pouvant l'accueillir. Plus d'une délégation à l'OMS avait pourtant fait la proposition d'abriter sur son territoire ladite conférence. C'est le cas notamment de l'Iran, du Costa Rica, de l'URSS, et du Gouvernement égyptien. Ce dernier avait annoncé, depuis le 28 octobre 1975, son vœu de voir l'Egypte servir de cadre à l'organisation de cette conférence.

---

[465] Il s'agit de la Chine d'abord, du Cuba, du Guatemala, de l'Inde, de l'Indonésie, de l'Iran, du Niger, de la Tanzanie, et du Venezuela.
[466] WHOA/GVA, « United Nations Economic and Social Council, United Nations Children's Fund, Executive Bord, 29 October 1976 », in WHO, ICPHC-1978, P21/87/5, Chemise 1. Voir aussi F. Fleck, « Consensus During the Cold War », p. 745.
[467] AOMS/GVA, « Brief summary of the discussions held between the USSR health authorities and members of the WHO secretariat in relation to the International conference on Primary Health Care. Moscow, 2-10 septembre 1976 », in WHO, ICPHC-1978, P 27/87/5, Chemise 1.
[468] F. Fleck, « Consensus During the Cold War », p. 745.

Relativement aux requêtes égyptienne et soviétique, le DG/OMS, le Dr. Mahler écrit dans une correspondance signée à Genève le 16 février 1976 : « *Invitations to host this conference have already been received from the Governments of Republic of Egypt and of the Union of Soviet Socialist Republics; the Government of the Union of Soviet Socialist Republics has also offered to provide financial support* »[469].

À côté de ces deux candidatures très tôt manifestées, on peut aussi noter celle tardive du Portugal adressée par A. de Paiva Brandão, Directeur du cabinet de la planification au ministère portugais de la santé et de l'assistance, au Dr. Mahler le 16 novembre 1976. Un système d'alliances se constitue très vite autour de ces sollicitations, surtout du côté soviétique. Celles-ci (ces alliances) sont matérialisées par le soutien de certains États à la candidature de leurs alliés. C'est ainsi par exemple que la République démocratique allemande[470], par le truchement du Pr. L. Mecklinger, annonce au Dr. Mahler le 17 mars 1976, le soutien de la RDA à la candidature de l'URSS, comme pays hôte de la conférence. L. Mecklinger écrit : « *(…) the GDR very much supports the invitation extended by the Government of the USSR to act as host to this important International Conference* »[471]. Le 22 mars 1976, c'est au tour de Jaroslav Stáhl, chargé d'affaire par intérim du ministère des affaires étrangères de la République socialiste tchécoslovaque, d'annoncer au Dr. Mahler le soutien de son Gouvernement à la candidature de l'URSS.

La responsabilité du choix de la ville hôte de la conférence est confiée à Tejada-de-Rivero, qui dut prendre un peu plus de 29 mois et plusieurs voyages en URSS (Azerbaïdjan, Kazakhstan, et Tadjikistan) et dans d'autres pays pour le faire, hésitant entre le Costa-Rica, l'Iran et l'Egypte. Face aux pressions répétées du Gouvernement de Moscou, d'héberger la conférence en URSS[472], aux soutiens de ses alliés et à l'appui financier qu'il propose, l'Egypte qui était prête à mobiliser « toutes les ressources nécessaires », se trouve dans la contrainte de retirer sa candidature vers la fin du mois de mars 1976. S. Litsios fait même allusion aux pressions diplomatiques que le Kremlin aurait exercées sur le Caire, pour l'amener à

---

[469] WHOA/GVA, « International Conference on Primary Health Care », in WHO, ICPHC-1978, P 21/87/5, Chemise 1.
[470] La *Deutsche Demokratische Republik* ou Allemagne de l'Est, est un ancien État communiste européen créé le 7 octobre 1949 par les communistes allemands alliés à l'URSS, à partir de la zone d'occupation soviétique en Allemagne. Berlin-Est, le secteur soviétique de la ville était sa capitale.
[471] WHOA/GVA, « Letter from Pr. Dr. L. Mecklinger to Dr. Mahler, 17 March 1976 », in WHO, ICPHC-1978, P 21/87/5, Chemise 1.
[472] F. Fleck, « Consensus during the Cold War », p. 745. Voir aussi S. Litsios. Pour cet auteur en effet, « *No other delegation pressured WHO in as consistent and aggressive a manner as the Soviets* ». S. Litsios, « The long and difficult road », p. 710.

reconsidérer son offre[473]. Par ailleurs, la candidature du Costa Rica que soutient activement Washington n'a que trop peu de chances d'être retenue car, outre les installations nécessaires (hôtels et salle de conférence), le pays ne peut offrir l'appui financier nécessaire. L'Iran enfin, pose un problème de stabilité politique[474]. La possibilité de tenir cette conférence à Genève fut aussi évoquée. Mais « *nobody could match the economic offer of the Soviet Union* »[475]. Un comité ad hoc des membres du CE est constitué (voir annexe 4) pour décider des objectifs détaillés, de l'ordre du jour, du lieu, de la date, des éventuels participants et des étapes préparatoires de cette conférence sur les SSP.

Le 15 juin 1976, le DG/OMS, le Dr. Mahler, annonce au ministre soviétique de la santé, Rabmanovakij : « *One of the recommandation of the ad hoc Committee was the unanimous decision to accept the invitation of the Government of the USSR to hold the Conference at a site to be selected in the USSR in August/September 1978* »[476]. Moscou ne peut cependant abriter la conférence en raison de l'opposition de certains responsables de l'OMS, qui suggèrent une ville provinciale. C'est ainsi que d'un commun accord entre Tejada-de-Rivero et Venediktov, Alma-Ata, l'ancienne capitale du Kazakhstan, est retenue pour abriter cette conférence internationale sur les SSP, du fait qu'elle a de l'avis de l'ex-DGA/OMS lui-même, « *a very impressive conference hall* », et en raison du dynamisme de son ministre de la santé le Pr. Turgeldy S. Sharmanov.

---

[473] S. Litsios, « The long and difficult road », p.715.

[474] Les contestations au pouvoir pro-occidental du Shah d'Iran Mohammad Reza Pahlavi, arrivé au pouvoir en 1953 débouchent en octobre 1977 et février 1978, à des violentes manifestations de masses. Celles-ci ont pour conséquence la révolution iranienne, qui transforme l'Iran en république islamique, à la suite du renversement de la dynastie Pahlavi.

[475] M. Cueto, « The origins of Primary Health Care », p.1867.

[476] Voir WHOA/GVA, « Letter from Dr. Mahler to the Minister of Health of the USSR », in WHO, ICPHC-1978, P 21/87/5, Chemise 1 ; voir aussi dans le même dossier, « Minute of an informal meeting of the Ad Hoc Committee of Executive Board on the International Conference on Primary Health Care, Friday, 30 January 1976 ».

Image 13 : The ICPHC at the *Lenin Convention Center* in Alma-Ata (1978)





Source : WHOA/GVA

Pour M. Cueto, le choix de cette ville s'explique par des remarquables améliorations sanitaires observées dans la zone arrière de la Russie tsariste[477]. Ce pays constitue, par ailleurs, le lieu dans lequel le Gouvernement soviétique avait choisi de développer ses programmes spatiaux et militaires durant la Guerre froide[478], en plus de sa proximité avec la Chine. Le choix d'Alma-Ata comme ville hôte n'est donc pas anodin, et s'inscrit dans le contexte des rivalités politiques qui prévalent dans le monde à cette époque-là. Le Gouvernement soviétique y construit, en moins d'une année un hôtel de plus de 1000 lits. Le *Lenin Convention Center* avec son auditorium de 3000 places, son système d'interprétation et d'écouteurs à chaque siège[479] va servir de cadre de débats, aux délégués venus de plus d'une centaine de pays (134 au total), d'une douzaine d'organisations des NU et de plus de 50 ONG[480]. « *The event was a small Soviet victory in the Cold War* », conclut M. Cueto[481]. La conférence de 1978 débouche sur la déclaration d'Alma-Ata, adoptée le 29 novembre 1979, par la 34e AMS (WHA34/58), lors de sa 82e séance plénière (voir en annexe 5, la Déclaration d'Alma Ata sur les SSP).

Pour ce qui est de l'IB, elle est adoptée à la suite d'une réunion des ministres africains de la santé à Bamako lors de la 37e session du CR/AFRO qui s'y tient cette année. La rencontre

---

[477] M. Cueto, « The origins of Primary Health Care », p. 1867.
[478] C'est en 1956 qu'est créé au Kazakhstan le cosmodrome de Baïkonour. Il s'agit d'une base de lancement russe située au centre de ce pays, tout proche de la ville de Baïkonour. Le site a été choisi en 1955 pour abriter un centre de lancement destiné à mettre au point des missiles balistiques intercontinentaux R-7 Semiorka de l'URSS. Le développement de l'activité spatiale russe sous l'impulsion des équipes de Korolev, fait du centre de Baïkonour celui dans lequel seront placés en orbite, les premiers satellites artificiels et le premier homme dans l'espace. Pour plus de précision voir « Russian Space Web », [en ligne], consulté le 15 novembre 2016. URL : http://www.russianspaceweb.com/baikonour_town.html
[479] F. Fleck, « Consensus during the Cold War », p. 746.
[480] WHOA/GVA, « Report of the International Conference on Primary Health Care. Alma Ata, USSR, 6-12 September 1978 », in WHO, ICPHC-1978, P21/87/5, Chemise 9.
[481] M. Cueto, « The origins of Primary Health Care », p. 1867.

de Bamako de cette seconde moitié des années 1980 est consécutive de celle d'Harare tenue quelques jours plus tôt. Du 3 au 7 août 1987, en effet, les autorités de l'OMS convoquent une réunion interrégionale dans la capitale zimbabwéenne, relative au renforcement des districts de santé. La réunion s'inscrit alors dans le cadre de l'objectif de SPT adopté à Alma-Ata en 1978. Elle débouche sur la déclaration connue aujourd'hui sous le nom de « Déclaration d'Harare » : "*Harare Declaration on strengthening district health systems based on Primary Health Care*". Ladite déclaration mentionne ainsi la volonté de l'ensemble des experts représentés venus de différents pays de mettre en place, de manière effective, la stratégie des SSP et notamment : 1) la décentralisation de la gestion des ressources humaines et financières ; 2) la mise en place d'un processus de planification décentralisé au niveau du district de santé ; 3) le renforcement de l'implication communautaire ; 4) la promotion de l'action intersectorielle ; 5) le développement du leadership en matière de SSP, ainsi que ; 6) la mobilisation des acteurs et la redéfinition du rôle et du fonctionnement de l'hôpital, etc.[482]. C'est sur la base de ces propositions que quelques semaines plus tard, se réunissent à Bamako, sous le leadership de Mahler et de Grant, les ministres africains de la santé. Il est question de passer à la phase de la mise en œuvre des résolutions issues de la rencontre d'Harare.

Aussi bien la conférence d'Alma-Ata que celle d'Harare et de Bamako viennent souligner le rôle central joué par les rencontres sanitaires internationales dans la formulation des politiques sanitaires à prétention universelle, mises en œuvre dans la région africaine, en général, et dans la sous-région Afrique centrale, en particulier. Toutefois, si nous convenons avec V. Lemieux qu'il existe trois processus qui permettent de qualifier une politique publique (l'émergence, la formulation, et leur implantation ou mise en œuvre), c'est dire que l'adoption de cette dernière n'est rien moins que la procédure officielle, qui peut, soit l'anticiper, soit alors l'avaliser[483]. De ce point de vue, les politiques sanitaires adoptées lors des rencontres internationales sus évoquées deviennent des « grand-messes », où le choix et l'opportunité des débats sont souvent préalablement définis par les fonctionnaires et/ou les experts nationaux, régionaux et internationaux.

L'absence d'ailleurs très remarquée des leaders des communautés locales (principales bénéficiaires des soins) aussi bien lors des rencontres préparatoires régionales, de la conférence

[482] WHO, « Harare Declaration : Declaration on Strengthening District Health Systems Based on Primary Health Care », Harare, Zimbabwe, 7 August 1987.
[483] V. Lemieux, *L'étude des politiques publiques, les acteurs et leur pouvoir*, (2e éd.), Québec : Les Presses de l'Université de Laval, 2002.

d'Alma-Ata, elle-même, ou des réunions d'Harare que de Bamako ne permet-elle pas de le confirmer ? Celle-ci ne laisse-t-elle pas déjà préfigurer l'échec de la participation communautaire (élément essentiel de l'ensemble de ces réformes) ? Quoi qu'il en soit, le constat que les discours réformateurs issus de ces rendez-vous internationaux sont presque toujours en déphasage avec l'implantation pragmatique[484] des solutions sur le terrain, vient confirmer l'hypothèse selon laquelle aucune politique, fût-elle de santé, n'est ni monolithique, ni linéaire[485]. C'est en tenant compte de cette précision que nous tentons de comprendre les échecs des politiques sanitaires mises en œuvre en Afrique centrale surtout.

3. Acteurs institutionnels et communautés locales : entre dépendance, souveraineté et échec des politiques de développement sanitaire en Afrique centrale

La littérature actuelle sur l'analyse anthropologique du développement permet de distinguer trois principaux courants[486] qui tentent de justifier les échecs des politiques de développement dans les pays dits sous-développés. Il s'agit de l'approche « déconstructionniste », qui insiste principalement sur les écarts entre la rhétorique sur le développement et les pratiques, en présentant celui-ci sous l'angle de la domination des populations du Sud par ceux du Nord. Le second courant qualifié de « populiste », accorde une importance capitale et utopique aux « savoirs indigènes », en prêtant aux populations locales et aux acteurs « d'en bas », toutes les compétences et les capacités imaginables. La dernière approche enfin se situe à la croisée des deux premières, et cherche à comprendre les relations entre les deux courants. Cette approche dite « néo-interactionniste » trouve ses origines dans l'interactionnisme de l'école de Chicago. Il est nécessaire pour mieux interpréter les résultats des politiques de développement, surtout dans le secteur de la santé, de se pencher sur l'analyse des interactions entre les acteurs sociaux dont les cultures sont différentes, en faisant

[484] On parle encore de « *implementation gap* » pour mettre en valeur l'opposition de phase entre l'implantation pragmatique d'une politique et ce qui avait été prévu.
[485] Monnier pense même que les politiques publiques vivent suivant un rythme ou un processus « tourbillonaire », dans la mesure où leur formulation, leur mise en œuvre et leur évaluation, sont en évolution à la fois constante et itérative, responsable de temps à autre, de certaines « dérives ». Cf. E. Monnier, *Évaluations de l'action des pouvoirs publics. Du projet au bilan*, Paris, Economica, 1992.
[486] J.-P. Olivier de Sardan, *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*, Paris, APAD-Karthala, 1995.

l'inventaire des contraintes subies par les uns et les autres, en vue de décrypter les stratégies déployées par chacun d'eux[487]. C'est dans cette perspective que nous inscrivons[488].

3.1. Politiques sanitaires en Afrique centrale entre dépendance et souveraineté

Avec l'œuvre des missions et des administrateurs coloniaux, est inaugurée l'ère des transferts de connaissances et des techniques, considérées par les réformateurs comme essentielles pour l'amélioration des conditions de vie des peuples dominés. Missionnaires et colons mettent ainsi en place des écoles, des hôpitaux, des centres de santé, des dispensaires, etc., dans l'optique d'accroître le rendement et d'instaurer leurs propres habitudes politiques, économiques, et socio-culturelles. À cette œuvre missionnaire et coloniale vient se greffer celle des sociétés « philanthropiques » comme la *Ford Foundation* ou la *Rockefeller Foundation*, initiatrices de la diffusion des savoirs scientifiques et techniques des États-Unis. Cette œuvre des fondations américaines accélère, par conséquent, les investissements des métropoles en faveur de leurs colonies[489]. Au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, surtout, ces investissements des empires coloniaux d'Europe tendent à contrecarrer les velléités impérialistes des États-Unis et de l'Union soviétique envers leurs possessions, en ce temps de Guerre froide marqué par l'affrontement entre les deux « supergrands », et la création des zones d'influence. L'ensemble de ces initiatives entreprises durant cette période favorise

---

[487] *Ibid*., p. 221.

[488] Il convient en effet, pour comprendre les échecs des politiques de santé en Afrique, d'analyser les décalages entre divers intérêts et les diverses rationalités des « développeurs »/« développementeurs », mais aussi, des « développés », ou mieux, de déplacer la réflexion vers la mise en lumière des « liens d'échange, d'alliance, de rejet ou d'exclusion » en vue de comprendre comment les différents acteurs sont parvenus à mettre en place, ce qu'il est convenu d'appeler cet « ordre négocié ». Voir A. L. Strauss, *La trame de la négociation : Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, 1992.

[489] La Grande Bretagne crée ainsi dès 1929, une loi qui prévoit l'affectation d'un million de livres sterling par an, aux propositions présentées par les autorités coloniales au *Colonial Office*. Cette somme est majorée dès 1940 à 5 millions par an. L'adoption en 1945 du *Colonial Development and Welfare Act* (expression coloniale du nouvel État-providence) fait passer en 1956 à plus de 120 millions de livres les sommes investies dans les colonies anglaises : soit plus de 60% consacrés à l'Afrique et destinés aussi bien à l'éducation, la formation des fonctionnaires coloniaux, et la recherche. Pour ce qui est de l'administration coloniale française, elle met en place, par la loi du 30 avril 1946, le Fonds d'investissement pour le développement économique et social (FIDES), dont l'objectif déclaré est « l'établissement, le financement et l'exécution de plans d'équipement et de développement des territoires d'outre-mer ». Le FIDES est censé financer les deux plans de développement qui se succèdent (1948-1953 ; 1953-1959), et concerne essentiellement les colonies françaises d'Afrique et de Madagascar. Il vise ainsi à « moderniser ces territoires » et favorise par exemple la construction des routes, et des infrastructures scolaires, sanitaires, et les instituts de recherches. Le même mouvement est observé dans les possessions belge et portugaise à partir de 1930, avec l'approbation de « l'Acte colonial ». Voir à cet effet, P. Guillaume, *Le monde colonial : XIXe - XXe siècle*, Paris, A. Colin, 1994 ; *L'assistance technique aux pays insuffisamment développés*, 1ère partie, La Documentation française, n°1928, 1954, p. 4.

l'établissement des liens de dépendance fondés, avant tout, sur les notions d'aide et surtout d'"assistance technique".

Il convient de rappeler que le concept d'"assistance technique" est initié vers la fin des années 1940 dans les discours des fondateurs de l'ONU, à travers le "Programme Élargi d'Assistance Technique en vue du développement économique des pays insuffisamment développés" (PEAT), qui trouve ses origines dans le fameux « Point IV » du discours d'Harry Truman. Si ce programme d'assistance a à la base une connotation religieuse (aider son prochain), elle a aussi des justifications géopolitiques[490]. Cette idée d'assistance est perçue par le potentiel assisté, comme salutaire. Elle devient très tôt, la référence dans les relations internationales, en même temps qu'elle favorise l'émergence de deux pôles ("développés"/"sous-développés") dans lesquels les rapports ne sont plus simplement régis par des règles de la solidarité ou de la générosité, mais par celles de la "responsabilité sociale" du premier groupe envers le second.

Les enjeux d'augmentation de la rentabilité, de définition des modèles, de pénétration et de développement de nouveaux marchés, etc., justifient une telle "responsabilité"[491]. L'assistance technique de l'ONU devient par le fait même, l'instrument de perpétuation du modèle d'assistance coloniale car, si ses institutions spécialisées ne peuvent compter en majorité que sur une expertise coloniale et étatsunienne[492], pour les colons, par contre, il convient de consolider les mécanismes d'aide existants. Cette nécessité favorise la mise en place des outils de l'assistance technique : envoi d'experts, réception des étudiants et stagiaires, diffusion de la documentation technique, catalogues industriels et envoi de matériel et la recherche, etc.[493]. Ces caractéristiques de l'assistance traduisent la logique de maintien d'une

---

[490] Dans son discours du 20 janvier 1949, Truman présente son programme de reconstruction mondiale et son 4e thème depuis lors connu comme le « Point IV ». Ce point prévoit l'adoption d'un programme d'assistance technique aux pays sous-développés. L'un des arguments qu'il mobilise est l'intérêt d'une telle assistance pour les pays riches. Truman précise : « … *nous avons souvent grand besoin de leurs ressources (celles des pays sous-développés) et du produit de leur labeur. Si la productivité et le pouvoir d'achat de ces pays s'accroissent, notre propre industrie et notre propre agriculture en bénéficieront… En augmentant la production et le revenu national des pays économiques moins développés, nous ajoutons à notre propre stabilité économique* ». Extrait du discours du président Truman, in *L'Assistance technique aux pays insuffisamment développés*, 3e partie, La Documentation française, n°1930, 1954, p. 3.

[491] G. Rist se demande par exemple si le développement n'est pas « autre chose que l'extension planétaire du système de marché ». Il pense ainsi que celui-ci ne serait en fait qu'une des composantes de l'idéologie de la croissance qu'il viendrait légitimer en portant un espoir collectif dont on ne questionne plus la pertinence. Voir G. Rist, *Le développement. Histoire d'une croyance occidentale*, Paris, Presses de Science Po, Coll. « Monde et sociétés », 2013 (4e éd. revue et augmentée).

[492] Une évaluation du PEAT en 1965 révèle que la proportion d'experts employés par le bureau de l'assistance technique (BAT) jusqu'à cette date vient en majorité des anciens empires coloniaux d'Europe. Cf. Chap. II.

[493] Ces mécanismes tendent surtout à résoudre dans les métropoles, le problème des modalités pratiques de la reconversion des anciens fonctionnaires coloniaux qui se pose surtout après les indépendances. Mais dès le départ,

présence qui refaçonne les dynamiques de dépendance. Elles trouvent une expression particulière dans le domaine social de la santé qui nous intéresse.

En rapport avec ce domaine spécifique justement, il nous a été donné de voir dans le premier chapitre de cette thèse, comment les épidémies (lèpre, peste, syphilis, fièvre jaune, choléra, etc.), au principe de la solidarité des riches à l'endroit des pauvres (interdépendance) ont été créatrices d'une "civilisation" portée tout d'abord par les premières OI de santé. Avec la création de l'OMS, en 1948, cette même solidarité imprégnée d'idées d'assistance, anime l'esprit des fondateurs de l'organisation. La collaboration qu'ils initient de 1950 à 1965 avec la Commission pour la Coopération Technique en Afrique au Sud du Sahara (CCTA) pour œuvrer à la recherche des solutions conjointes aux problèmes sanitaires des territoires africains, apparaît ici comme illustrative (cf. Chap. II). Les « transactions hégémoniques »[494] passées en ce sens dès 1960, entre les autorités des nouveaux États et celles des anciennes métropoles et entre fonctionnaires de part et d'autre, s'appliquent ainsi, aussi bien dans le cadre des rapports bilatéraux que dans des espaces internationaux. Il apparaît alors évident que la dépendance et plus singulièrement le discours de l'assistance technique (développement) s'est construit progressivement sur un mode opportunément « technicisé »[495].

Cette technicisation du discours de l'assistance permet de légitimer l'action des techniciens au sein des organisations internationales comme l'OMS, dans le but d'asseoir le leadership des anciens colons sur leurs ex-possessions, et de moderniser l'image des fonctionnaires coloniaux devenus, pour la plupart « assistants techniques et administratifs »[496]. C'est sur cette assistance que s'appuient en effet les leaders des pays nouvellement indépendants pour construire leurs nations, garantissant, par le fait même, la présence des « experts » étrangers bilatéraux et multilatéraux au cœur des fonctions de souveraineté comme la santé des populations, avec tout ce que cela comporte comme violence symbolique et rationnelle et comme conditionnalités. Si certaines autorités de ces nouveaux États privilégient cette option pour servir avant tout des intérêts égoïstes et privés[497], d'autres, au contraire, en

---

il est question de garantir le leadership colonial sur les possessions d'Afrique particulièrement, en vue de les soustraire de l'influence américaine et soviétique. Voir J. Meimon, « L'invention de l'aide française au développement. Discours, instruments et pratique d'une dynamique hégémonique », in *Questions de Recherche*, n°21, 2007.

[494] J.-F. Bayart, R. Bertrand, « De quel « legs colonial » parle-t-on ? », in *Revue Esprit*, 2006/12, p. 134-160 ; F. Cooper, *Colonialism in Question. Theory, Knowledge, History*, Bekerley: University of California Press, 2005.

[495] J. Meimon, « L'invention de l'aide française », p. 7.

[496] *Ibid*.

[497] Cf. J.-F. Médard, « Le « Big man » en Afrique : Esquisse d'analyse du politicien entrepreneur », in *L'Année sociologique (1940/1948-)*, Troisième série, Vol. 42, 1992, pp. 167-197. Pour cet auteur, « l'enjeu réel de la politique dans l'arène nationale [en Afrique] n'a jamais été le développement mais plutôt l'accès différentiel à

sont contraints, par crainte des représailles qu'ils pourraient subir des « anciens maîtres », qui parfois contribuent largement à les hisser au sommet de l'État[498]. Yacouba Zerbo fait par exemple allusion à une « orientation » et une « canalisation » des mouvements d'indépendances par les ex-puissances coloniales, dans l'optique d'instaurer une coopération dont « les objectifs se confondent manifestement avec ceux de la colonisation ». L'auteur prend ainsi le cas du Nigéria ou les services secrets britanniques ont tout mis en œuvre pour n'accorder l'indépendance qu'aux dirigeants acquis à la cause britannique[499]. Les exemples de ce genre sont légion pour les ex-colonies françaises, belges, portugaises et espagnoles[500].

La « continuité relative » qui en découle domine les systèmes nationaux de santé dans l'ensemble de ces États, longtemps après les indépendances. La dépendance apparaît ainsi comme la composante essentielle d'un rapport de domination qu'elle vise avant tout à légitimer. Ceci explique, en grande partie au moins, la situation « désastreuse » dans laquelle se trouvent les systèmes sanitaires des pays de la sous-région, et où l'expertise extérieure reste une donnée prégnante. Une idée que soutiennent les théoriciens de la dépendance et qui, pour eux, justifie l'échec de l'ensemble des politiques de développement, voire le développement du sous-développement. Pour les défenseurs de cette théorie très influente, dans les années 1950 à 1970, l'instabilité politique et le sous-développement des pays du Sud n'est rien moins que la conséquence d'un processus historique (*Path Dependence*)[501] et des contraintes (légales, financières, techniques, technologique, etc.) construits par les pays du Nord, et dont l'effet est la dépendance des pays du Sud[502].

---

l'État et aux ressources qu'il permet d'extraire et d'accumuler. […] l'autorité publique a fait l'objet d'une appropriation par ses titulaires formels, fonctionnaires, politiciens aussi bien que militaires, qui fondent leurs stratégies d'ascension individuelle ou familiale sur un usage privatif de la « res publica », qu'il s'agisse de fonds publics à proprement parler ou bien de ressources captées à partir des positions occupées dans l'appareil de domination » (p. 167).

[498] Cf. Y. Zerbo, « La problématique de l'unité africaine (1958-1963) », in *Guerres mondiales et conflits contemporains*, n°212, 2003/4, pp. 113-127.

[499] *Ibid*., p. 114.

[500] Voir par exemple pour le cas des ex-colonies françaises, J. Dalloz, *La France et le monde depuis 1945*, Paris, A. Colin, 1993.

L'auteur souligne l'intervention militaire du gouvernement français au Gabon en 1964, qui remet en selle le président Léon M'Ba. Une intervention souligne-t-il « contestable dans les principes, car le Gabon n'est alors nullement menacé par une agression extérieure. Il s'agit conclut Dalloz, « d'une immixtion dans les affaires intérieures du pays ». Il évoque aussi le cas du Tchad en 1968, qu'il considère comme « autrement grave ». Ces interventions soutient-il, ont pour but de sauvegarder les « intérêts français, mais aussi de stabiliser les jeunes États africains dont l'unité nationale reste à faire ».

[501] Voir à ce sujet D. Béland, « Néo-institutionnalisme historique et politiques sociales : une perspective sociologique », in *Politique et Sociétés*, Vol. 21, n°3, 2002, pp. 21-39.

[502] Voir S. Amin, *L'impérialisme et le développement inégal*, Les Éds. de Minuit, « Coll. Grands documents », 1976 ; C. Furtado, *Théorie du développement économique*, Paris, PUF, 1970 ; A. Gunder Frank, *Capitalisme et sous-développement en Amérique Latine*, Éd. Maspero, 1968 ; etc.

Cette théorie a suscité de vives critiques dues surtout à l'émergence dans les années 1980, des contre-exemples fournis par les cas de la Chine et de l'Inde. Ceci amène à reconsidérer les résultats des politiques de développement, comme un jeu à plusieurs protagonistes qui implique aussi bien les acteurs étrangers et leurs logiques que les élites nationales et les communautés locales, bénéficiaires de ces interventions exogènes. Ces critiques mettent ainsi par exemple en valeur la corruption et les problèmes d'ordre culturel, pour interpréter les effets néfastes des politiques de développement. S'il est en effet vrai que les politiques internationales de santé comme mécanisme d'assistance technique induisent des logiques de dépendance, en créant des dissymétries de fond, il reste aussi pertinent que ces dissymétries sont renforcées par les modes de formation des États (structuration institutionnelle et idéologique) et leur autonomie (souveraineté), qui donnent aux acteurs nationaux, les marges de manœuvre nécessaires. Comprendre ainsi les échecs des politiques de développement sanitaire en Afrique centrale nécessite, de partir des rapports qui lient différents acteurs à une échelle variable.

3.2. Tentative d'explication des échecs des politiques de santé en Afrique centrale

3.2.1. Échecs aux niveaux international et régional

Face à l'évidence de l'échec des politiques de développement sanitaires, dans le monde et en Afrique surtout, de nombreux auteurs ont mobilisé diverses expressions pour les qualifier : « orthodoxie »[503], « maladie pour chacun »[504], etc. S'inscrire dans une telle perspective serait s'engager dans une vaste entreprise morale dans laquelle l'historien, par définition, n'a pas vocation à opérer. Plutôt que d'entamer une critique *a priori* des SSP et de l'IB, notre intention est de comprendre les raisons qui justifient leur échec. Et c'est sous le prisme d'une mise en œuvre inadéquate de la participation communautaire - élément fondamental des deux politiques - que nous entendons identifier les principaux facteurs responsables de ces dysfonctionnements. Ainsi, le premier élément généralement pointé du doigt, comme cause de l'échec des SSP, est le revirement opéré quelques mois seulement après leur adoption par l'ensemble des pays membres de l'OMS. Le passage des SSP complets (CPHC) aux SSP sélectifs (SPHC) a en effet entrainé une décrédibilisation du secrétariat général de l'OMS.

---

[503] R. Edouard, M. Clément, *Les soins de santé primaires. Critiques d'une orthodoxie*, Presses de l'Université du Québec, « Coll. Santé et Société », 2010.
[504] S. Tizio, Y.-A. Flori, « L'initiative de Bamako », pp. 837-858.

Les SPHC apparaissent en effet comme incompatibles avec les CPHC, dans la mesure où la formule partenariale et de développement alternatif promue par ces derniers ne ressort pas du modèle néolibéral du développement, à coloration « providentialiste » que défend les SPHC[505]. Ce qui justifie le scepticisme et les oppositions qui les caractérisent[506]. Les tensions entre organisations (OMS/UNICEF) et entre individus (Mahler et Grant) qui en découlent fragilisent l'OMS. Cette fragilisation de l'organisation est renforcée par l'attitude de Grant, qui emploie désormais à l'UNICEF, son propre personnel médical[507]. En outre, la décision des États-Unis de geler le budget de l'OMS en 1982 et de retenir son budget à la suite de la publication par l'OMS de la liste des médicaments essentiels, handicape le fonctionnement de l'organisation. Cette attitude étatsunienne, rappelons-le, constitue autant de pressions que Washington fait peser sur les OI. C'est en raison de cette pression du Gouvernement des États-Unis surtout, que Mahler aurait accepté, contre son gré et à contre cœur[508], de participer à la conférence de Bamako à l'origine de l'IB. On peut aussi noter que le choix de la BM d'appliquer une politique néolibérale vers le début des années 1980 participe à renforcer la fragilité du secrétariat de l'OMS dans son élan de promotion des SSP.

À cette conjonction d'évènements viennent s'ajouter les résistances observées au niveau des bureaux régionaux. Les directeurs régionaux (DR), en plus d'être un frein à l'implantation des SSP et de l'IB, refusent aussi d'assumer le rôle à eux dévolus par le secrétariat général. Mahler en premier, devient un critique sévère de la régionalisation qu'il a pourtant longtemps soutenu par le passé. Il considère ainsi que la régionalisation a désintégré l'OMS en six bureaux régionaux quasi-autonomes, et que la politique de décentralisation conséquence de cette régionalisation est « [*a*] *blank cheque for pocket money* »[509]. Cette idée est partagée plus tard par le Dr. Jonathan Mann, Directeur du Programme mondial de lutte contre le SIDA, qui conclut que la régionalisation est une « recette de corruption »[510], l'essentiel des dépenses budgétaires étant consacré aux frais administratifs, aux salaires, aux frais de voyage, et aux fournitures. Ces

[505] J. Caillouette, « L'État partenaire du communautaire : vers un nouveau modèle de développement », in *Nouvelles Pratiques sociales*, Vol. 7, n°1, 1994, pp.161-175.
[506] Cf. K. Newell, « Selective PHC », p. 903. ; « M. Cueto, « The Origins of Primary Health Care », p. 1868., voir aussi IO BIO, *Biographical Dictionnary*.
[507] IO BIO, *Biographical Dictionnary*.
[508] W. Van Lerberghe, V. De Brouwere, « État de santé et santé de l'État en Afrique », in *ibid*.
[509] J.-P. Jardel, « Message from WHO Director General, Halfdan T. Mahler, MD, and Greetings from Host Region of WHO », in *Ergonomics*, n°30/2, 1987, pp. 159-163 ; Voir aussi IO BIO, *Biographical Dictionnary*.
[510] Cité par Y. Beigbeder, « L'Organisation mondiale de la santé », p. 480.

conclusions semblent bien trahir l'indélicatesse et l'irresponsabilité de certains directeurs régionaux[511], comme relevé par certains auteurs pour le cas de l'Afrique notamment.

À ce niveau en effet, il convient de noter que c'est sous le mandat de Gottlieb Lobe Monekosso que le BR/AFRO adopte l'IB. Pour comprendre le rôle de ce BR dans l'échec des politiques sanitaires en Afrique, il nous a semblé nécessaire de nous appuyer sur le cas particulier de ce responsable régional. Ce camerounais né à Lagos au Nigéria, le 13 novembre 1928, entre au *Higher College* de Yaba à Lagos en 1948, où il étudie les *Premedical Sciences*. Entre 1948 et 1953, il poursuit ses études de médecine à l'Université de London, où il obtient un B.S., et un M.B. Il achève en 1957 un doctorat en médecine au *School of Tropical Medicine* de la même université. Monekosso œuvre tour à tour, au *University College Hospital* d'Ibadan au Nigeria comme greffier principal et registraire en médecine (1954-1958) ; au *Makerere College Medical School* de Kampala en Uganda comme enseignant de médecine (1958-1960) ; et revient au Nigéria à Ibadan, au *University of Ibadan*, où il est Maître de conférence en médecine (1960-1963). Entre 1963 et 1967, Monekosso est nommé professeur de l'Université de Lagos (*College of Medicine*). C'est de là qu'il part pour intégrer la tête du Centre Universitaire des Sciences de la Santé (CUSS) nouvellement créé au Cameroun, et dont il sera le tout premier directeur en 1969. Cette riche expérience le hisse, en 1985, à la tête du BR/AFRO, que dirige, depuis 1965, son homologue béninois Comlan A. A. Quenum.

Si la mise en œuvre des SSP connaît ses premiers échecs sous ce dernier, c'est avec Monokesso que s'engage la réorientation des SSP qui débouche en 1987, sur l'adoption de l'IB. Menekosso quitte le BR en 1995 et l'image qu'on garde de lui est controversée. À en croire B. Deveaud et B. Lemennicier, « corruption, malversations diverses, dépenses excessives, inefficacité des programmes sanitaires, autoritarisme de son dirigeant, nominations et révocations douteuses, etc. »[512], sont les maîtres-mots qui auraient caractérisé sa gestion du BR/AFRO pendant une dizaine d'années. Elle serait ainsi, à l'image de la tournure que prennent les SSP et l'IB dès la fin des années 1980. Un rapport « accablant » du commissaire au compte de l'OMS entre 1991 et 1992 aurait fait état de nombreuses irrégularités financières dans la gestion comptable du BR. Non suivi d'effet de la part du secrétariat général à Genève, un autre

[511] Un article du 11 avril 1998 publié dans *Le Point* révèle en effet des dépenses injustifiées ou mal justifiées autorisées par certains bureaux régionaux : soit plus de 7895 US dollars pour financer des cours intensifs d'anglais pour le vice-ministre vietnamien de la santé, ou encore 132 591 US dollars autorisés par le BR/AFRO à titre de « petites subventions pour la recherche », des réunions ou des ateliers. Voir à cet effet « L'Organisation mondiale de la santé », p. 480.

[512] B. Deveaud, B. Lemennicier, *L'OMS : Bateau ivre de la santé publique*, pp. 61-68.

rapport est publié en 1995 sous forme d'audit, et qui aurait précipité sa sortie de l'organisation la même année[513]. Il convient tout de même de nuancer ce propos car, le rapport de 1991-1992, et 1992-1993 surtout, ayant été rédigé au moment où en novembre 1993 à Brazzaville interviennent des troubles, qui, de l'avis de Sir John Bourn, lui-même, ne lui aurait pas permis « d'obtenir tous les renseignements nécessaires pour procéder à la vérification complète »[514].

On se souvient que cette guerre civile qui a duré jusqu'en 1999 a vu le BR vandalisé. Ce qui justifie son déplacement provisoire à Harare au Zimbabwe, en 1997, avec comme conséquence majeure, une perte considérable de documents, comme nous l'a confié, en mai 2013, l'archiviste Charles Mayika Louvouezo. Ceci souligne avec pertinence un autre problème que nous n'aborderons pas dans cet ouvrage : celui des crises et de conflits régionaux, sous-régionaux, et nationaux dans la détermination des résultats de la mise en œuvre des SSP et de l'IB en Afrique centrale surtout, principal brasier de la région. Ce point ouvre des pistes nouvelles de réflexion, pour les futurs chercheurs qui s'intéresseront à l'histoire contemporaine des politiques de développement sanitaire en Afrique centrale.

3.2.2. Échecs des politiques des SSP et de l'IB sur les plans national et local

Il est difficile, voire impossible, de rendre compte de manière globale, des facteurs qui justifient les échecs des SSP et de l'IB au niveau des États et des communautés locales, tant il est vrai que leur mise en œuvre varie d'un État à un autre, voire, d'une communauté à l'autre, dans un même pays. Si certains ont adopté des approches reposant sur les formations sanitaires, d'autres, par contre, ont choisi une approche orientée vers les communautés. Un état des lieux de littérature sur la question nous a donné des réponses assez générales que seule une étude de cas permettrait de valider ou d'infirmer. Ainsi, les auteurs comme D. Werner, et *al.*, D. Barneji, ou S. A. Okuonzi, pensent que bon nombre des États qui ont souscrit à la déclaration d'Alma-Ata affichent une attitude contraire liée à plusieurs forces[515]. Ces États sont pour la plupart bureaucratiques et élitistes[516]. Cette bureaucratie, de même que le politique, entravent ainsi la

---

[513] *Ibid*., p. 161. Il convient de souligner que 1995 correspond bien à la fin d'un second mandat du DR, et pourrait ne pas forcément correspondre aux faits auxquels font allusion les auteurs, pour expliquer son retrait du BR/OMS.
[514] OMS, « Procès-verbal provisoire de cinquième séance », Palais des Nations, Genève, Mardi 10 mai 1994.
[515] D. Werner et *al*., « Health Care in the Context of Social Revolution: The Example of Nicaragua », in *The Politics of Primary Health Care and Child Survival*. Health and Rigth, 1997, pp. 153-160 ; D. Barneji, « Reflexions on the Twenty-fith anniversary of Alma-Ata Declaration », in *International Journal of Health Services*, Vol. 33, n°4, 2003, pp. 813-818 ; S. A. Okuonzi, « Political Economy of Health with Reference to Primary Health Care », in *Health Policy and Development*, Vol. 2, n°1, 2004, pp. 1-4.
[516] L. M. Morgan, « Community Participation in Health », p. 226.

participation communautaire qu'instrumentalisent les élites[517]. En Afrique centrale surtout, la majorité, sinon l'ensemble des États souffre d'une centralisation excessive de pouvoir maintenu par les gouvernements, dans le souci, le plus souvent, de sauvegarder l'unité nationale, encore précaire dans ces nouveaux États, ou alors dans le but de consolider un pouvoir contesté à l'intérieur même des pays.

La zone des « Grands lacs » dans laquelle se trouve notre terrain d'étude est bien connue pour être particulièrement instable[518]. La forte centralisation des pouvoirs justifie, à plusieurs égards, le maintien de la plupart des activités uniquement dans les zones urbaines et principalement des capitales[519], comme c'était déjà le cas, durant la période coloniale. C'est ce qui explique parfois le peu d'intérêt accordé par les autorités sanitaires nationales, aux zones reculées. Ils perçoivent ainsi la santé des communautés, comme des domaines non prioritaires, en raison du fait qu'elle concerne surtout les populations les plus pauvres[520]. Ce qui justifie l'insignifiance des budgets alloués aux CSD ou comités de santé des villages. Ce peu d'intérêt accordé par les États à la santé des communautés s'explique aussi par le fait que les politiciens préfèrent des résultats immédiats qui impressionnent les partenaires occidentaux[521]. D'où, le manque de volonté politique constaté dans la plupart des États, comme le souligne R. Green. L'auteur va même plus loin, en relevant que les Gouvernements et les professionnels de santé sont hostiles au changement[522].

À cette hostilité des autorités politiques et des travailleurs de la santé, vient s'ajouter celle d'autres élites technocrates qui appréhendent les communautés locales comme ignorantes. Ces *a priori* sur ces couches minoritaires, dans la plupart des cas, conduit les professionnels de santé surtout, à opérer un contrôle excessif sur la planification des programmes de santé et des

---

[517] L. Sawyer, « Community Participation: Lip Service ? », in *Nursing Outlook*, Vol. 43, pp. 17-22.
[518] E. Remacle, V. Rosoux, et L. Saur, *L'Afrique des Grands Lacs. Des conflits à la paix ?*, Éd. scientifiques internationales, Bruxelles, 2007 ; R. Pourtier, « L'Afrique centrale dans la tourmente. Les enjeux de la guerre et de la paix au Congo et alentour », in *Hérodote*, n°111, 2003/4, pp. 11-39 ; T. Porteous, « L'évolution des conflits en Afrique subsaharienne », in *Politique étrangère*, Vol. 68, n°2, 2003, pp. 307-320 ; P. Quantin, « L'Afrique centrale dans la guerre : les États-fantômes ne meurent jamais », in *African Journal of Political Science/Revue Africaine de Science Politique*, Vol. 4, n°2, Special Issue: Politics in Central Africa, 1999, pp. 106-125.
[519] G. Sicault, « Le développement « au ras du sol » », in *Revue Tiers Monde*, Vol. 18, n°72, (Octobre-Novembre 1977), pp. 699-708.
[520] A. Ugalde, « Ideological Dimension of Community Participation in Latin American Health Programs », in *Social Science and Medicine*, Vol. 21, n°1, 1985, pp. 41-53.
[521] S. Van Geest et *al*., « Primary Health Care in a Multi-level Perspective: Towards a Research Agenda », in *Social Science and Medicine*, Vol. 30, n°9, 1990, pp. 25-34.
[522] R. Green, « Politics, Power and Poverty: Health for All in 2000 in the Third World », in *Social Science and Medicine*, Vol. 32, n°7, 1991, pp. 745-755.

ressources qui leur sont affectées[523]. Pour Bebe et *al*., une telle situation s'explique par la formation des professionnels. Celle-ci a inculqué à ces travailleurs de la santé des enseignements faussés, dès le départ, par une approche classique d'intervention[524]. En raison de cette formation de base, ils sont préparés à faire adhérer la communauté à leurs actions d'experts, plutôt qu'à privilégier un véritable partenariat. D'où, la prégnance du biomédical à ce niveau de soins[525].

V. Ridde parle plutôt de la non prise en compte des valeurs des communautés au cours de l'implantation de ces politiques là où elles ont été expérimentées[526]. B. Jobert, pour sa part, fait allusion au fait que les professionnels de santé (médecins et personnels médico-sanitaires) et administratifs considèrent les agents de santé communautaires (ASC) comme des rivaux. L'idée de les associer a en effet fait naître une antipathie de la part de l'oligarchie dominante et notamment des travailleurs de la santé. Recrutés parfois par cette même oligarchie, ces ASC n'ont souvent pas pu se retourner contre elle. *A priori* désœuvrés ou sous employés, ces ASC n'hésitent pas à transformer ce travail sémi-bénévole en véritable source de revenus. Sollicités par leurs propres communautés dont la demande est avant tout curative, ils développent ainsi l'activité initiale qui leur est dévolue vers d'autres compétences qu'il n'ont pas toujours. Ceci est en partie dû au fait que la population a un penchant net pour le curatif et le spectaculaire[527].

Il convient aussi de souligner le rôle des ONG dans l'échec de la participation communautaire, et par conséquent, des politiques sanitaires mises en œuvre dans les États. Celles-ci sont en effet devenues plus présentes sur les terrains de la santé nationale et communautaire que les gouvernements eux-mêmes[528]. Or, plus d'une étude tente de remettre en cause l'intervention des ONG comme partenaire du développement local. Ces travaux essayent par exemple de souligner la confrontation entre leurs pratiques et leurs discours[529].

---

[523] G. Laverack, R. Labonté, « A Planning Framework for Community Empowwerment Goals within Health Promotion », in *Health Policy and Planning*, Vol. 15, n°3, 2000, pp. 255-262.
[524] Bebe et *al*., « Les paradoxes de la participation communautaire aux soins de santé primaires au Zaïre », in *Promotion Education Quarterly*, Vol. 2, n°4, 1995, pp. 29-33.
[525] B. Nambiar et *al*., « Planning Health Care in Developing Countries », in *Anaesthesia*, n°62 (Suppl.1), 2007, pp. 5-10 ; G. Guldan, « Obstacles to Community Health Promotion », in *Social Science and Medicine*, Vol. 43, n°5, 1996, pp. 689-695.
[526] V. Ridde, *L'initiative de Bamako 15 ans après : un agenda inachevé*, The World Bank, 2004.
[527] B. Jobert, « Clientélisme et soins primaires (commentaire) », in *Sciences sociales et santé*, Vol. 4, n°3-4, « Handicap et politique sociale », 1986, pp. 223-227.
[528] J. Midgley et *al*., *Community Participation: Social Development and the State*, Methuen, London, 1986 ; H. Taal, *Decentralization and Community Participation for Improving Access to Basic Services: An Empirical Approach*, UNICEF, 1993.
[529] P. Kampagama, « Pratiques et discours des organisations non-gouvernementales de développement (ONGD) en République Démocratique du Congo », Thèse de doctorat en sociologie, Université de Laval, Québec, Canada, 2006, [en ligne], consulté le 25 décembre 2016. URL : http://www.theses.ulaval.ca/2006/23684/23684.pdf

Les ONG n'intègrent que peu de populations bénéficiaires des projets au profit du professionnalisme.

Aux problèmes de coordination que posent leurs interventions, il convient de soulever celui de la cohérence. Elles sont alors parfois à l'origine de doubles emplois, quand ce n'est pas simplement des conflits. Dans la sous-région, le Cameroun particulièrement semble remporter la palme d'or dans l'accumulation des partenaires étrangers et des ONG dans la santé[530]. Ces partenaires étrangers, en plus de collaborer avec le ministère de la santé, interviennent aussi parfois directement sur le terrain. Ce flux de partenaires étrangers et de fonds sans garantie de contrôle permet d'expliquer la corruption et les détournements massifs observés dans ce secteur. Aussi bien l'attitude des Gouvernements centraux, des élites locales, des professionnels de santé, que celle des ONG, favorise le maintien d'une approche « *top down* » dans l'implantation des politiques de développement sanitaire en Afrique centrale car, la « participation communautaire » qu'elles entendent promouvoir suppose une prise de pouvoir réelle des communautés (*empowerment*) que ces élites ne sont pas toujours prêtes à tolérer.

Conclusion

Il était question dans ce chapitre qui s'achève, de faire la lumière sur les politiques internationales de santé mises en œuvre en Afrique centrale, et des différents réseaux qui interviennent dans leur processus de formulation. Il nous a ainsi semblé nécessaire de partir du contexte international des années 1970-1980, en vue de mettre en valeur les enjeux de la conférence internationale sur les SSP (ICPHC) qui débouche, en 1978, sur l'adoption d'une politique du même nom, par l'ensemble des pays membres de l'OMS. Nous avons tenté, par la suite, d'étudier les mobiles qui justifient le passage des SSP complets (CPHC), aux SSP sélectifs (SPHC), donc la conséquence fut l'adoption dans la région africaine d'une seconde politique censée favoriser la redynamisation de la première : l'Initiative de Bamako. C'est en optant pour une analyse classique des réseaux qu'il a été possible d'identifier aussi bien les

Voir aussi D. Corsino, « La part des ONG dans la coopération internationale » in *Centre Tricontinental*, Les ONG : instruments du néo-libéralisme ou alternatives populaires ?, Paris-Montréal, L'Harmattan, 1998, pp. 35-60 ; B. Hours, « ONG et idéologies de la solidarité : du développement à l'humanitaire », in J-P. Deler et *al*. (dir.), ONG et développement, Paris, Karthala, 1998, pp. 34-46.

[530] On compte ainsi comme partenaires étrangers du ministère camerounais de la santé, outre l'OMS et l'UNICEF : USAID, Sightsavers, Hellen Keller International, No More Malaria, Expertise France, United State President's Emergency Plan for AIDS Relief, CDC, ICAP Global Health Action, Fonds Mondial pour la lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme, ONUSIDA, UNFPA, ONU Femmes, FAO, GIZ, PNUD, PAM, MSF, UE, AFD, BM, etc.

principaux acteurs que les groupes d'acteurs – sur une base essentiellement empirique – qui sont intervenus dans le processus de formulation de ces deux politiques internationales de santé à prétention universelle ; mais aussi des ressources que ces acteurs mobilisent. Nous avons enfin porté une attention particulière sur les rapports entre politiques internationales de santé, États-nationaux et communauté locales, en vue de tenter une explication des facteurs qui justifient le relatif échec dans l'implantation de ces politiques en Afrique centrale.

Ce travail nous amène à tirer plusieurs conclusions importantes : c'est le constat de l'échec des politiques sanitaires verticales promues par les autorités de l'OMS en 1950 et les critiques formulées contre elles, dès 1957, qui incite le secrétariat général de l'OMS à trouver des solutions nouvelles. Toutefois, le contexte international des années 1960 à 1970, marqué par l'affrontement entre deux blocs antagonistes, les décolonisations et le conflit sino-soviétique ont été déterminants dans l'émergence de la politique des SSP, dont les prémices devraient être recherchées dans l'entre-deux-guerres, et où réseaux soviétiques et étatsuniens s'activent, de manière particulière. En effet, si les enjeux soviétiques d'écarter l'Occident, de réagir contre la montée de la Chine et d'étendre leur influence dans les pays du « Tiers-monde » jouent un rôle de premier plan, dans la tenue de la conférence d'Alma-Ata sur les SSP, c'est surtout la pression des réseaux américains qui amène à reconsidérer les conclusions et les recommandations de cette rencontre sanitaire de 1978, et d'opter avant même leur mise en application, pour les SPHC. Un choix qui préfigure l'avènement de la seconde politique sanitaire (IB) orientée vers les pays d'Afrique surtout.

Seulement, en dépit des enjeux qui structurent ce jeu des relations internationales basées sur le rapport de force entre différentes nations, il nous a été donné de constater que les pays nouvellement indépendants d'Afrique, devenus opportunistes, n'hésitent pas à tirer parti des affrontements entre puissances, pour maximiser leur gain. Ils interviennent ainsi comme acteurs à part entière, en prenant activement part aux débats et à la prise des décisions à tous les niveaux de l'échelle. Ceci nous a amené à (re)questionner les thèses du néocolonialisme, et à considérer les politiques internationales mises en œuvre dans ces États, non plus comme le résultat d'un simple pouvoir néo-impérial, mais comme le produit d'un ordre social « négocié ». C'est en partant de cette précision qu'il devient possible de comprendre que les facteurs relatifs à l'échec, dans l'application de ces politiques, sont aussi bien exogènes qu'endogènes, et relèvent des interactions multiscalaires entre acteurs d'origines diverses.

Chapitre IV : Les politiques sanitaires de l'OMS en Afrique centrale : entre circulation et localisation

Nous avons, dans le chapitre précédent, essayé d'identifier et de décrire des processus et des réseaux organisés de production de savoirs et de savoir-faire, en matière de politique sanitaire internationale. Ainsi sommes-nous parvenu à saisir certains acteurs – occidentaux et soviétiques surtout –, les OI (gouvernementales et non gouvernementales), et les autres *think tanks* néolibéraux dans leur tentative d'« harmonisation cognitive » des normes internationales de santé publique se revendiquant des modèles universels. Une telle uniformisation des politiques à l'échelle globale vise cependant à changer l'orientation et le fonctionnement des systèmes nationaux de santé. Chacune des politiques issues de ce processus se réfère à des expériences et conceptions parfois non domestiques, qui parviennent pourtant à subvertir les règles en vigueur, dans ces espaces nationaux[1]. La transformation des sociétés qui en découle n'est cependant possible que si ces politiques parviennent à circuler au sein desdits espaces, et à être effectivement appropriées. Une dynamique que tente par ailleurs d'analyser les récentes études sur les processus d'exportation et d'importation des prescriptions globales[2].

Le débat sur les transferts de connaissances, ou mieux, sur la *circulation* et la *localisation* des savoirs et savoir-faire est en effet d'une actualité certaine[3]. La question des circulations en Afrique coloniale et post-coloniale fait, pour sa part, l'objet d'importants travaux d'anthropologues surtout[4]. Si l'attention accordée par les historiens à la diffusion des politiques, dans le continent est difficilement identifiable, elle ne l'est davantage que pour celles spécifiques aux politiques sociales comme celles de la santé, alors qu'elles posent, elles aussi, le problème des circulations internationales. Les chercheurs qui abordent ces questions essaient de décrire des processus, des interactions et des flux, qui dépassent largement le cadre strict de "transmission" ou de "diffusion". L'essentiel de leurs travaux vise à faire admettre, défendre et

---

[1] P.-Y. Saunier, « Les régimes circulatoires »,. 4-25.
[2] Y. Dezalay, B. G. Garth (éds), *Global Prescription*.
[3] D. Marsh, J.C. Sharman, « Policy diffusion and policy transfer », in *Policy Studies*, Vol. 30, n°3, 2009, pp. 269-288 ; D. Stone, « Learning Lessons, Policy Transfer and the International Diffusion of Policy Ideas », CSGR Working Paper No. 69/01, 2001 ; D. P. Dolowitz, D. Marsh, « Learning from Abroad », pp. 5-23 ; D. P. Dolowitz, D. Marsh, « Who Learns What from Whom: a Review of the Policy Transfer Literature », in *Political Studies*, Vol. 44, n°2, 1996, pp. 343-357 ; etc.
[4] P. Moity-Maïzi, « Interroger la localisation et la circulation des savoirs en Afrique », in *Revue d'anthropologie des connaissances*, Vol. 5, n°3, 2011/3, pp. 473-491 ; P. Moity-Maïzi, J. Muchnik, « Circulation et construction de savoir-faire : questions pour une anthropologie des systèmes agroalimentaires localisés », in *Industries alimentaires et agricoles*, Vol. 122, n°9, 2005, pp. 16-26.

protéger des savoirs et savoir-faire appréhendés comme étant liés à une origine[5]. Aussi tentent-ils de saisir les dynamiques de ces notions (localisation et circulation) comme deux dimensions indispensables, voire complémentaires de la production des savoirs. Ce chapitre prolonge ce raisonnement en l'adaptant aux questions des politiques internationales de développement sanitaire.

Rappelons que le concept de circulation des savoirs recouvre celui de transmission, de transfert ou d'échange qui souligne la diversité des processus, des réseaux et des filtres à travers lesquels passent les connaissances. J.-F. Le Ney parlerait plutôt de « cognitions », en raison du caractère parfois sinon erroné, du moins incomplet ou tout simplement inadéquat de ces savoirs en circulation[6]. Ainsi appréhendés, il devient impérieux de comprendre comment sont sélectionnées, appropriées ou reformulées ces savoirs, avant leur valorisation, reconnaissance, et instrumentation, suivant des procédés, engagements, et pratiques *a priori* complexes. Une telle démarche n'a de sens que si elle s'inscrit dans la longue durée. Cette perspective d'histoire longue est très souvent négligée par les historiens, alors qu'elle permet de poser le problème de l'antériorité et de l'origine culturelle de ces savoirs. Elle favorise aussi la mise en évidence de la difficulté qu'il y a à circonscrire des lieux de référence pour une catégorie « locale » de connaissances qui s'attache à des ressources à la fois matérielle et cognitive toujours mouvantes, avec comme risques majeures évidents, la hiérarchisation de certaines catégories de populations, leur stigmatisation, ou tout simplement leur exclusion. C'est une telle marginalisation qui participe parfois de la constitution de mouvements divers de revendications, qui justifient une tentative de localisation des savoirs.

C'est en effet aux premiers contacts des populations locales en Afrique, avec les missions chrétiennes et les colons que remonte l'origine des circulations des savoirs et savoir-faire sanitaires exogènes (cf. Chap. I). Leur développement comme dynamique internationale trouve au contraire son ancrage dans l'entre-deux-guerres. La Seconde Guerre mondiale devient ainsi, non pas l'élément déclencheur du phénomène des circulations internationales des

---

[5] Voir par exemple les résultats du colloque « Localisation et circulation des savoirs en Afrique », organisé par Bruno Martinelli et Pascale Moity-Maizi à la MMSH (Maison Méditerranéenne des Sciences de l'Homme) d'Aix-en-Provence les 19 et 20 mars 2009.

[6] En référence aux travaux de cet auteur, il convient de faire une distinction entre « connaissances » et « cognitions ». Si les connaissances désignent « une croyance justifiée ou plus généralement (une) représentation adéquate justifiée », les cognitions pour leur part renvoient à « tout ensemble de connaissances et de croyances dont certaines peuvent être erronées ou inadéquates. Il s'agit aussi, du processus de construction de ces connaissances et du produit qui en découle. Cf. J.-F. Le Ney, *Science cognitive et compréhension du langage*, Paris, PUF, 1989. Voir aussi S. Dubois et *al*., « Connaissances et reconnaissance de l'expert », in *Les cahiers de l'INSA de Strasbourg*, 2005, pp. 89-108.

modèles sanitaires, mais simplement l'un des facteurs essentiels de son accélération. Il devient alors difficile, voire impossible de dissocier cette idée de diffusion des modèles à celle de modernité et/ou de développement apparue plus tard[7]. Arturo Escobar a tenté à sa manière, de mettre en valeur l'influence des premières « expériences réformatrices » sur le développement. Celles-ci sont, pour l'auteur, issues de « l'idéologie modernisatrice » qui justifie et légitime ces actions[8].

Ce quatrième chapitre vise, en restant fidèle à une approche transnationale, à analyser les différentes trajectoires empruntées par les politiques sanitaires internationales avant leur mise en œuvre dans les espaces nationaux, et les moyens employés par les réformateurs pour assurer leur diffusion. Nous entendons ainsi parvenir à l'évaluation de l'accueil réservé à ces politiques, en vue de cerner les dynamiques de rejet, d'appropriation et d'hybridation. Il est enfin question de comprendre et d'interpréter les interactions qui caractérisent les savoirs locaux et les savoirs en circulation, en matière d'apprentissage réciproque notamment, dans un contexte de recours à l'expertise devenue indispensable, dans le processus de construction des sociétés et des économies[9]. Nous nous appuyons, pour cela, sur une diversité de sources primaires (correspondances, rapports d'activité, etc.), secondaires et orales, et sur une pluralité d'approches théoriques. Une telle démarche favorise l'analyse de l'intermédiation dans la circulation des savoirs sanitaire en Afrique centrale (I), et des moyens mis en œuvre par les « passeurs culturels », pour parvenir à la diffusion des savoirs (II). L'étude de ces processus d'intermédiation, et des moyens de la diffusion des savoirs permet dès lors de mettre en valeur une histoire longue des mouvements d'emprunts, d'hybridations, et de réinvention des techniques, des savoirs et des savoir-faire, en matière de santé dans le continent, où domine une cohabitation de logiques partagées entre global et local, ou mieux, un ensemble de processus d'apprentissage négocié, qui aident à la (re)formulation et la formalisation des savoirs en circulation (III).

---

[7] Voir H. W. Arndt, « Economic Development: A Semantic History », in *Economic Development and Cultural Change*, Vol. 29, n°3, 1981, pp. 457-466 ; N. Cullather, « Development? It's History », in *Diplomatic History*, n°24, 2000, pp. 641–653 ; G. Rist, *Le développement. Histoire d'une croyance occidentale*, Paris, Les Presses Sciences po, 3ème édition, 2007.

[8] A. Escobar, *Encountering development. The making and unmaking of the Third World*, Princeton et Oxford, Princeton University Press, éd. 2012 [1995].

[9] J.-B. Meyer, « Connaissance et développement : un lien à actualiser, in M. Carton, Meyer J.-B. (dir.), *La société des savoirs ; trompe-l'œil ou perspective* ?, Paris, L'harmattan, coll. Travail et mondialisation, 2006, pp. 9-25.

I. Acteurs et circulation des savoirs et savoir-faire experts en Afrique centrale

Il est question, pour nous, dans cette section, après une mise au point théorique (1), de dresser la cartographie des acteurs au principe des circulations en Afrique centrale, des savoirs et savoir-faire en matière de politiques sanitaires internationale (2).

1. Circulations sanitaires internationales : vers un *design* théorique ?

La mondialisation et l'interdépendance accrue des systèmes nationaux et transnationaux – politiques, économiques, sociaux et culturels – sont marquées par l'importation et l'exportation de modèles. Celles-ci riment avec la montée en puissance du thème des transferts (*transfer*) dans la littérature scientifique, notamment en histoire, en sociologie, en sciences politiques, etc. Ces disciplines tentent d'analyser, en s'appuyant sur des ancrages théoriques disparates et divers, des problématiques liées à la circulation des normes, d'institutions et des pratiques, dans des espaces culturels et historiques différents. Elles étudient, en même temps, la constitution d'une « élite internationale » et l'émergence de structures inter ou transnationales à même de favoriser la diffusion de ces idées et modèles[10]. Les chercheurs intéressés par cette approche diffusionniste tentent de saisir les transferts de politiques, et d'analyser des changements de l'action publique associés dans un contexte précis, et le plus souvent national, à l'influence plus ou moins directe d'autres politiques publiques conduites dans des contextes généralement différents[11]. Aussi bien l'élaboration que la mise en œuvre du changement sont alors appréhendés sous le prisme « des emprunts et de la circulation d'idées ou de modèles »[12]. Une telle grille d'analyse revêt deux intérêts : *primo*, elle permet de fournir un cadre analytique à jeux multi-niveaux de l'action publique actuelle, dans lequel sont mobilisées les notions comme le poids des OI, le développement des politiques locales, la diffusion des recettes en matière d'action publique, etc. Et *deuxio*, elle permet d'opérer une synthèse bénéfique d'une pléthore de notions et d'hypothèses liées à ces transferts[13].

---

[10] Voir P. Y. Saunier, « Circulations, connexions », p. 119. Voir aussi L. Dumoulin, S. Saurugger, « Les policy transfer studies », p. 9.
[11] E. Graham, C. Volden, C. R. Shipan, « The Diffusion of Policy Diffusion », papier présenté au congrès annuel de l'*American Political Science Association*, Boston, 27-31 août 2008.
[12] L. Dumoulin, S. Saurugger, « Les policy transfer studies », p. 15.
[13] *Ibid*.

Dans une étude récente, David P. Dolowitz et David Marsh[14] soulignent une importante utilisation dans les sciences politiques et les études internationales, des « *lesson-drawing, policy convergence, policy diffusion and policy transfer* ». Si ces notions sont indifféremment utilisées par de nombreux auteurs, David Marsh et de Jason C. Sharman tentent, au contraire, de lever l'équivoque sur la nuance qu'il y a lieu de faire entre *policy diffusion* et *policy transfer*[15]. Pour ces auteurs, la première notion, le (*policy diffusion*), fait référence aux principales interactions entre mécanismes impliqués ayant trait aux institutions. La seconde notion au contraire, le (*policy transfer*) met un accent sur ces mêmes mécanismes, mais en rapport plutôt avec les structures. De même, les auteurs qui privilégient le *policy transfer* examinent le processus de traçage, cependant que ceux intéressés au *policy diffusion* tendent à rechercher des schémas.

Au-delà de ces ambiguïtés et la variété des terminologies mobilisées pour désigner ce phénomène, transfert, diffusion ou circulation des savoirs et savoir-faire, renvoient pour Dolowitz et Marsh, à des processus similaires dans lesquels les connaissances en matière de politique, d'arrangements administratifs des institutions et des idées, sont utilisées dans un contexte politique spécifique, dans l'optique d'élaborer des politiques, des institutions et des idées, dans un contexte politique différent[16]. Les *policies transfer*, concluent les auteurs, doivent être pris en compte par tous ceux qui s'intéressent à l'étude des politiques publiques. L'article de Dolowitz et Marsh présente une diversité d'intérêts dans le mesure où, en plus de l'analyse des raisons qui justifient cet emploi intense de la notion de *policy transfer* en sciences sociales (politique comparative, politiques publiques, sociologie organisationnelle, études en développement, etc.), les auteurs étudient aussi le cadre dans lequel s'effectuent de tels transferts, de même que les différents types de transferts, et la relation entre ceux-ci et l'échec des politiques (*policy failure*). C'est ainsi qu'ils insistent par exemple sur le lien entre les transferts volontaires et coercitifs (forcés) et le rapport entre *policy transfer* et *policy success* et/ou *policy failure* [17].

Si les forces économiques actuelles qui rendent dépendantes les économies du monde permettent de justifier la croissance des transferts comme le montre par ailleurs Wayne Parsons[18], les auteurs pensent au contraire que l'économie seule ne saurait expliquer les

[14] D. P. Dolowitz, D. Marsh, « Learning from Abroad », p. 5.
[15] D. Marsh & J.C. Sharman, « Policy diffusion and policy transfer », p. 276.
[16] D. P. Dolowitz, D. Marsh, « Learning from Abroad », p. 5.
[17] *Ibid*., p. 17. Voir aussi : D. P. Dolowitz, D. Marsh, « Who Learns What from Whom », p. 347.
[18] W. Parson, *Public Policy*, Cheltenham, England: Edward Elgar, 1996.

pressions internationales en faveur des transferts de politiques[19]. Celle-ci (la croissance des transferts) trouve aussi et surtout son origine dans l'expansion rapide des modes de communication, qui rendent les idées et des connaissances facilement échangeables. Dolowitz et Marsh lient aussi ce phénomène à la promotion par les OI (et notamment l'UE, la BM, le FMI, etc.) de la mise en œuvre des politiques similaires dans différents États *via* des pressions analogues, et en élargissant l'information disponible aux décideurs[20]. Les auteurs plaident ainsi pour une insertion des *policies transfer* dans un cadre conceptuel plus large, qui aiderait les chercheurs à examiner des processus de transfert et leur permettrait d'évaluer l'aspect « valeur ajoutée » de ce concept.

Le modèle conçu par Dolowitz et Marsh vise à répondre à un certain nombre de questions : pourquoi transférer ? quels sont les acteurs impliqués dans les transferts ? Qu'est ce qui est transféré ? D'où à où ? etc. On constate ainsi que les OI occupent une place centrale dans ce processus et sont ici classées dans la catégorie *transnational corporation* ou *supranational Institutions*. Le Secrétariat général de ces OI s'appuie ainsi sur les conseillers, les consultants, les experts ou les groupes de pressions, soit pour, d'une part, imposer directement un modèle aux États (*direct imposition*), soit d'autre part, pour répondre à la sollicitation manifestée par ceux-ci (les États), envers elles (les OI), sur une base ou volontaire, ou alors rationnelle (*Perfect Rationnality*)[21]. De telles politiques qui sont transférées emploient outre les Mass Media (magazine, la TV, radio, etc.), les rapports politiques ou techniques, les conférences, les réunions internationales, les visites de terrain, etc. Les relations entre ces transferts et les échecs qui en découlent étant que ceux-ci (les transferts), lorsqu'ils ne sont pas mal informés ou tout simplement non informés (*Uninformed Transfer*), sont ou incomplets (*Incomplete Transfer*), ou alors inappropriés (*Inappropriate Transfer*) : cf. tableau suivant.

La principale critique qui est faite à ce travail de Dolowitz et Marsh est qu'il a tendance à percevoir les États et leurs autorités comme des entités passives, incapables d'innovation, et seuls capables de recevoir des injonctions venues d'ailleurs. Ils semblent en effet rendre compte d'une homogénéisation pure et simple des politiques, et donc des pratiques. Une idée que contestent certains théoriciens comme Jocelyne Cesari qui met en lumière la notion d'« hétérogénéité »[22], en réaction à cette tendance à l'harmonisation *stricto sensu* des politiques

[19] D. P. Dolowitz, D. Marsh, « Learning from Abroad », p. 6.
[20] *Ibid*., p. 7.
[21] *Ibid*.
[22] J. Cesari, « Le multiculturalisme mondialisé : le défi de l'hétérogénéité », in *Cultures & Conflits*, n°33-34, 1999, [en ligne], consulté le 30 septembre 2016. URL : http://conflits.revues.org/153

publiques, que défend l'approche par les *policies transfer*. L'auteur formule ainsi la question de savoir si une société en tant que « forme organisée des allégeances politiques et culturelles est encore possible dans un contexte de multiculturalisme mondialisé ». Pour répondre à cette interrogation, dans le cadre de notre étude, il nous a semblé nécessaire de commencer par faire la lumière, sur les principaux acteurs qui interviennent dans le processus des transferts des politiques publiques internationales de santé en Afrique.

Tableau 6 : A policy Transfer Framework

Why Transfer ? Continuum		Who Is Involved in Transfer ?	What is Transfered ?	From Where				Degrees of Transfer	Contraints on Transfer	How To Demonstrate Policy Transfer	How Transfer leads to Policy failure
Want To……Have To											
Voluntary	Mixtures	Coercive									
Lesson Drawing (Perfect Rationality)	Lesson Drawing (Bounded Rationality)	Direct Imposition	Elected Officials	Policies (Goals) (Content) (instruments)	Past	Internal	Global								
							Within-a Nation State Gouvernments	City Gouvernments	Regional State Local Gouvernments	Cross-National International Organizations	Copying	Policy Complexity (Newspapers) (Magazine) (TV) (Radio)	Media	Uniformed Transfer
	International Pressures		Bureaucrats Civil Servants	Programs							Emulation	Past Policies	Reports	Incomplete Transfer
	(Image) (Consensus) (Perceptions) (Externalities)	Pressures Groups	Institutions				Local Authorities				Mixture	Structural Institutional Feasibility	(Commissioned) (Uncommissioned)	Inappropriate Transfer
	Conditionality	Political Parties	Ideologies								Inspiration	(Ideology) (Cultural proximity) (technology) (economic) (bureaucratic) Language	Conferences	
	(Loans) (Conditions Attached to Business Activity) Obligations	Policy Entrepreneurs/ Experts	Attitudes/ Cultural Values	Negatives Lessons	Past Relations									Statements (Written) (Verbal)
			Consultants										Meetgs/Visits	
			Think Tanks											
			Transnational Corporation											
			Supranational Institutions											

Source : D. P. Dolowitz, D. Marsh, « Learning from Abroad: The Role of Policy Transfer in Contemporary Policy-Making », p.9.

2. De l'intermédiation dans la circulation des politiques internationales de santé en Afrique centrale

Parler d'intermédiation dans le contexte de ce travail revient à faire allusion à la notion de « courtage » dans le sens où l'entendent J.-P. Olivier de Sardan et Thomas Bierschenk. Il s'agit en effet du rôle assumé par les acteurs et les réseaux d'intermédiaires nationaux surtout, qui interviennent dans les processus et modes de circulation et de redistribution de la « rente du développement »[23] sanitaire. Nous comptons parmi eux, outre les experts internationaux et nationaux, les autorités politiques et élites locales, les travailleurs de la santé, supposés œuvrer au profit des communautés bénéficiaires (2). Seulement, comprendre à quel niveau intervient chacune de ces catégories nécessite au préalable de (re)définir le schéma organisationnel des systèmes africains de santé (1).

2.1. Organisation des systèmes de santé en Afrique : un schéma critique

Avant d'identifier les individus qui participent à la diffusion des politiques sanitaires internationales en Afrique, il est impérieux de retracer le schéma organisationnel des systèmes de santé dans le continent en général. Un tel exercice vise à faire la lumière sur les profils des acteurs en présence, leurs rapports de force, leurs modes d'intervention et les différents niveaux du système dans lesquels ils interagissent. Il s'agit d'un schéma type, qui peut présenter un certain nombre de spécificité d'un pays à un autre. E. de la Moussaye et P. Jacquemot ont tenté à leur manière, de le schématiser[24]. La figure qu'ils matérialisent ressort d'un modèle d'organisation pyramidale. Celle-ci est similaire à celle qui était déjà en vigueur dans les colonies, surtout à partir de l'entre-deux-guerres, avec une « empreinte très marquée du service de santé des armées »[25]. Ce modèle d'organisation des systèmes sanitaires africains est hospitalo-centré et structuré autour d'un réseau institutionnel public et privé de soins. C'est un mode de structuration à trois paliers, avec au premier niveau (à la base de la pyramide) des institutions offrant des soins de première ligne ou de premier échelon, c'est-à-dire, des soins

[23] J.-P. Olivier de Sardan, T. Bierschenk, « Les courtiers locaux ».
[24] E. De La Moussaye, P. Jacquemot, « Politiques de santé : les trois options stratégiques », in *Afrique contemporaine*, n°166, 1993, pp. 1993.
[25] P. Jacquemot, « Les systèmes de santé en Afrique et l'inégalité face aux soins », in *Afrique contemporaine*, n°243, 2012/3, pp. 95-97.

pour les pathologies courantes[26]. Ce premier niveau offre aussi des soins de proximité et intègre des services de santé maternelle et infantile (SMI).

Quoiqu'ayant été essentiellement balisé par les administrations coloniales, ce premier palier reçoit des autorités politiques post-coloniales une attention particulière. Cette attention est renforcée notamment avec la tenue des conférences d'Alma-Ata, et surtout celles d'Harare et de Bamako qui redéfinissent par le biais de la « Déclaration d'Harare » d'août 1987, le modèle du district sanitaire, comme stratégie de référence pour l'organisation et le développement des services de santé. Les centres de santé de district (CSD) deviennent ainsi l'instrument central des SSP et de l'IB, comme précédemment évoqué (cf. Chap. III). Si l'idée des CSD est présentée à la conférence d'Harare de 1987, comme une innovation, il est important de noter qu'elle est bien plus lointaine que cette date. Rappelons-nous par exemple qu'en 1978, lors de la Conférence d'Alma-Ata, tout avait été mis en œuvre par le Gouvernement soviétique, pour que l'organisation et le fonctionnement des « *feldscher and midwives'posts, rural and district hospitals, regional hospitals, emergency care services, sanitary and epidemiological stations and other institutions* »[27], soient exposés aux participants à cette rencontre internationale. C'est dire l'antériorité et même le caractère transnational d'un tel mode d'organisation sanitaire. De même, la nécessité de lutter contre la trypanosomiase humaine africaine (THA) en Afrique Équatoriale Française (AEF) avait amené les autorités coloniales à ériger, en 1917, des « Districts Administratifs Médicaux »[28]. Il s'agit « des zones plus particulièrement éprouvées par la maladie du sommeil, [et dont] le Gouverneur Général de la Colonie, d'accord avec le Directeur du Service de Santé du Groupe, et le Médecin Directeur de l'Institut Pasteur de Brazzaville, Conseiller technique du Gouvernement Général », devaient en assurer l'administration et la surveillance[29].

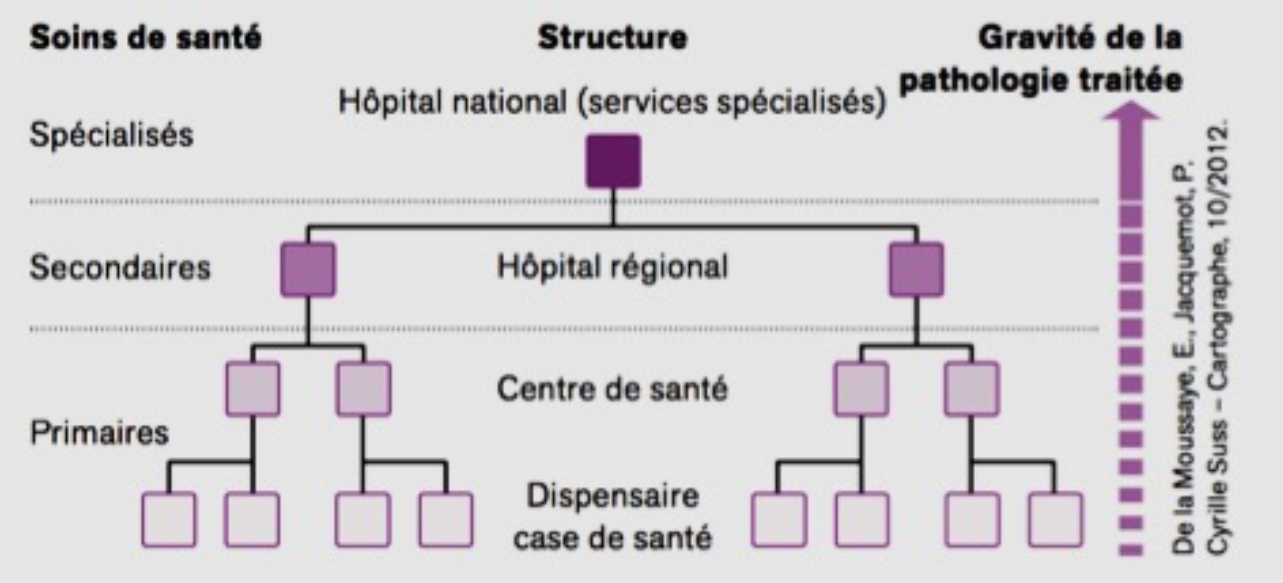
Le but d'une telle surveillance était en effet d'évaluer « plus étroitement la façon dont se comportent les malades dans toutes les conditions de la vie sociale (repos, travail modéré, travail fatigant, travail au champ ou travail sédentaire) d'étudier l'influence du mode d'alimentation, la règle de vie la plus conforme à la nature de leur affection ». Autant de mesures et d'« observations minutieusement poursuivies » qui l'espérait-on, allaient permettre de « tirer les règles d'une thérapeutique hygiénique du trypanosome » et d'« exercer sur les

[26] *Ibid*., p. 96.
[27] Report of the ICPHC, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978.
[28] Archives Nationales du Congo (ANC), « Santé, 1910-1921. Trypanosomiase », in « Fonds santé et assistance publique », Carton GG 440.
[29] *Ibid*.

administrés une action morale des plus salutaires »[30]. Cette dernière dimension (morale) du district de santé (DS) et ses rapports aux communautés locales semblent encore bien actuels comme nous le verrons plus loin.

Au second palier, se recensent des structures de type hôpital de district ou régional, des hôpitaux surtout urbains, qui offrent une diversité de soins allant des consultations externes aux hospitalisations aussi bien dans les services de médecine générale, de pédiatrie, de chirurgie, que de maternité et quelquefois, un service des urgences. Le dernier palier enfin compte surtout des structures de référence de niveau national. Situées essentiellement dans les grands centres urbains, ces structures offrent diverses spécialités, mais aussi des centres hospitaliers universitaires (CHU) où se retrouvent la quasi-totalité des spécialistes et chargés d'enseignement dans les facultés de médecine[31].

Fig. 4 : Le système de santé type en Afrique



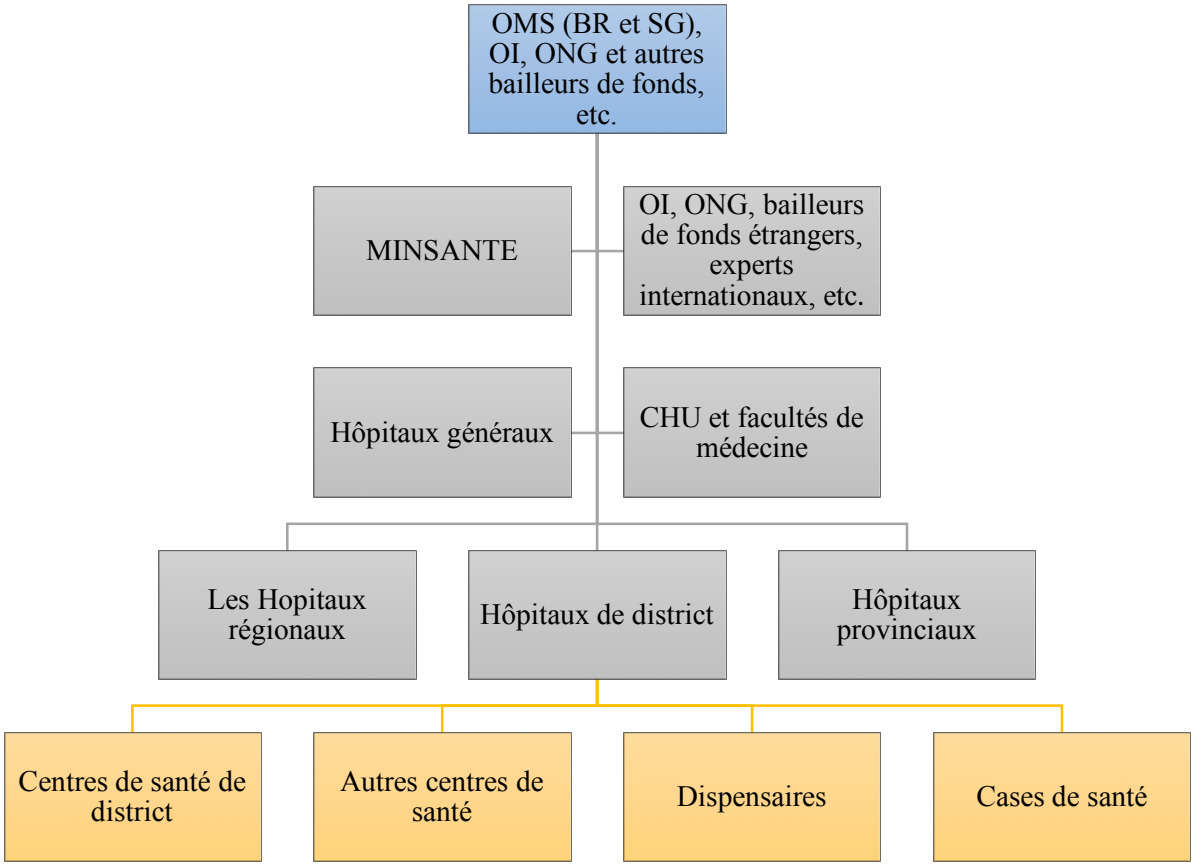
Source : E. De La Moussaye, P. Jacquemot, « Politiques de santé ». Repris dans P. Jacquemot, « Les systèmes de santé en Afrique », p. 243.

Ce schéma de De La Moussaye et de Jacquemot n'a de sens que si on l'envisage dans une perspective stato-centrée, ou mieux, à partir de l'approche centrée sur les structures et

[30] *Ibid*.
[31] P. Jacquemot, « Les systèmes de santé en Afrique », p. 96.

l'offre de soins qui est la leur. Dans le cadre de l'approche globale ou transnationale qui est la nôtre, cette figure apparaît lacunaire et inadaptée car, ignorant aussi bien les ministères de la santé (organes de tutelle sanitaire dans l'ensemble des pays de la région) que les organismes du système des Nations Unies comme l'OMS et les différents États qu'elle rassemble au sein du BR/AFRO et au Secrétariat général de l'organisation à Genève. Elle ignore aussi, outre les coopérants des ex-colonies, les experts de l'OMS affectés sur le terrain et qui collaborent directement avec les différents MINSANTE, comme conseillers techniques, de même que les autres OI et les ONG intervenant généralement à tous les niveaux de l'échelle de ce système, de l'international au local, en passant par le national et le régional. En intégrant chacune de ces rationalités, on obtient un schéma similaire à celui-ci :

Fig. 5 : Schéma critique du système type de santé en Afrique



Nous pouvons ainsi conclure que les systèmes nationaux de santé en Afrique sont structurés en trois grands niveaux hiérarchiques : central, intermédiaire et périphérique. Le niveau central joue un rôle essentiellement normatif dans la planification, le suivi, l'évaluation, la coordination, la mobilisation et l'allocation des ressources. Il comprend outre le cabinet du

ministre de la santé (MINSANTE), les différents services intervenant dans le courtage des ressources internationales en matière de santé publique, et leur diffusion à échelle des communautés. Il s'agit des Directions de la coopération (DCOOP), des Inspections et Directions générales de la santé, etc., avec quelques spécificités ici et là. C'est à ce niveau que se recensent aussi les différents services tenus par les OI, ONG, et d'autres bailleurs de fonds étrangers, mais aussi les comités nationaux de lutte contre les maladies et surtout les structures du troisième palier (CHU, HG, HC).

Le niveau intermédiaire, par contre, joue surtout un rôle d'appui technique aux circonscriptions sanitaires, notamment dans la transmission des informations, l'adaptation spécifique des normes nationales aux conditions locales, leur application et la supervision des équipes cadres. Il comprend, outre les directions départementales, provinciales et régionales de la santé, les secteurs opérationnels, les services d'hygiène, etc. Il intègre aussi les structures du second palier. Le niveau périphérique ou opérationnel enfin est l'unité opérationnelle de la planification et de mise en œuvre des plans nationaux de développement sanitaire (PNDS). Ce dernier niveau est représenté par les circonscriptions sanitaires[32], c'est-à-dire, les districts de santé (DS). Ces circonscriptions sanitaires sont subdivisées en aires de santé. C'est dire qu'elles sont constituées d'un réseau de formations sanitaires ambulatoires publiques et privées comprenant les centres de santé de district (CSD), les centres de santé intégrés (CSI), les dispensaires, les cabinets médicaux, les centres médico-sociaux, etc.

Notons toutefois que les bailleurs de fonds étrangers ici sont généralement constitués des coopérants et assistants techniques issus, pour la plupart, des anciennes métropoles. Ils jouent, comme les experts de l'OMS et les représentants des autres OI et des ONG, un rôle relativement important dans la structuration des systèmes nationaux de santé, et dans la diffusion des modèles sanitaires globaux, comme nous le verrons dans le paragraphe suivant. Sans vouloir remettre en cause la pertinence des travaux qui postulent la centralité des experts internationaux dans la circulation des modèles réformistes, la révision de ce schéma type vise plutôt la mise en valeur de la diversité des rationalités en interaction dans le processus de diffusion des politiques publiques internationales de santé en Afrique centrale. Considérées ici comme « intermédiaires », ou « courtiers » du développement sanitaire, nous appréhendons aussi ces rationalités comme autant de « passeurs culturels », censés œuvrer au profit des communautés locales, principales bénéficiaires de ces politiques.

[32] Selon les normes en vigueur, une circonscription sanitaire doit couvrir entre 50. 000 et 100. 000 habitants en milieu rural, et entre 100. 000 et 300. 000 habitants en milieu urbain.

2.2. Passeurs ou intermédiaires dans la diffusion des politiques internationales de santé en Afrique centrale

2.2.1. Les fonctionnaires et/ou experts internationaux

Les études sur la circulation des savoirs et savoir-faire placent l'expert au centre du processus de diffusion des connaissances[33]. Cet acteur « clé » gagne davantage en importance, surtout avec l'évolution des technologies, des pratiques et des savoirs dont l'impact modifie fondamentalement le rapport que les individus et les organisations entretiennent avec ces connaissances. En fonction de ce qu'ils savent et savent faire, les individus s'acheminent progressivement vers une spécialisation cognitive. C'est ainsi que la classification par catégorie des fonctionnaires internationaux du système des NU permet d'identifier trois principaux types de personnels : les agents permanents ou recrutés par voie de concours, les contractuels à durée déterminée ou indéterminée, et les fonctionnaires détachés des États membres[34]. Les agents permanents sont des fonctionnaires au sens strict du terme[35], qui jouissent d'un statut juridique particulier de caractère international. Les agents contractuels (collaborateurs provisoires ou occasionnels), pour leur part, n'occupent pas d'emploi permanent, dans les services administratifs de la fonction publique internationale. Ils coopèrent cependant pour une durée bien déterminée ou indéterminée à l'exécution des tâches spécifiques qui leur sont confiées, dans l'intérêt et à la demande de l'OI qui les emploie[36].

Les agents locaux enfin sont ceux recrutés en respect des dispositions du droit commun du pays où l'OI a son siège ou sa représentation. Affectés à l'exécution des tâches matérielles, on retrouve parmi eux, certains personnels médico-sanitaires (notamment les médecins, les experts en santé publique), les journalistes, les huissiers, les chauffeurs, les cuisiniers, etc. : ce sont des salariés de droit privé interne. Si en théorie il est aisé d'opérer une distinction claire entre le premier (les permanents) et le second type de personnel (les contractuels), cela semble presqu'impossible en pratique. Il est en effet courant que certains agents permanents soient recrutés de manière occasionnelle comme experts, conseillers, consultants ou chargés de

---

[33] S. Dubois, et *al*., « Connaissances et reconnaissance de l'expert », p. 89.
[34] OMS, *Statut du Personnel et Règlement du Personnel*, OMS, Genève, 1er février 2016. L'art I, al. 1.1 des présents statuts disposent que tous les membres du personnel de l'OMS sont des fonctionnaires internationaux, cf. p. 4.
[35] Il convient de souligner que seuls ceux des personnels jouissant d'un contrat de permanent au sein d'une OI sont considérés comme fonctionnaires internationaux.
[36] Recrutés de manière contractuelle et non statutaire, leur statut s'achève lorsque prend fin leur mandat. C'est au DG/OMS que revient le droit de déterminer le temps et les tâches à confier aux membres du personnel comme dispose l'art. I, al. 1.2 des Statuts du personnel de l'OMS.

missions temporaires, tant au BR/AFRO que dans les représentations nationales (bureau-pays) de l'organisation. De même, un agent contractuel peut tout aussi aisément devenir agent permanent. Le cas de F. J. C. Cambournac, expert paludologue portugais devenu, en 1954 DR/AFRO semble illustratif à ce propos. Le cas de Kenneth N. Newell devenu expert de l'OMS vers la fin des années 1970, après son retrait de l'organisation comme fonctionnaire semble tout aussi évocateur[37]. À cette catégorie de fonctionnaires et d'experts de l'OMS s'ajoutent les assistants et conseillers techniques généralement issus des ex-puissances coloniales, et ceux dépendant d'autres OI et ONG, qui interviennent comme bailleurs de fonds dans la réalisation des projets de développement sanitaire en Afrique.

C'est en raison de cette complexité à les distinguer que nous avons choisi d'appeler tout simplement « experts », chacune de ces différentes catégories d'acteurs. Pour Isabelle Berrebi-Hoffmann et Michel Lallement en effet, la notion d'expert n'a cessé de s'élargir avec le temps[38]. Contrairement à celui du XIX^{e} siècle[39], l'expert contemporain a recouvré les traits du « consultant » qui en proposant des réformes, indique par le fait même les « bonnes pratiques ». Revêtu au nom d'une certaine objectivité des attributs d'« évaluateur », d'« auditeur », l'expert est devenu créateur des « indicateurs de qualité et de performance », analysant les risques sociaux comme ceux liés à la santé[40]. C'est ce constat qui aurait conduit Hans-Georg Gadamer à dire de l'expert qu'il est devenu à un certain degré, « la personnalité la plus recherchée et, souvent, celle qui est déterminante »[41]. Le recours à l'expertise ne devient alors envisageable qu'à partir du moment où un problème social relève d'une certaine complexité, ou encore, d'une difficulté de résolution. La « technicité » des problèmes de santé contraint ainsi les autorités politiques nationales à recourir à des experts qui possèdent à la fois des savoirs et des savoir-faire qui leur permettent le plus souvent, de formuler des tentatives de solutions pour résoudre des problèmes spécifiques, ou aider à prendre des décisions allant dans ce sens.

Cela peut être empiriquement observable, à partir du cas du Gabon. En effet, dans la requête n°03090/MSPP/DSP signée du Ministre de la Santé Publique et de la Population, le 23 novembre 1971, et dans une autre (référencée au n° 004728/MAEC/DOI) signée du Ministre

---

[37] De tels exemples peuvent être multipliés à l'infini.
[38] I. Berrebi-Hoffmann, M. Lallement, « À quoi servent les experts ? », in *Cahiers internationaux de sociologie*, n°126, 2009/1, pp. 5-12.
[39] Les auteurs pensent en effet que l'expert au XIX^{e} siècle (qu'il s'agisse du statisticien d'État, de l'épidémiologiste ou des experts comptables et judiciaires) puisait sa légitimité dans « les savoirs scientifiques reconnus et institutionnalisés au sein et grâce à l'action d'une profession fermée », p. 6.
[40] I. Berrebi-Hoffmann, M. Lallement, « À quoi servent les experts ? », p. 6.
[41] H. G. Gadamer, *L'héritage de l'Europe*, Paris, Ed. Rivages, 1996.

des Affaires Étrangères, le 7 décembre 1971, les autorités gabonaises sollicitent de l'OMS la mise à la disposition du Gouvernement, de deux consultants à court terme, dont l'un, pour la législation sanitaire et, l'autre, pour la documentation et les archives[42]. Les autorités de l'OMS, et notamment le Dr. L. J. Charles, en lieu et place du Dr. Quenum, affectent, pour un mois, un consultant à Libreville, dans le cadre du « projet Inter-pays AFRO 4107 - Législation sanitaire, Services consultatifs ». Celui-ci est censé répondre aux besoins du pays « dans ces deux domaines à la fois »[43].

L'accord du Gouvernement gabonais manifesté aux autorités du BR/AFRO par le MINSANTE Samuel Minko, le 23 juin 1972, est suivi quelques temps après par l'envoi à Libreville, du Dr. R. Féry, du 1er août au 15 septembre 1973. Les buts de sa mission sont, entre autres, d'étudier la législation sanitaire en vigueur dans le pays ; de formuler des propositions en vue des modifications susceptibles d'être apportées à cette législation ; et enfin, d'aider le Gouvernement à préparer une nouvelle législation sanitaire. Le constat que pose cet expert dans son rapport final permet d'attester, d'une part, de la relative continuité entre structures sanitaires coloniales et les structures actuelles, et, d'autre part, du maintien sur le terrain d'une importante quantité de conseillers techniques (experts), surtout français issus de « la coopération franco-gabonaise »[44]. Il justifie cette situation par le « petit nombre de médecins gabonais actuellement en mesure d'assumer des fonctions de responsabilité »[45].

Si l'article 2 al. c) de la constitution de l'OMS[46] prévoit que l'organisation ne peut apporter son soutien aux Gouvernements que sur leur demande, il est, en effet, courant, et conformément au principe théorique du *direct imposition*, que les États se voient affectés, sans requête préalable, des experts que l'organisation a elle-même choisie[47]. C'est du moins ce qu'on peut lire dans cette correspondance du Dr. C. A. A. Quenum, au ministre tchadien de la santé,

---

[42] AOMS/GVA, « Lettre du DR/AFRO au PR gabonaise », 26 mai 1972, in OMS, AF/ICP/HLE/001, *Health Legislation*.
[43] *Ibid*.
[44] AOMS/GVA, « Rapport de mission du Dr. R. Féry, consultant de l'OMS », décembre 1973, in OMS, AF/ICP/HLE/001, *Health Legislation.*
[45] On ne compte en effet au Gabon en cette veille des années 1974, que 106 médecins, dont 74 intervenant dans le secteur public tenu par le Ministère de la santé publique. Parmi eux : 17 nationaux, 37 coopérants français, et 20 étrangers (toutes nationalités confondues). On compte en outre, 6 médecins militaires (dont 4 nationaux, 1 coopérant français et 1 étranger), et 26 médecins du secteur privé, parmi lesquels 24 étrangers et 2 nationaux. Voir AOMS, « Création d'une école d'assistants médicaux en République centrafricaine. Rapport de mission (28 juin - 11 août 1973) du Dr. Ioan Teleianu », in AOMS, Post-University Teaching in Public Health, AF/ICP/HMD/008.
[46] Cet article dispose que l'organisation a pour fonction, « d'aider les gouvernements, sur leur demande, à renforcer leurs services de santé ».
[47] Dolowitz et Marsh font par exemple allusion au caractère essentiellement complexe du rôle des experts et des conditions particulières dans lesquelles ces derniers sont souvent recrutés, les États emprunteurs ne pouvant décider du type d'experts affectés dans leur pays. Cf. P. Dolowitz, D. Marsh, « Learning from Abroad », p. 10.

du 30 juillet 1976. Le DR/AFRO écrit : « […] j'ai décidé d'affecter au Tchad, avec lieu d'affectation à N'Djamena, le Docteur A. E. Delas, de nationalité française […] il se mettra à la disposition de votre Gouvernement pour y contribuer au développement de la surveillance épidémiologique et de la lutte contre la maladie »[48]. Une telle pratique, pour le moins récurrente au sein des agences spécialisées des Nations Unies, comme l'OMS, permet de (re)questionner l'assistance technique, ses modes opératoires, et leurs implications sur la souveraineté des États « emprunteurs » de politiques publiques internationales. Tel n'est pourtant pas le propos de cette section, qui vise plutôt à étudier le rôle effectif de ces experts affectés sur le terrain, dans la diffusion des modèles sanitaires internationaux.

Notons tout d'abord que les experts ainsi affectés sur le terrain travaillent sous l'autorité des représentants résidents de l'OMS dans les pays concernés. Il est en effet courant dans la pratique internationale que les OI et l'OMS, notamment, aient une représentation auprès des États à la tête de laquelle elles désignent un coordonnateur résident. Le Cameroun, par exemple, a déjà connu plusieurs représentants résidents de l'OMS sur son sol, dont le premier est un Malgache du nom de Ralinoro, arrivé en 1966. De nombreux autres se sont succédé, donc le Dr. Dackey, le Dr. Ilunga, le Dr. Imboua-Bougui, la Dr. Mambu-Madisu, la Dr. Faty Ndiaye, et tout récemment en 2015, le Dr. Roungou, etc. Leur mission, est entre autres, d'assurer la réalisation des programmes de développement sanitaire ainsi que leur supervision. C'est ainsi qu'ils coordonnent les activités opérationnelles menées par les experts mandatés, soit par le BR, soit par le Secrétariat général de l'OMS, soit alors par des organismes partenaires – étatiques et non étatiques – et d'autres bailleurs de fonds étrangers. Ils supervisent également les activités du reste du personnel engagé pour le compte de l'organisation. Ces représentants résidents effectuent aussi les payements et autres prestations à la charge de l'organisation.

Agissant généralement comme conseiller de l'État et spécifiquement du Ministre de la santé publique, le représentant résident aide ce dernier à présenter des demandes d'assistances techniques et informe les autorités du programme de la bonne marche des projets. Il participe, de ce fait, à l'élaboration des plans, des politiques et stratégies sanitaires nationales, dont il s'assure de la conformité avec ceux et celles élaborés à l'échelle internationale, à travers notamment les recommandations formulées par lui ou d'autres experts officiellement mandatés.

[48] AOMS/GVA, « Lettre du DR/AFRO au Ministre de la Santé publique et des affaires sociales du Tchad », in OMS, *Équipe de surveillance épidémiologique et lutte contre la maladie*, octobre 1976 à avril 1980, AF/ICP/ESD/005, Chemise 1.

Le tableau suivant donne une idée des experts internationaux intervenant en RCA au début des années 1970.

Tableau 7 : Personnel de l'OMS participant aux programmes de coopération technique des Nations Unies en République centrafricaine

Noms	Fonctions et services	Nationalités
Dr. Georges Nicolas	Représentant résident de l'OMS (Tchad et RCA)	Haïtien
M. Ken Vinayagam	Inspecteur sanitaire, service urbain de l'hygiène	Grande Bretagne
Mme J. Seck-Mezennec	Infirmière monitrice principale, Hôpital général	Française
Mlle Claude Noizet	Infirmière monitrice, Hôpital général	/
M. Guillermo Saldeco Duarte	Directeur du projet assainissement et drainage (Mairie de Bangui)	Colombien
M. Nicolas Adrien	Ingénieur adjoint, projet assainissement et drainage (Mairie de Bangui)	Haïtien
Dr. Sylvain Jolibois	Médecin de santé publique, développement des services de santé de base (Ministère de la santé)	Haïtien

Source : AOMS/GVA, « PNUD, Bureau du représentant résident-RCA : Repertoire des organisations internationales et de leur personnel participant aux programmes de coopération technique des Nations Unis en République centrafricaine », in *Emergency Situations – Lists of International Staff and their Personnal Property*, P 3/180/2 (A), Chemise 2.

Les problèmes posés par ces experts sur le terrain sont cependant de plusieurs ordres, comme permettent de le relever les échanges suscités par la préoccupation introduite aux débats du 15^{e} CR en 1965, par le délégué guinéen le Dr. Keita, et relative à « l'utilisation rationnelle de l'assistance technique et matérielle de l'OMS ». Le Dr. Gangbo, délégué dahoméen (actuel Benin) à ces échanges, parle par exemple de « l'expérience fâcheuse » qu'a connue son

Gouvernement dans ce domaine, et « du retrait de l'élément qui ne donnait pas satisfaction »[49]. Le Dr. Gangbo revient aussi sur la question du choix de ces experts. Il précise ainsi que « ces derniers devraient être préparés et en quelque sorte adaptés aux projets auxquels on les destine »[50]. Il faudrait en effet, poursuit-il, « définir leurs attributions ainsi que leur place dans l'organigramme des services de santé publique car très souvent l'expert qui arrive dans un pays se croit l'adjoint du Ministre de la santé publique et traite les problèmes directement avec ce dernier, au lieu de collaborer avec les techniciens du pays »[51].

En réponse au Dr. Gangbo, le Dr. Aujoulat, présent à cette session du CR, pense qu'il est « normal que le Ministre soit le maître de l'expertise et qu'il invite l'expert à collaborer directement avec lui ». Le délégué français, Aujoulat, poursuit en précisant que la solution idéale consisterait « probablement pour l'OMS à se donner un corps d'experts permanents qui pourraient être mobilisés à tout moment par l'organisation, mais il faut hélas écarter cette solution car elle représenterait un fardeau pécuniaire trop lourd pour l'Organisation »[52]. Comme autre solution pour pallier les problèmes posés par l'expertise étrangère en Afrique, Aujoulat suggère aux délégués des États africains de « rechercher, s'ils n'ont pas eux-mêmes des experts capables et s'il ne serait pas possible de mettre sur pieds un système d'experts inter-états »[53]. Mais pour le délégué français, cela supposerait dans ce cas d'envisager une « refonte des structures de l'assistance technique de l'OMS ». Une reconversion qui, en raison des moyens considérables qu'elle nécessiterait, ne devait être envisagé qu'avec « circonspection ».

Entre autres problèmes posés par ces experts, il faut noter celui de l'adaptation de leurs compétences aux réalités locales. De l'avis du Dr. Sidi Boukenem, délégué malien à cette session du CR, « un expert peut être considéré comme éminent en Europe et ne pas convenir du tout en Afrique »[54]. Il conclut ainsi que « les titres de l'expert sont importants mais il doit y ajouter la connaissance des problèmes particuliers qu'il aura à résoudre dans une région donnée ». Et les experts, généralement conviés à n'effectuer qu'un « travail cloisonné », ne produisent très souvent que « des rapports qui ne reflètent absolument pas la situation réelle des pays dans lesquels ils se trouvent »[55], conclut le délégué malien à ces échanges.

---

[49] AOMS/BZV, « Comité régional de l'Afrique. Quinzième session, Lusaka, 6-16 septembre 1965. Procès verbal provisoire de la troisième séance », 13 septembre 1965, AFR/RC15/Min/3, pp. 7-20
[50] *Ibid*., p. 7.
[51] *Ibid*.
[52] *Ibid*., p. 9.
[53] *Ibid*.
[54] *Ibid*., p. 13.
[55] *Ibid*.

Notons cependant que les savoirs et savoir-faire que détiennent ces experts, leur confèrent une légitimité, qui fait d'eux la « figure emblématique » de ceux qui savent et savent comment faire, et qui, en plus, savent conseiller pour les décisions à prendre[56]. Ces hommes de connaissance et d'action développent ainsi des rapports privilégiés, aussi bien avec les savoirs, qu'avec la décision et l'action, c'est-à-dire, avec le pouvoir, comme nous l'avons observé précedemment à travers l'exposé du délégué beninois, le Dr. Gangbo. Cette position, pour le moins centrale, des experts, dans le processus des *Policies Making* devient difficilement contestable. Une telle position favorise la diffusion à l'échelle nationale du « catéchisme » sanitaire international, aussi bien par les représentants résidents, que par les experts œuvrant sous leur autorité. Vu dans la perspective de Dolowitz et Marsh, on en vient à la conclusion que de telles actions menées par les experts, visent à influencer directement les politiques des États, par leurs propres politiques et conditionnalités, ou par celles des OI pour lesquelles ils agissent.

Toutefois, les politiques ainsi conçues posent très souvent le problème du manque d'analyse préalable sur les besoins réels de l'État ou de la société pour laquelle travaille l'expert et de ceux des experts eux-mêmes[57], comme on a pu le confirmer, au cours de nos enquêtes de terrain auprès de nos informateurs. En sa qualité d'autorité locale, sa Majesté Okala Ayissi, chef du village Nkengue par Élig-Mfomo au Cameroun, s'étonne de la manière dont sont faits ces programmes et politiques. En confirmant comme de nombreux autres responsables locaux[58] que les communautés locales ne sont impliquées dans les programmes et politiques qu'au moment de leur mise en œuvre, le chef de village souligne : « ils élaborent leurs programmes, soit au niveau du district, soit peut-être au niveau régional, on ne sait. Ils nous amènent ça seulement. C'est comme une pillule à avaler »[59]. De même, le Dr. Paul Omembélé, actuel Chef de District de Santé (CDS) de Nkolndongo (Cameroun) et ex-CDS d'Ebebda et de la Cité verte, insiste, lui aussi, sur le fait que les politiques et programmes de santé en circulation dans les espaces locaux soient une émanation des autorités internationales, régionales et nationales, sans implication des communautés dans le processus d'élaboration[60].

---

[56] S. Dubois et *al*., « Connaissances et reconnaissance de l'expert », p. 89.
[57] B. Cahour, P. Falzon, « Assistance à l'opérateur et modélisation de sa compétence », in *Intellectica*, n°12, 1991/2, pp. 159-186.
[58] Et notamment sa Majesté, Ngoungou Mbida du quartier Nkomo II à Yaoundé, sa Majesté Mbida Alphonsine, de Nkoldongo 12, ou encore Mme Nneme Françoise, infirmière cheffe du centre de santé urbain (CSU) d'Obala.
[59] Entretien avec le chef de village Nkengue par Élig-Mfomo (Cameroun), sa Majesté Okala Ayissi, Nkengue, le 4 janvier 2018.
[60] Entretien avec le Dr. Paul Onembélé, Chef du district de santé de Nkolndongo (Cameroun), CDS de Mimboman, le 2 janvier 2018.

Ainsi appréhendés, ces politiques et programmes apparaissent comme indissociables d'une « philosophie de l'assistance » et de la dépendance généralement implicite[61]. Par son mode d'intervention basé sur « l'assistance par la réponse », l'expert – qu'il soit national ou international – ne permet pas toujours à l'opérateur d'apprendre. Il a tendance, au contraire, à le socialiser à la dépendance. Aussi est-il courant que les solutions qu'il apporte soient contradictoires avec les pratiques observées en situation réelle. Et le fait qu'elles s'appuient sur un modèle parfois unique, donc essentiellement restrictif, amène les opérateurs à adopter un « comportement directif », voire « condescendant », si le modèle utilisé est en déphasage par rapport aux compétences de l'opérateur[62], comme le montrent Cahour et Falzon, dans le champ de l'informatique qui est le leur. Ce que les auteurs décrivent s'applique aussi bien dans le cadre de l'expertise en santé publique internationale que nous étudions.

En considération de ce qui précède, on peut être amené à conclure que les experts multilatéraux n'interviennent essentiellement qu'au niveau des administrations centrales, où elles diffusent leurs savoirs et savoirs faire à partir des recommandations et autres pressions généralement symboliques. Le cas du Gabon, évoqué plus haut, permet d'observer que ces experts agissent aussi bien aux niveaux central, qu'intermédiaire et périphérique, ou mieux, qu'ils interviennent, tant au premier qu'au second et au troisième paliers des systèmes nationaux de santé. Le tableau suivant tente d'illustrer ce propos.

Tableau 8 : Médecins exerçant au Gabon en 1973 (secteur public)

Organismes de rattachement (différents niveaux)	**Experts**		
	Nationaux	**Coopérants français**	**Autres experts étrangers**
Administration centrale	3	3	3
Centre hospitalier de Libreville	3	12	5
Ecole nationale de la santé et de l'action sociale	1	/	/
Services sanitaires divers de Libreville	3	3	2
Région du Haut Ogooué (Franceville)	2	1	5
Région du Moyen Ogooué (Lambaréné)	1	2	/
Région de la N'Gounié (Mouila)	1	4	/
Région de la Nyanga (Tchibanga)	1	1	1

[61] P. Falzon, *Ergonomie cognitive du dialogue*, Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble, 1989 ; voir aussi B. Cahour & P. Falzon, « Assistance à l'opérateur », p. 162.
[62] B. Cahour & P. Falzon, « Assistance à l'opérateur », p. 162.

Région de l''Ogooué-Lolo (Koulamoutou)	/	2	/
Région de l''Ogooué-Ivindo (Makokou)	/	1	2
Région de l''Ogooué-Maritime (Port Gentil)	2	4	2
Région du Woleu-Ntem (Oyem)	/	4	1
Total	**17**	**37**	**20**

Source : AOMS/GVA, « Rapport de mission du Dr. R. Féry, consultant de l'OMS », décembre 1973, in OMS, AF/ICP/HLE/001, *Health Legislation*.

C'est dire, de manière pratique, que les experts, en plus de conseiller les Gouvernements centraux participent, et coordonnent les activités opérationnelles à divers niveaux. Ils accompagnent les équipes de terrain, en s'assurant que les politiques mises en œuvre sont conformes aux exigences institutionnelles, et aux attentes des bailleurs de fonds qui, généralement, les financent. Lorsque cette influence n'est pas directe, comme nous venons de l'observer, Dolowitz et Marsh soutiennent qu'elle s'applique indirectement par le biais des conférences, des rapports issus des rencontres internationales, et des rapports de missions de terrain[63]. L'impact des rencontres d'Alma-Ata, d'Harare ou de Bamako et surtout de celle d'Ottawa, dans la diffusion des modèles sanitaires internationaux, est par exemple traité dans la deuxième partie de ce chapitre.

2.2.2. Les autorités et élites locales

Nous considérons ici comme autorités et élites locales ceux des intermédiaires qui interviennent surtout au niveau des administrations centrales, et qui favorisent la diffusion, au sein des communautés locales, des modèles réformateurs. C'est à la lumière des accords de base signés entre certains Gouvernements et l'OMS qu'il nous a semblé nécessaire d'interpréter et de comprendre le rôle effectivement joué par ces élites dans la diffusion des modèles sanitaires internationaux. Le tout premier accord passé entre l'administration coloniale française et l'OMS est celui signé respectivement à Genève le 23 juillet 1952 et le 1er août de la même année à Paris. Ce premier accord garantit aux fonctionnaires et experts de l'OMS les privilèges, immunités et facilités dans les territoires administrés par la France. Il est complété par l'arrangement du 22 avril 1955, relatif aux « conditions d'occupation et d'utilisation des

[63] P. Dolowitz, D. Marsh, « Learning from Abroad », p. 11.

terrains, immeubles et maisons destinés au bureau régional d'Afrique de l'OMS et à son personnel », passé à Brazzaville entre le Gouverneur général de l'AEF P. Chauvet et le DR/AFRO le Dr. F. J. C. Cambournac, et l'accord de siège signé à Brazzaville, le 22 août 1956, entre le Secrétaire général de l'AEF J. Cédille et le DR/AFRO, le Dr. F. J. C. Cambournac. Chacun de ces textes viennent accélérer le processus de circulation des experts internationaux, ainsi que la diffusion des savoirs et savoir-faire initiée notamment par les missionnaires et l'OIHP/OHSDN, au lendemain de la Première Guerre mondiale.

Une fois les indépendances intervenues, les accords antérieurement signés entre les autorités coloniales et les responsables de l'OMS, concernant notamment, l'accord de siège à Brazzaville, au Congo, celui relatif aux locaux du bureau régional dans la même ville, et l'accord d'assistance technique souscrit par le l'administration française au nom des territoires qu'elle représentait à l'époque, sont soumis au régime de « continuité »[64]. C'est par exemple, en regard de ces dispositions antérieures que le Gouvernement congolais est conduit à négocier avec l'OMS, en 1993, un « Protocole d'accord instituant une Commission Mixte de Coopération »[65]. La mission essentielle de ladite Commission est de « renforcer la coopération technique en matière de développement sanitaire, sur la base d'une coordination intersectorielle et multidisciplinaire et de résoudre, le cas échéant, les problèmes d'intérêt commun »[66].

La « Commission Mixte de Coopération CONGO-OMS/AFRO » est, en ce début des années 1990, co-présidé par le Ministre des Affaires étrangères, de la Coopération et de la Francophonie (MAE), Benjamin Bounkoulou, et le DR/AFRO, le Dr. G. Lobe Monekosso. Ledit accord dispose aussi, en son art. 5, de la création d'une Commission de suivi censée coordonner les activités des groupes de travail mis en place. Sa présidence est ainsi confiée au Secrétaire général adjoint du MAE, et au Directeur de Gestion des Programmes de l'OMS. Comme membre de ladite commission sont désignés le Secrétaire général adjoint chargé de la Coopération au MAE; le Directeur de la Coopération avec les OI du système des NU et les ONGs, dépendant du même ministère ; le Directeur des Affaires juridiques de ladite institution ; le Directeur de la Coopération ; le Directeur des études et de la planification du Ministère de la

[64] AOMS/GVA, « Survivance des accords internationaux souscrits par la France au nom des territoires africains devenus par la suite États indépendants », Lettre de A. H. Zarb, responsable OMS du service juridique au Dr. Cambournac, DR/AFRO, 12 décembre 1960, in Negociations with the French authorities : Official and residential accomodation at Djoue, B10-416-4, Chemise 1.
[65] AOMS/BZV (représentation nationale), « Protocole d'accord instituant une commission mixte de coopération entre le Gouvernement de la République du Congo et le bureau régional de l'OMS pour l'Afrique », 21 septembre 1993.
[66] Voir art. 2 dudit accord.

santé, de la population et des Affaires sociales (Minsanté) ; le Conseiller technique du Minsanté, le Chef de division des OI du système des NU au MAE et le Chef de service de Coopération Multilatérale du Ministère de l'Éducation nationale chargé de la réforme du système éducatif[67]. L'action menée par cette Commission nouvelle, sans créer de doubles emplois avec les charges normalement dévolues au Ministre de la santé, vient accompagner celui-ci dans la réalisation de ses missions.

C'est en principe aux responsables des ministères de la santé qu'il est généralement dévolu la tâche de constituer les délégations censées participer aux grandes rencontres sanitaires internationales : les Assemblées mondiales de la santé (AMS), les conseils exécutifs (CE), les comités régionaux (CR), et d'autres rencontres sanitaires interétatiques occasionnelles, comme celles d'Harare, de Bamako, d'Ottawa, où se façonnent les savoirs et savoir-faire, diffusés par la suite aux niveaux régional, national, et local. Ces « appareils administratifs et politiques classiques »[68], ou mieux, ces réseaux d'intermédiaire sont ainsi constitués des ministres d'États (généralement ceux de la santé et des Affaires étrangères à l'exemple de ceux du Congo évoqué plus haut), des diplomates, des personnels administratifs, des technocrates, des universitaires, etc., à l'instar des délégués Jean Raphael Kouetete du Congo, Dr. Buiyabana Sitoga de la Guinée équatoriale, Dr. Thomas Choffor Nchinda du Cameroun ou encore – pour le genre – les dames Antoinette Oliveira du Gabon et Phaka Nimy de la RDC (ex-Zaïre), représentant leurs pays respectifs à la conférence d'Alma-Ata en 1978 (cf. Chap. III).

Si l'on considère la définition que nous avons voulu précédemment donner à la notion d'autorités et d'élites locales, ces différents acteurs constituent autant d'intermédiaires exerçant auprès des instances sanitaires internationales, une activité de courtage, et dont les résolutions et recommandations prises à l'issue des réunions régulièrement tenues sont rendues exécutoires aux moyens de décrets, d'arrêtés, des circulaires, des notes de services, etc. Les décisions issues, elles aussi, des grandes rencontres sanitaires internationales, ou d'autres réunions régionales tenues par l'organisation suivent, elles aussi, les mêmes procédés. C'est le cas, par exemple, des conclusions tirées de la Conférence d'Harare de 1987 sur les districts de santé (DS), qui sont rendues applicables au Cameroun par le décret présidentiel n°95/013 du 7 février 1995[69]. Ledit décret porte « organisation des services de santé de base en district de santé ». De

[67] Voir art. 7 de l'accord.
[68] J.-P. Olivier de Sardan, T. Bierschenk, « Les courtiers locaux ».
[69] Archives de ministère camerounais de la santé publique (ci-après AMCSP), « Décret n°95/013 du 7 février 1995, portant organisation des services de santé de base en district de santé », (sans référence).

telles mesures contribuent largement à favoriser la diffusion à l'échelle nationale et locale des savoirs et savoir-faire, en matière de santé-publique internationale, même si, – il convient de le souligner – l'adoption des dispositions normatives et réglementaires demeure largement insuffisante pour transformer une société.

Rappelons toutefois que l'une des facettes de la « crise de l'État en Afrique » est cette incapacité dans laquelle il se trouve désormais de pouvoir « drainer ou contrôler les flux Nord-Sud » – quel que soit le domaine concerné – comme le soutiennent par ailleurs de Sardan et Bierschenk[70]. C'est en raison de cette incapacité notoire des États à tout contrôler qu'on assiste progressivement à l'émergence d'une nouvelle élite locale intervenant aussi bien dans le courtage que dans la diffusion des ressources sanitaires internationales, en faveur des communautés. Ces « porteurs sociaux locaux » de projets de santé notamment, en constituant l'interface entre les destinataires et les institutions de développement sanitaire, expriment les besoins des populations locales dans ce sens spécifique. Les réseaux confessionnels (confréries islamiques, églises catholiques, églises et sectes protestantes, etc.), les hauts cadres originaires d'une localité (associations de ressortissants, de fonctionnaires, d'universitaires, d'immigrés ou de commerçants), les mouvements culturels et ethniques, etc.[71], sont autant de « réseaux de courtages décentralisés » qui mobilisent, auprès des instances internationales et des bailleurs de fonds étrangers, des ressources qu'elles diffusent par la suite au sein de leurs collectivités respectives. La récente émergence des mutuelles de santé au Cameroun[72], conséquence d'une exclusion sociale quasi généralisée de certains groupes sociaux, semble illustratif à ce propos.

2.2.3. Les travailleurs de la santé

Les travailleurs de la santé ou « prestateurs » pour leur part, sont ceux des intermédiaires qui, au niveau local, contribuent à diffuser auprès des communautés, les politiques formulées par le Gouvernement central avec l'aide des experts étrangers et nationaux, et sur la base des recommandations issues des rencontres sanitaires internationales. Il s'agit de la catégorie des « passeurs culturels » la plus directement en contact, ou mieux la plus proche des communautés

[70] J.-P. O. de Sardan, T. Bierschenk, « Les courtiers locaux ».
[71] *Ibid*.
[72] J. C. Awomo Ndongo, « Émergence des mutuelles de santé au Cameroun », in *Revue internationale de l'économie sociale*, n°336, 2015, pp. 23-35.

locales[73], principaux prestataires de soins. Il convient de distinguer ici deux catégories de travailleurs de la santé. Il s'agit de manière classique, des médecins généralistes et des spécialistes (toutes spécialités confondues) et des personnels paramédicaux (infirmiers, techniciens médico-sanitaires, aides-soignants, etc.). Si le personnel médical désigne une personne employée dans une entreprise, un service public ou privé, ayant étudié et pratiquant la médecine (généralement des médecins généralistes ou spécialistes), le personnel paramédical, pour sa part, renvoie aux professions et des personnels ne faisant pas partie des professions médicales, mais qui ont trait, d'un point de vue technique ou administratif, aux activités relatives à la santé (infirmiers, laborantins, aides-soignants, etc.). On parle généralement de personnel médico-sanitaire, pour désigner les corps de métiers apparentés. Ceux-ci sont centraux, dans la diffusion et le transfert de modèles, en matière de santé publique, dans la mesure où c'est à eux qu'incombe la tâche d'assurer les pratiques.

La conférence d'Alma-Ata a cependant favorisé la vulgarisation d'une toute autre catégorie : les agents de santé des villages (ASV) ou agents de santé communautaires (ASC), qui sont les relais essentiels entre la communauté et les responsables des centres de santé de district (CSD), c'est-à-dire, les personnels médico-sanitaires des niveaux de base, ou mieux, des « systèmes de santé communautaires ». Les ASC sont des « non-professionnels », souvent formés sur le tas, et qui sont supposés intervenir, dans la prestation des services essentiels de santé primaires (hygiène, premiers secours, vaccination, etc.) au sein des communautés dans lesquelles ils vivent, qu'elle soit rurale ou urbaine. À l'instar des « médecins aux pieds » de la Chine communiste, ils représentent une tentative de solution au problème d'insuffisance de ressources humaines qualifiées que posent certains États du monde, à la veille de la conférence d'Alma-Ata. Si les professionnels (personnels médical et paramédical) sont surtout reconnus dans l'offre des soins et de conseils aux malades, les ASC, pour leur part, jouent un rôle central dans la prestation de services de santé primaires de prévention, de promotion de la santé (PS) et/ou de soins limités, ou encore des soins de première ligne, en cas d'urgence. Aidant les communautés à faire face aux risques sanitaires, ils sont ainsi censés contribuer à l'amélioration des résultats sanitaires, dans les pays à faible revenu. Ils interviennent surtout dans les communautés dites « pauvres », généralement mal desservies en services de santé. Rapprochant plus ou moins ces services de santé des communautés, les ASC apportent aussi des soins et renforcent, du coup, l'interface entre celles-ci et les services de santé formels. Ils participent,

[73] OMS, « Agents de santé communautaires : en première ligne en cas d'urgence », [en ligne], consulté le 30 mars 2017. URL : http://www.who.int/features/2010/community_health_workers/fr/

de ce fait, de la diffusion des modèles sanitaires internationaux, au niveau communautaire, même si la question de leur performance et de leur efficacité reste posée.

Si les travailleurs de la santé sont supposés mettre en application les savoirs et savoir-faire accumulés, surtout lors de leurs formations académiques et professionnelles, leur activité de terrain est surtout régie par une administration locale : les autorités régionales/provinciales, municipales, les responsables des aires/districts de santé, ceux des structures dans lesquelles opèrent les praticiens, etc. Étroitement lié au niveau central (le ministère de la santé) cette administration locale centralisée, à coup de circulaires, d'arrêtés ou de notes de services, répercute les instructions et des recommandations à mettre en œuvre dans le cadre des pratiques médico-sanitaires.

Généralement calqués sur le modèle international et les recommandations formulées par les experts, ces instructions des administrations centrales influencent les pratiques, en participant de la sorte, au processus de diffusion des savoirs et savoir-faire en santé publique internationale. La « planification des processus d'exécution des soins de santé primaires, dans la commune de Brazzaville » faite le 9 janvier 1986 par le Dr. Simon Batanga, Directeur régional de la santé de Brazzaville, constitue une sorte de canevas des actions à mener par les praticiens, dans cette circonscription médico-sanitaire[74]. Elle permet de voir comment se fait le transfert de compétence de l'échelle nationale à l'échelle locale, en même temps qu'elle offre les clés d'analyse des dynamiques d'appropriation par les représentants locaux des instruments essentiels du discours sanitaire international.

2.3. Les destinataires des politiques sanitaires internationales

Nous entendons par destinataires ou prestataires, les principaux bénéficiaires des soins de santé, ou mieux, des politiques sanitaires nationales et internationales. Généralement minorés, voire ignorés, dans le processus d'élaboration desdites politiques, ceux-ci apparaissent pourtant comme le maillon essentiel de la chaîne de diffusion des savoirs et savoir-faire, en matière de santé. Si les destinataires des politiques de santé sont restés en marge de l'élaboration desdits programmes et politiques, c'est en grande partie au motif que les systèmes de santé promus dans le monde, en général, depuis au moins le XIX^{e} siècle, sont démeurrés hyperhiérarchisés. Ces systèmes ont continué à accorder davantage de pouvoir aux travailleurs

[74] Archives municipales de Brazzaville (AMB), « Fiche technique concernant les réflexions du conseil populaire sur les perspectives sanitaires de la commune autonome de Brazzaville », Carton 221G.

de la santé, plutôt qu'aux prestataires, malgré les dénonciations faites par certains observateurs à la veille de la rencontre sanitaire internationale d'Alma Ata (cf. Chap. III). La principale conséquence de cette option serait alors le renforcement de la tendance à la verticalité des soins.

L'implication des destinataires, dans le processus de circulations des savoirs et savoir-faire médico-sanitaires, nécessite toutefois la prise en compte d'un certain nombre de paramètres socio-comportementaux dont les études, sur la psychologie sociale de la santé, livrent les clés essentielles de compréhension. Cette approche vise en effet l'étude et la résolution des problèmes de santé, dans les différents contextes sociaux et culturels dans lesquels ils se manifestent[75]. La psychologie sociale de la santé, comme discipline est devenue à plusieurs égards, la « boîte à outils » de la santé publique, en matière surtout de diffusion auprès des individus et des groupes sociaux, des messages tendant à l'adoption des comportements favorables à la santé de ces derniers. La participation de ces individus et/ou groupes sociaux comme cibles principales des politiques sanitaires nationales et internationales, apparaît ainsi comme indispensable.

La prise en compte par exemple de la perception consciente de la maladie, de la santé, ou de la guérison pourtant variable d'un individu à l'autre – les faits étant en effet perçus et interprétés par chaque individu, en fonction de ses besoins, de ses émotions, de ses idées, de ses expériences antérieures, etc. – détermine d'une manière ou d'une autre le type de message que l'on peut ou non véhiculer. Toutefois, la diffusion, auprès d'un individu d'un message réformateur, nécessite l'établissement d'un contact ou d'une relation personnelle que rendent possible les rapports entre soignants et soignés[76]. Ceux-ci, sont eux-mêmes, conditionnés par le respect, la confiance, la connaissance mutuelle, les « habiletés communicationnelles »[77] du travailleur de la santé, etc., qui amènent ou non le prestataire à s'identifier à son prestateur, ou mieux, celui qui est supposé lui délivrer des savoirs et savoir-faire médico-sanitaires. Le graphique suivant donne une idée de la trajectoire suivie par les savoirs experts, dans le cadre d'un échange interindividuel.

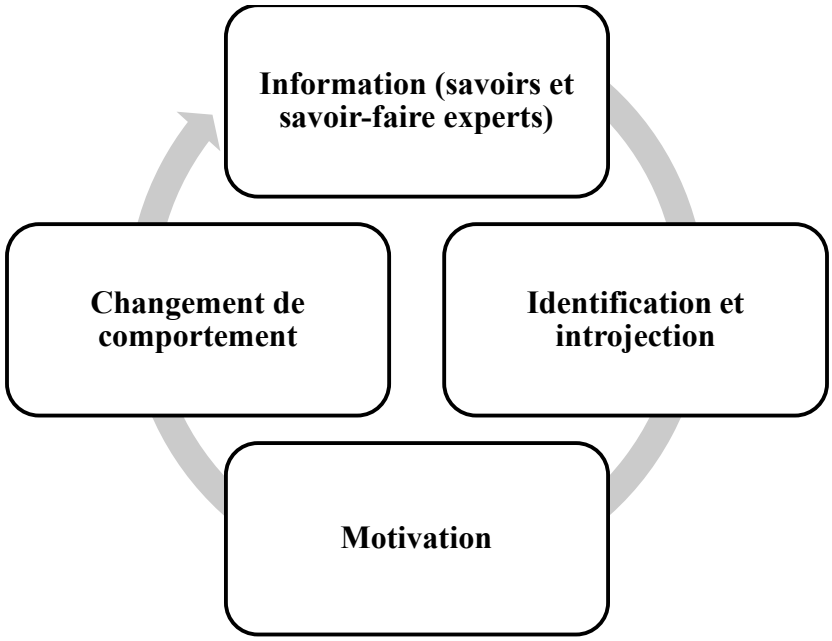
Ce graphique tente en effet, de faire une synthèse du rôle central de l'individu ou du destinataire des soins, dans la circulation des savoirs experts en santé. Les savoirs et savoir-faire diffusés par le prestateur sont ainsi généralement reçus par le prestataire (information).

---

[75] G.-N. Fischer (dir.), *Traité de psychologie de la santé*, Paris, Dunod, 2005.
[76] J.-M. Mantz, F. Wattel, « Importance de la communication dans la relation soignant-soigné », in *Bulletin de l'Académie nationale de Médecine*, France, 2006, Vol. 190, n°9, pp. 1999-2011.
[77] C. Fournier, S. Kerzanet, « Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature », in *Santé publique*, 2007/5, Vol. 19, pp. 413-425.

Ceux-ci ne sont effectivement intégrés (introjection)[78] que si et seulement si les conditions techniques préalables à leur diffusion permettent au prestataire de s'y identifier (identification). Dans ce cas, ce nouvel élément, dans la conscience morale du prestataire, crée une force intérieure à l'origine de l'apparition des nouveaux besoins (la motivation). De tels besoins (besoin en santé) sont confrontés aux obstacles extérieurs comme la coutume, la tradition ou la pression du groupe social auquel il appartient.

Fig. 6 : Trajectoire suivie par les savoirs experts dans le cadre d'un échange interindividuel



Si ces obstacles ne sont pas forts, l'individu parvient à adopter un changement progressif de comportement respectueux des normes de santé en circulation, qu'il est capable, par la suite, de diffuser lui-même auprès de ses amis, de sa famille, de sa communauté, etc. Mais les difficultés qui peuvent intervenir à chaque étape du mécanisme de circulation des savoirs peuvent tout simplement bloquer le processus[79]. Ce qui permet, en partie, au moins d'expliquer les phénomènes de rejets et de résistances aux modèles réformateurs en circulation.

[78] Proche du concept d'« identification » et opposé à celui de « projection », l'introjection est ce processus qui met en évidence le passage fanstasmatique du dehors au dedans. Voir à cet effet A. Green, « La projection : de l'identification projective au projet », in *La folie privée*, Paris, Gallimard, 1990, pp. 195-223 ; voir aussi S. Ferenczi, *Œuvre complètes*, Tome 1, Paris, Payot, coll. « Sciences de l'homme », 1990.

[79] Voir I. Rotsart de Hertaing, J. Courtejoie et A. Van der Heyden, *Santé meilleure, source de progrès* : *Notions de santé publique et d'éducation sanitaire*, Bureau d'Étude et de Recherches pour la Promotion de la Santé, Kangu-Mayumbé, 1975, pp. 49-52.

Dans le cadre des groupes sociaux (communauté locales), au contraire, leur caractère à la fois anonyme et impersonnel leur confère une structure collective, une mentalité et une échelle de valeur qui leur sont propres. C'est cette mentalité qui favorise ou non la circulation des connaissances en matière de santé. S'ils sont défavorables aux idées réformatrices, les membres de la collectivité constituent une véritable force qui rend efficace leurs résistances à ces nouvelles idées[80]. Le fait, pour eux, de partager des objectifs communs, et d'avoir des attaches affectives favorise la cohésion du groupe. La stratégie, pour parvenir à briser les résistances potentielles, est de les disloquer en petits groupes : ceci permet de les mettre en « état d'infériorité ». Cette stratégie fonctionne presque généralement, si les réformateurs les atteignent par le truchement des leaders (chef de village, de canton, de quartier, etc.), dont le rôle est à la fois de contrôler, d'arbitrer, et d'être l'interface du groupe. C'est en effet lui, le chef de groupe, qui distribue les tâches en décrétant les sanctions susceptibles de faire respecter les traditions au sein de la collectivité. C'est dans ce sens que le rôle des chefs traditionnels, de villages, de cantons, de quartiers, des leaders religieux et associatifs[81], etc., apparaît ici comme essentiel, comme c'était déjà le cas pendant la période coloniale. C'est à travers ces leaders qu'il est en effet possible de susciter l'intérêt de la collectivité et de créer une motivation en faveur des savoirs réformateurs en circulation, en s'attaquant notamment à l'indifférence, l'incompréhension, l'hostilité, et les préjugés des uns et des autres, ou encore aux croyances et représentations collectives du groupe.

Si le sentiment de communauté existant en zone rural rend cette tâche relativement aisée à ce niveau, à l'échelle urbaine, caractérisée par une confluence d'origine ethniques diverses au contraire, la circulation des savoirs ne peine que trop souvent à se faire, comme le souligne du reste le Dr. Onembélé, CDS de Nkolndongo. C'est ce qu'il semble vouloir dire lorsqu'il précise : « […] en milieu rural, ils font confiance à la personne qui est en charge de leur santé […]. Mais en ville, il n'y a pas cette constitution sociale de confiance communautaire autour du système de santé. Ça fait qu'on est un peu réticent et l'idée de complot marche très facilement »[82]. Toujours dans la même veine, le CDS poursuit :

> Au village, les gens savent qu'ils sont responsables de leur santé. On peut battre le tam-tam, tout le monde va se mobiliser. Ce n'est pas le cas en ville […] où l'identité communautaire n'est pas très forte. On a plus de problème de santé en ville qu'au village. Si vous regardez

[80] *Ibid*., pp. 53-5.
[81] Cf. entretien avec Menyeng Jean (dit Ali), Imam de Nkomo, Nkomo, le 6 janvier 2018.
[82] Entretien avec le Dr. Paul Onembélé, CDS de Nkolndongo.

> les indicateurs, c'est dans les villes qu'on a les plus grands problèmes de santé, car c'est dans les villes qu'on a le plus de résistances[83].

L'étude sur l'émergence des mutuelles de santé au Cameroun a par exemple révélé une augmentation de la fréquentation des centres de soins de l'ordre de 1,5%, entre 1990 et 2000[84]. Ce qui permet de mettre en lumière l'influence de ce type d'association et surtout le rôle joué par leurs leaders, dans l'adhésion par les communautés aux modèles biomédicaux. Ce rôle primordial des leaders associatifs, traditionnels ou religieux est tout aussi lointain que l'introduction par les missionnaires des premières expériences réformatrices en Afrique. Il est, par ailleurs, renforcé par les colons, qui ont contribué à mettre en place, dans ces espaces dominés, des « chefferies traditionnelles » montées de toutes pièces, dont ils vont par la suite se servir comme relais essentiels, dans la diffusions des modèles réformateurs, comme précédemment analysé, pour le cas des campagnes vaccinales (cf. Chap. I), et comme nous l'analysons plus loin, pour le cas de la lomidinisation. Le phénomène semble être resté actuel.

II. Les moyens de la diffusion des savoirs et des savoir-faire en santé publique internationale

Il est question dans cette section, de mener une analyse des moyens mis en œuvre par les experts, les autorités politiques et les prestateurs, pour parvenir à la diffusion, au sein des communautés, des modèles sanitaires réformateurs. Après avoir fait la lumière sur le rôle essentiel joué par les conférences sanitaires internationales et notamment la rencontre d'Ottawa (1), nous revenons par la suite, sur celui déterminant des mass-média (2), des structures de formation et de prise en soins des patients (3).

1. Les rencontres sanitaires internationales

Pour assurer la diffusion des savoirs et savoir-faire en santé publique, l'OMS procède à l'organisation régulière des conférences internationales, dont celles d'Alma-Ata, d'Harare et de Bamako sont une parfaite illustration (cf. Chap. III). Et c'est surtout la conférence d'Ottawa tenue en 1986, qui apparaît ici comme le principal catalyseur de « l'éducation pour la santé », composante essentielle de la « promotion de la santé » (PS). En matière de PS justement, c'est-à-dire, de diffusion des modèles universels en santé publique internationale, la rencontre

[83] *Ibid*.
[84] J. C. Awomo Ndongo, « Émergence des mutuelles », p. 26.

d'Ottawa y a joué un rôle essentiel. Cette conférence qui débouche sur l'adoption de la « Charte d'Ottawa » est officiellement organisée de manière conjointe par l'OMS, le *Canadian Ministry of Health and Welfare*, et le *Canadian Public Health Association*. De manière plus ou moins officieuse, les principaux artisans de cet important rendez-vous international sont outre le DG/OMS le Dr. Halfdan Mahler, Ilona Kickbusch et Robert Anderson.

C'est en en effet en 1980 que le bureau régional de l'OMS pour l'Europe (EURO) confie à madame I. Kickbusch de concevoir le projet d'une nouvelle approche d'éducation sanitaire qui servirait comme programme de travail aux experts de ladite région, pour la période allant de 1980 à 1984[85]. C'est pour réaliser ce projet qu'elle effectue en 1981, avec R. Anderson, un voyage d'étude au Canada, en vue de comprendre ce qui s'y passe dans le domaine de la PS. Le Canada offre en effet l'avantage d'être, à cette époque, l'unique pays au monde à disposer d'une direction de la promotion de la santé, et où les expériences de « participation » avaient été rapportées comme ayant été des succès. Les échanges d'idées et de programmes entre experts européens et canadiens donnent lieu à la production du « *Discussion Document on the Concept and Principles of Health Promotion* », plus connus sous le nom de « *Yellow Document* ».

Produit en 1984, ce document marque le début du « *Health Promotion Program* » dans la région européenne de l'OMS. Le programme régional et inter-régional de promotion de la santé ainsi créé par le DG/OMS, le Dr. H. Mahler, vise surtout à clarifier le rôle que peut effectivement jouer la PS, dans l'optique de l'élargir à d'autres États membres et à toutes les régions où l'OMS détient un bureau. Ledit programme est placé sous la supervision de madame Kickbusch, par ailleurs, fonctionnaire et expert de l'OMS, depuis 1981. C'est pour vérifier la pertinence de ce programme, pour les pays dits en développement, qu'un groupe d'étude international est invité à se réunir en 1985 à Copenhague, siège du bureau régional de l'OMS pour l'Europe (EURO). L'idée phare qui se dégage de ce rendez-vous européen est qu'il convient de rassembler les expériences acquises dans le domaine des programmes et politiques de promotion de la santé dans les pays industrialisés, en vue de les mettre à la disposition de ceux du « Tiers-Monde ». C'est cette idée qui fait germer celle de la tenue d'une première conférence internationale sur la PS, avec pour thème : « *Health Promotion: Strategies for Action* ».

---

[85] I. Kickbusch, « Health Promotion: A Global Perspective », Keynote Address, in *Canadian Journal of Public Health*, « Special Article », Vol. 77, September/October 1986, pp. 321-326.

Le but de cette rencontre qui a lieu du 17 au 21 novembre 1986, dans la capitale canadienne est alors d'échanger des expériences et de diffuser les connaissances sur la promotion de la santé. Réunissant 212 participants venus de 38 pays[86], tous invités à titre particulier, en raison de leur expertise, cette conférence internationale débouche sur l'adoption d'une Charte qui met en exergue les stratégies et approches fondamentales considérées comme étant indispensables par les participants. Ils mettent ainsi l'accent sur : la construction d'une santé publique saine ; le renforcement des ressources communautaires pour la santé ; la création d'un environnement pour la santé ; la réorientation des services de santé ; etc.

Convoqués en réaction à l'attente devenue manifeste d'un nouveau mouvement de santé publique internationale[87], les participants à cette rencontre d'Ottawa se sont avant tout penchés sur les besoins des pays industrialisés[88]. Et c'est en référence à ces besoins qu'une allusion est faite à ceux d'autres régions du monde[89]. John Raeburn de l'Université de Auckland en Nouvelle Zélande, alors présent à cette conférence peut à tort ou raison regretter deux décennies après, que la conférence n'ait laissé aucune place au débat, l'OMS ou mieux, madame Kickbusch, ayant « réglé à l'avance », les principaux concepts, ainsi que la structure de la conférence[90]. Prenant l'ébauche préliminaire de la Déclaration d'Alma-Ata comme point de base des échanges, le rendez-vous canadien tient ainsi compte des récents débats sur l'action intersectorielle pour la santé, qui avaient déjà cours au sein de l'AMS.

Promouvoir la santé est ainsi perçu au sortir de ce rendez-vous international, comme un processus censé conférer aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, afin de parvenir à son amélioration. Un principe qui rappelle à bien des égards, celui de la participation des communautés à la mise en œuvre des politiques publiques de santé. La démarche édictée à Ottawa relève ainsi d'une définition de la santé comme d'un concept impliquant outre l'individu ou le groupe réalisant ses ambitions et satisfaisant des besoins de santé, mais aussi son environnement ou mieux, le milieu dans lequel il évolue. C'est dans ce

---

[86] Ces pays représentés étaient les suivants : Antigua, Australie, Autriche, Belgique, Bulgarie, Canada, Tchécoslovaquie, Danemark, Irlande, Angleterre, Finlande, France, République démocratique d'Allemagne, République fédérale d'Allemagne, Ghana, Hongrie, Islande, Israël, Italie, Japon, Malte, Pays-Bas, Nouvelle-Zélande, Irlande du Nord, Norvège, Pologne, Portugal, Roumanie, St Kitts-Nevis, Écosse, Espagne, Soudan, Suède, Suisse, URSS, États-Unis d'Amérique, Pays-de-Gales et Yougoslavie.

[87] Préambule de la Charte d'Ottawa.

[88] *Ibid*.

[89] Le préambule de ladite Charte précise en effet : « inspirée avant tout, par l'attente, de plus en plus manifeste, d'un nouveau mouvement en faveur de la santé publique dans le monde, cette Conférence s'est concentrée sur les besoins des pays industrialisés, sans négliger pour autant ceux des autres régions », p. 1.

[90] J. Raeburn, « Charte d'Ottawa : réflexions des antipodes », in *International Union for Health Promotion and Education (IUHPE)*, Supplément 2, « Réflexions a posteriori sur Ottawa », 2007, pp. 41-42.

contexte que les mesures préventives de santé et notamment l'érection d'une nouvelle discipline (santé et environnement), prennent une expression particulière aussi bien dans les milieux internationaux qu'au sein des politiques régionales et nationales de santé, et leurs mises en œuvre locales.

Cette mise en œuvre, au niveau des collectivités locales, peut par exemple être analysée à partir de l'invitation adressée par le Dr. M. A. D'Almeida, représentant résident de l'OMS à Brazzaville, au maire central et aux maires des sept arrondissements de la capitale, le 2 avril 1990. Dans sa correspondance intitulée « célébration de la journée mondiale de la santé », le fonctionnaire de l'OMS invite les élus locaux, à prendre une part active au focus qu'il organise le 7 avril, en collaboration avec le Centre d'Information des Nations Unies et dont le thème est « Environnement et santé (contribution à l'amélioration de notre environnement pour une meilleure santé) »[91]. De même, la signature par le Député-Maire de Brazzaville, Bernard Kolelas, le 15 mars 1995 d'un arrêté qui institue une « journée "Ville-Propre" », semble bien répondre à cet idéal d'entretien de l'environnement collectif, à des fins de santé publique. B. Kolelas invite ainsi les citadins, aux termes de l'art. 4 de son arrêté, à « contribuer avec civisme à l'œuvre collective de salubrité de la cité »[92].

Communiquer sur la santé à l'échelle des nations et la nécessité de maintenir un environnement sain, gage de cette santé deviennent ainsi le moyen le plus sûr de diffuser les modèles conçus à Ottawa, aux niveaux national et communautaire. La santé apparaît par le fait même, non plus comme « un but de la vie », mais bien comme « une ressource de la vie quotidienne ». Elle devient, dès lors, un concept positif, qui met en perspective tant les ressources sociales et individuelles que les capacités physiques. Ceci fait d'elle un aspect de la vie qui va au-delà du secteur sanitaire, dépassant « les modes de vie saine, pour viser le bien-être », en s'appuyant sur des éléments essentiels, comme le logement, l'accès à l'éducation, une alimentation convenable, la disposition d'un certain revenu, d'un écosystème stable, un apport durable des ressources, le droit à la justice sociale et à un traitement équitable, conditions préalables et indispensables de l'atteinte de cet idéal[93].

Ainsi conçue, la PS a cependant donné lieu à de violentes critiques, puisque dans bien de contextes, l'expression « promotion » a d'abord été appréhendée comme du « marketing »

---

[91] AMB, « Célébration de la journée mondiale de la santé ». Lettre du Dr. M. A. D'Almeida, représentant résident de l'OMS au Congo, à Monsieur le Maire central de Brazzaville, le 2 avril 1990, Carton 8 H.
[92] AMB, « Arrêté n°071/C.SG/DPVB, instituant la journée "Ville-Propre" », Carton, 49 G.
[93] Cf. Charte d'Ottawa.

ou de la « vente », plutôt qu'une « capacitation » des populations, ou alors de l'« *empowerment* ». De même, la Charte d'Ottawa aurait eu pour effet de trop « insister sur les aspects dirigistes des politiques de la PS au détriment de ceux davantage liés à l'humain et à l'*empowerment* »[94]. Cette Charte semble d'autant plus s'être éloignée de la vie quotidienne que sa nature diffuse fait qu'elle n'a pu avoir dans « le cœur et l'esprit des personnes ordinaires le retentissement qu'elle aurait dû avoir ». Enfin, contrairement aux attentes qu'elle a suscitées, la « Charte d'Ottawa » n'a pu conduire les individus à avoir un meilleur contrôle sur leur propre santé[95].

Le tout n'est cependant pas tant d'insister sur les origines de cette conférence et ses objectifs et implications, que de lever un pan de voile sur le rôle essentiel qu'elle a pu jouer ou qu'elle joue encore dans la circulation des savoirs et savoir-faire en santé publique internationale. De ce point de vue, le rendez-vous d'Ottawa représente, avant tout, cette « boîte de pandore », qui permet aux acteurs internationaux, nationaux et locaux, de puiser des stratégies de base et des actions permettant de poursuivre les objectifs de « Santé Pour Tous » fixés à Alma-Ata en 1978. Elle représente, à plusieurs égards, la « boîte à outils » d'un ensemble de valeurs, ou mieux, une « liste d'actions à entreprendre », plutôt qu'une « déclaration cohérente sur une PS efficace et favorisant l'« *empowerment* »[96]. C'est pourquoi, l'œuvre inaugurée par la rencontre d'Ottawa ouvre la voie à la tenue, avant la fin des années 2000, de nombreuses autres conférences en lien parfois avec les cinq objectifs retenus dans la capitale canadienne.

Ainsi, la 2e conférence internationale de promotion de la santé ou conférence d'Adélaïde (Australie) de 1988 débouche sur les « Recommandations d'Adélaïde sur les politiques publiques saines ». La 3e, quant à elle, a lieu en 1991, à Sundsvaal, en Suède. Elle se penche sur la création des milieux favorables à la santé. La 4e se réunit à Jakarta (Indonésie) en 1997 et la 5e, à Mexico, en 2000. Elles tentent l'une et l'autre de réaffirmer les principes formulés à Ottawa. Les différentes déclarations auxquelles débouchent ces rencontres sanitaires internationales sont très souvent confirmées par les AMS, à l'instar de la Résolution WHA51.12 sur la promotion de santé adoptée en mai 1998. La circulation de ces savoirs experts, jusqu'à

[94] J. Raeburn, « Charte d'Ottawa », p. 42.
[95] *Ibid*.
[96] J. Raeburn, L. Peters, « The First International Conference on Health Promotion: A New Zelande Perspective », in *Health Review*, Vol. 6, n°4, 1987, pp. 24-27.

l'échelle des communautés, est garantie par leur incorporation dans les politiques et stratégies régionales et nationales.

Toutefois, en plus de favoriser la création de ce qu'il est convenu d'appeler « *Policy of lifestyles* », ces rencontres sanitaires internationales rendent possible la circulation des experts, qui représentent une dimension importante de l'internationalisation du discours sanitaire. Ces transferts d'expertise multidirectionnels (du national à l'international et vice-versa), qui tirent cependant leurs origines de l'entre-deux-guerres, participent à alimenter une production de savoirs, mais aussi de savoir-faire qui façonnent une vision nouvelle du contexte sanitaire national. Ils stimulent, du même coup, une possible réflexivité à travers la comparaison d'autres modèles et expériences.

2. Les mass-média et autres supports de communication

Dans son discours formulé à l'ouverture de la conférence d'Ottawa, en 1986, I. Kickbusch insiste, tant soit peu, sur les approches employées par la PS. Ainsi fait-elle allusion à l'éducation sanitaire – composante essentielle de la PS –, au marketing social, à la mobilisation et au diagnostic communautaire, à l'épidémiologie, etc., qui supposent *a priori*, un exercice de communication en santé : point nodal de la diffusion des savoirs et savoir-faire en santé publique internationale. Or, communiquer sur la santé revient, avant toute chose, à communiquer sur une valeur plus ou moins forte en rapport avec le social, mais également à faire irruption dans la sphère privée de chaque individu, avec comme risque majeur, de mettre du désordre dans sa vision du monde et/ou son mode de vie. Pour J.-P. Deschamps, en effet, le contexte d'application de la « Charte d'Ottawa » et sa conséquence immédiate qu'est la communication en santé est largement dominé par les implications sanitaires de la mondialisation des échanges culturels, et économiques[97]. Ce qui suppose un transfert des modèles le plus souvent dominants[98], c'est-à-dire, diffusé à partir d'une approche simpliste et

[97] J.-P. Deschamps, « Une « relecture » de la charte d'Ottawa », in *Santé Publique* 2003/3, Vol. 15, pp. 313-325 ; voir du même auteur : « Porter un regard nouveau sur l'éducation pour la santé », in *La Revue du Praticien*, « Environnement et santé publique », Vol. 34, n°11, 21 février 1984, pp. 485-497.

[98] J.-P. Deschamps établissant un rapport entre la promotion de la santé et la mondialisation précise : « La mondialisation est le pseudonyme édulcoré d'une doctrine philosophique ultralibérale en rupture complète avec les valeurs de la culture occidentale (et des autres…) et en contradiction avec les impératifs de bien-être de l'ensemble de l'humanité – alors que la richesse du monde permettrait d'atteindre cet objectif de bien-être considéré parfois comme relevant de l'utopie ». Voir p. 314.

impérialiste supposant des décisions politiques à la fois unilatérales, immédiates et linéaires diffusées dans le temps et dans l'espace.

Il s'agit au total, dans la perspective de Deschamps, d'une approche réductrice et homogénéisatrice, par ailleurs, contestable, comme nous le verrons par la suite. C'est dire toute la délicatesse de cet exercice qu'est communiquer en santé. Paraissant intrusive et normative, la communication en santé peut tout aussi sembler aller à l'encontre des libertés individuelles. C'est dans ce contexte qu'elle s'appuie sur des règles de base et des principes, entendus comme étant des critères de bonne pratique spécifiques à ce domaine particulier. Certains de ces critères reposent, dès lors, sur la définition au préalable des moyens et supports de communication, du message à diffuser, de la cible, etc. Leur analyse livre les clés de compréhension du rôle essentiel dévolu à la communication, dans la diffusion des modèles sanitaires réformateurs, ou mieux, biomédicaux.

Notons toutefois que le fait pour Kickbusch de mentionner ces éléments dans son discours n'a rien d'innovant, puisqu'à l'évidence ces moyens étaient déjà mobilisés longtemps avant, dans des contextes sinon divers, du moins différents, et notamment en situation coloniale où ils ont servi à sensibiliser les masses sur la meilleure manière de préserver leur santé, en observant, surtout et avant tout, les règles d'hygiène. Le discours de cette experte a cependant le mérite de les réactualiser, dans la mesure où le contexte dans lequel elle le prononce rime avec l'évolution des supports de communication et, notamment, l'avènement de l'internet. Dans un contexte « post-industriel », où la communication joue un rôle de plus en plus important, il est question de miser sur cette dernière pour atteindre les objectifs escomptés, et notamment ceux liés à la diffusion des modèles sanitaires favorables à la prévention : objectif principal de la PS.

Dans ce vaste domaine, œuvrent de nombreux acteurs, au rang desquels les agences et institutions nationales et internationales de la santé, les industries et laboratoires pharmaceutiques, les communautés épistémiques ou sociétés savantes de la médecine, etc., avec en toile de fond, l'expert comme principal « médiateur ». Ces différents acteurs se sont pendant longtemps appuyés sur les médias dits traditionnels (Radio, TV, presse, etc.). La diffusion des messages éducatifs en santé, au moyen de la TV, est par exemple inaugurée en AEF, par la circulaire n°2885 E.J. du 5 avril 1950. Signé par le Secrétaire d'État à la France d'Outre-Mer (FOM), le Dr. Aujoulat, ce texte crée le cinéma éducatif dans les territoires

d'Outre-Mer (TOM)[99]. Les tout-premiers films diffusés sont liés à l'hygiène et notamment le paludisme. Ceux-ci sont supposés révéler à l'Africain, en plus des causes de cette maladie, « ses effets qu'il ne connaît que trop pour indiquer les moyens de le guérir et de le combattre qu'il ne connaît pas assez »[100]. Il s'agit « des films réalisés uniquement avec des acteurs africains dans le village africain, dans le milieu même où le problème éducatif se pose et doit être résolu »[101].

Lorsque les messages diffusés ne tournent pas autour des médicaments (les laboratoires pharmaceutiques, professionnels du secteur du médicament) et de la maladie (sociétés savantes de médecine), ils insistent sur la prévention (organismes d'État et bailleurs de fonds étrangers). C'est ainsi par exemple que pour parvenir à diffuser les modèles sanitaires, les réformateurs se servent, outre de la parole (instrument indispensable de la communication), des symboles, des images (dessins, photos, diapositives et films fixes, films cinématographiques et dessins animés, théâtres etc.), des couleurs, des sons et/ou d'une succession d'idées, etc. Les images suivantes sont des peintures murales réalisées en plein cœur de Brazzaville par l'UNICEF, dans l'optique d'éduquer et de sensibiliser les mères sur les bonnes pratiques à adopter, pour préserver la santé de leurs enfants. Notons qu'il s'agit avant tout de normes, dans la mesure où les énoncés imposent certains comportements. Ces normes, par ailleurs, conçues avec l'appui des experts nationaux et internationaux, ont force d'obligation légitime, dès lors qu'elles sont approuvées par les pouvoirs publics.

Il arrive très souvent que ces messages, images et/ou idées soient mal adaptées aux valeurs culturelles de la communauté ou du groupe auquel est adressé le message de santé. À ce propos, en effet, Diego Burriot : expert, ancien fonctionnaire et conseiller régional de l'OMS pour l'Afrique, précise ainsi que le bureau de la promotion de la santé du Ministère malien de la santé pourtant « sans moyen et sans vision de ce qui peut être fait […], « produisait des affiches en français alors que dans la population locale, personne ne lisait le français »[102]. Si l'adaptation des messages de santé aux valeurs culturelles de la communauté concernée vise à minimiser les risques d'un « *knowledge gap* », la non-implication de ces dernières, dans le

[99] ANC, « Développement du cinéma éducatif. Circulaire n°2885 E.J. du Dr. Aujoulat », 5 avril 1950, Dossier GG 22.
[100] ANC, « Films éducatifs en A.E.F. », *Journal « Climats »,* n°236 du 22 juin 1950, in ANC, Dossier GG 22.
[101] *Ibid*.
[102] D. Buriot, 70 ans, expert et ancien fonctionnaire de l'OMS, entretien par appel vidée (Face Time), Genève-Lyon, le 8 février 2017.

processus de prise de décision, l'ignorance ou la méconnaissance de leur fond culturel, etc., ne permettent que de les accroître.

Image 14 : Peintures murales d'éducation sanitaire à Brazzaville (cliché S. Ayangma, octobre 2017)



Les résistances et les rejets dans ce cas, ne peuvent être que plus importants. Par ailleurs, il convient de prendre en compte des éléments structurels, c'est-à-dire, la qualité et la quantité des messages diffusés. Ceci permet, en outre, d'éviter toute « surcharge cognitive »[103]. Considérer les éléments d'ordre émotionnel au contraire (attitude, émotion, etc.), peut aussi influencer, de manière positive ou négative, le destinataire du savoir en circulation. Lorsque ces paramètres sont effectivement pris en compte, ils permettent de produire des résultats positifs comme pour le cas de ce groupe de théâtre du Mali, le « Coteba », dont parle D. Buriot,

[103] Voir par exemple les images précédentes, qui sont en fait de petits messages cours et rapides, dont le but est de capter l'attention au premier regard.

et qui est parvenu à développer des « saynètes en langues locales » traitant des questions de réhydratation par voie orale, par exemple, et des mesures que pouvaient entreprendre les villageois pour résoudre leurs problèmes de santé. « C'était extrêmement populaire et cohérent et on avait l'impression que les gens étaient réceptifs, ils rigolaient, etc. », conclut l'expert[104].

Outre les médias traditionnels, le Web (internet et notamment les réseaux sociaux) intègre progressivement le processus de diffusion des modèles biomédicaux en Afrique, à partir surtout de la fin des années 1990. La téléphonie mobile, pour sa part ,n'entre en ligne de compte qu'après les années 2000, avec la vulgarisation du téléphone portable dans le continent. Elle emploie ainsi généralement des *Short Message Service* (SMS), pour véhiculer des messages d'éducation pour la santé. Les deux SMS suivants transmis en 2017 par une maison de téléphonie au Cameroun donnent une idée précise du type de messages véhiculés. Le premier : « *Le médicament de la rue est dangereux. Le bon médicament se trouve à la pharmacie* »[105] est signé de l'Office national des pharmaciens du Cameroun (ONPC) en collaboration avec le ministère de la santé. Le second, pour sa part : « La santé mentale est un état de bien-être. La maladie mentale « la folie », est une pathologie qui se guérit. N'abandonnons plus nos malades, soutenons-les »[106], est diffusé par le ministère de la santé, dans le cadre de la journée mondiale de la santé mentale érigée par l'OMS et célébrée le 10 octobre de chaque année, depuis 1992. Ces deux messages montrent ainsi comment les réseaux de professionnels du secteur du médicament, les acteurs institutionnels et les bailleurs de fonds étrangers, se servent de l'ensemble des moyens de communication disponibles, pour toucher par des messages de communication de la santé, le maximum d'individus possibles.

Il est cependant difficile de savoir quel est l'impact d'une telle activité de communication, vu que les enquêtes d'évaluation ne sont que rarement réalisées, sinon pas du tout. À ces moyens et méthodes traditionnels et modernes de communication pour la santé s'ajoutent d'autres non moins importants comme les moyens psychologiques, et notamment l'importance et l'apparence physique de celui qui doit délivrer le message, les facteurs affectifs, la répétition patiente etc. Ces derniers paramètres n'ont un sens particulier que dans le cadre des discussions de groupe, des activités d'animation sanitaire (causeries éducatives, playdoyers, visites à domicile (VAD), etc.), ou encore de communication sociale de proximité, et qui constituent l'un des volets essentiels de la PS.

---

[104] *Ibid*.
[105] SMS, Orange Cameroun, 12 octobre 2017.
[106] SMS, Orange Cameroun, 10 octobre 2017.

Cette dernière technique consiste essentiellement à faire du porte-à-porte. Elle est restée très actuelle et a gardé une relative efficacité, surtout dans les zones rurales où elle est prioritairement utilisée, en raison du caractère peu développé des autres moyens de communication. Et c'est aux agents de santé communautaires (ASC) qu'il incombe généralement de mener ce type d'« activités de communication pour le changement de comportement » dans les zones rurales surtout, comme il nous a été donné de le constater sur le terrain. Au Cameroun par exemple, un « Registre de communication des ASC » a été conçu et mis à la disposition de ceux-ci (les ASC) par le Minsanté, avec l'appui de ses partenaires : Global Fund, Plan, IRESCO, Malaria No More, etc. Malgré la mobilisation de ces moyens, il convient de noter que la PS au moyen de la communication en santé se heurte encore à une multitude de difficultés dont la plus importante est celle d'ordre culturel.

3. Les structures de formation et de prise en soins des patients

Comprendre le rôle des structures de formation et de prise en soins des patients dans la diffusion des modèles sanitaires internationaux revient à faire la lumière sur leur mode opératoire, et à montrer comment ils parviennent à favoriser la diffusion auprès des communautés, des modèles sanitaires réformateurs. Il convient, de ce fait, d'insister sur le rôle joué par les écoles de formation, les hôpitaux, dispensaires et autres centres de prise en soin des patients.

3.1. Les structures de formation

Parler de structures de formation dans le cadre de cette étude revient à faire allusion à l'ensemble des institutions d'encadrement des apprenants, aussi bien au niveau primaire et secondaire qu'au niveau supérieur. Nous insistons ainsi sur les écoles en général, et notamment les écoles primaires et secondaires, où un accent particulier est mis depuis l'époque coloniale, sur l'assimilation par les élèves des mesures d'hygiène, et nous reviendrons, par la suite, sur les écoles de formation des personnels médicaux et paramédicaux, futurs travailleurs de la santé. Pour ce qui est des écoles primaires et secondaires en effet, nous avons étudié précédemment (cf. Chap. I), le rôle central dévolu à l'enseignement de l'hygiène dans les écoles coloniales, comme élément essentiel du processus de médicalisation des colonies, ou mieux, d'internationalisation de la santé publique en Afrique centrale. Ce processus est inauguré par la

signature de l'arrêté du Gouverneur général de l'AEF, Victor Augagneur le 7 août 1923[107], « fixant le tarif des soins médicaux donnés aux indigènes », et celui du 2 janvier 1937 du Gouverneur général J.-F. Reste, « portant organisation générale de l'enseignement en Afrique équatoriale française »[108].

Si le premier texte élargit la gratuité des soins à la consultation journalière aux « élèves des écoles publiques et privées », le second, pour sa part, institue au terme de son article 18 une « inspection médicale scolaire »[109]. Le but de cette institution siégeant à Brazzaville et confiée à la responsabilité du Médecin Inspecteur Général des Services de Santé (IGSS) est surtout de pratiquer des visites médicales journalières systématiques et biométriques des élèves au sein des écoles, par une équipe de santé comprenant un médecin – en principe, le médecin chef de chaque département – et quelques infirmiers évoluant uniquement dans les collèges. Ledit médecin doit, dès lors, compter sur la collaboration des « maîtres européens ». Il doit, par ailleurs, dépister et traiter des maladies épidémiques, endémiques ou chroniques, surveiller l'hygiène des bâtiments scolaires et donner aux « moniteurs indigènes et aux élèves », un enseignement pratique de l'hygiène individuelle et collective[110]. Cette activité qui n'intéresse au départ que les lycées et les collèges est étendue, le 12 décembre 1958, aux écoles primaires, compte tenu surtout de l'urbanisation et de la poussée démographique. Une telle extension est matérialisée dans la capitale de la Fédération, Brazzaville, par l'ouverture de deux dispensaires scolaires : l'un à Poto-Poto, et l'autre à Bacongo[111]. Un tel processus débouche sur l'introduction d'un enseignement direct, avec un accent sur les aspects pratiques et sur le visuel, dans lequel l'éducation de la jeune fille apparaît comme prioritaire (cf. Chap. I). En s'engageant dans l'enseignement de l'hygiène dans les écoles, les administrateurs coloniaux entendent avant tout former aux règles d'hygiène la communauté tout entière. Ils partent du principe qu'un enfant « civilisé » est un « agent civilisateur » dans sa famille, où il apporte « les idées de civilisation, de progrès, de bien-être », supposées transformer « les primitifs d'hier »[112], comme le confirme du moins J.-F. Reste, dans sa circulaire du 21 octobre 1937 : « C'est la diffusion

[107] ANC, « Arrêté fixant le tarif des soins médicaux donnés aux indigènes », Dossier GG 442.
[108] Journal officiel de l'Afrique équatoriale française (JOAEF), « Arrêté du 2 janvier 1937, portant organisation générale de l'Enseignement en Afrique équatoriale française.
[109] *Ibid*.
[110] ANC, « Circulaire au sujet de l'inspection médicale scolaire », 21 octobre 1937, I.G.S.S., Dossier GG 443.
[111] J.-R. F. Baty, « Direction de la santé scolaire, universitaire et de la médecine du sport : organisation et fonctionnement », Université Marien Ngouabi, INSSSA, Mémoire de Licence en sciences de la santé, 1989.
[112] Rapport annuel à la Société des Nations, (Cameroun), 1922, p. 23. Cité par C. Marchand, in « Idéologie coloniale et enseignement en Afrique noire francophone », in *Canadian Journal of African Studies/Revue canadienne des Etudes Africaines,* Vol. 5, n°3, 349-358.

des notions de propreté et d'hygiène qui, de l'École, passeront au village par l'intermédiaire de l'écolier, que doit répondre cet enseignement »[113].

Il s'agit avant tout d'un enseignement expérimental car, pensait-on, l'enseignement théorique et sous forme de leçons didactiques était par définition inapproprié, dans un contexte où les individus sont sans « formation préalable », et sans « préparation scientifique »[114]. L'option d'un tel type d'éducation, dans les écoles coloniales, est justifié par les autorités impériales, comme étant liée aux difficultés financières et au manque de personnel médical dans les territoires dominés[115]. Il est en réalité question de réduire, par le biais de la sensibilisation et de l'enseignement, la propagation des infections dans les espaces coloniaux : autant d'idées que l'on retrouvera presque entièrement reprises dans la « Charte d'Ottawa » adoptée en 1986, ou longtemps avant, dans la vision stamparienne de « médecine sociale éducative » (cf. Chap. II). Notons en définitive que ces principes de base de l'éducation pour la santé – du moins, certains de leurs traits spécifiques – s'inspirent des mesures d'hygiène appliquées dans les écoles en Europe et notamment en France, depuis au moins le XVIII^{e} siècle[116]. L'éducation sanitaire, ou plutôt, l'enseignement de l'hygiène dans les écoles, compte ainsi au nombre « des bienfaits » que la science occidentale entendait devoir offrir à l'humanité. Elle constitue même la clé de voûte de son plan d'action et de sa justification idéologique, notamment avec l'émergence, dès 1923 des idées de « mise en valeur » des colonies développées par Albert Sarraut[117].

Avec les indépendances de 1960, l'enseignement de l'hygiène à l'école passe sous le régime de « l'assistance technique » internationale assurée par les agences du système des NU, et de l'OMS surtout[118]. Ce type d'éducation bénéficie aussi du soutien des conseillers techniques issus d'anciennes métropoles, qui ont contribué à lui garantir sa relative continuité. Toutefois, sa réactualisation à l'échelle internationale par la « Charte » adoptée dans la capitale

---

[113] ANC, « Circulaire au sujet de l'inspection médicale scolaire ».
[114] *Ibid*.
[115] Archives nationales du Gabon, (ANG), « Hygiène scolaire : note de bases – Instructions : 1955-1956, Dossier 1H274.3.
[116] Voir S. Parayre, « De l'hygiène à l'hygiène scolaire : les voies de la prévention à l'école (XVIII^{e}-XIX^{e} siècles), in *Carrefours de l'éducation*, n°32, 2011/2, pp. 49-63 ; voir de la même auteure, « L'hygiène à l'école aux XVIII^{e} et XIX^{e} siècles : vers la création d'une éducation à la santé », in *Recherches & éducations*, 2008, pp. 177-193 ; voir aussi P. Guillaume, « L'hygiène à l'école et par l'école », in Bourdelais P. O. Faure, *Les nouvelles pratiques de santé XVIII^{e}-XX^{e} siècles*, Paris, Belin, 2004, pp. 213-226, etc.
[117] A. Sarraut, *La mise en valeur des colonies françaises*. Voir aussi M. Thomas, « Albert Sarraut », pp. 917-955.
[118] AOMS/GVA, « Éducation sanitaire en République du Congo. Rapport de mission, 2-30 mai 1973 », in Consultant services in Health education, AFRO 4501, Chemise 2. Voir aussi dans le même dossier, « Lettre n°63/SP/AFF.SOC.CAB du Dr. Jacques Daroum au Dr. Quenum ».

canadienne, vers la fin des années 1980, fait de l'éducation pour la santé dans les écoles d'Afrique centrale, spécifiquement, une donnée encore prégnante. Elle participe ainsi du processus de transformation, voire d'uniformisation culturelle, caractéristique de l'hégémonie du modèle occidental biomédical. Ce processus de transformation culturelle a de tout temps, fait l'objet de réticences et résistances de la part des élèves et des familles : expression des disparités culturelles fondamentales entre acteurs issus d'origines diverses.

Pour ce qui est des structures de formation des personnels médico-sanitaires, elles suivent, elles aussi, les matrices d'une uniformisation des comportements et des pratiques qui, initiée dans les colonies avec l'ouverture des premières écoles de formation des personnels sanitaires, connaît un renforcement avec l'adoption de la « Charte d'Ottawa ». En effet, la mise en place en 1918 de l'École de médecine de l'AOF à Dakar, la création, en 1932, l'École d'aide de santé et d'agents sanitaires (Centre d'instruction médicale d'Ayos) au Cameroun, et l'ouverture, en 1944 en AEF de l'école Edouard Renard de Brazzaville, ouvrent la voie à l'harmonisation de la formation qui débouche dans l'empire français d'Afrique notamment, à la formation des auxiliaires de santé : médecins auxiliaires, pharmaciens auxiliaires, sages-femmes auxiliaires, etc. (cf. Chap. VII). L'ouverture, dès la fin des années 1960, des premiers Centres universitaires des sciences de la santé (CUSS) et Facultés des sciences de la santé du Cameroun (1969), du Gabon (1970), de Brazzaville (1974), de la RCA (1986), et du Tchad (1990), viennent accélérer ce processus.

Une telle uniformisation de la formation sous les standards biomédicaux est surtout matérialisée par la tenue régulière des réunions des doyens desdits CUSS et Facultés de médecine. C'est par ailleurs ce que soutient Jean Paul Menu, au cours de l'entretien qu'il nous a accordé à Genève, le 7 février 2017. L'expert de l'OMS en formation précise ainsi qu'à travers de telles réunions, « l'OMS profite pour injecter ses idées et les nouvelles méthodes d'enseignement »[119]. D'autre part, l'uniformisation de la formation se fait par l'affectation dans ces structures, des experts internationaux. L'envoi par l'OMS, en 1966, au Cameroun du Pr. Tran Dinh De, expert en enseignement médical, pour appuyer le pays dans l'élaboration des plans « de fonctionnement et de l'enseignement de la future faculté » de médecine de Yaoundé est illustrative à ce propos[120]. De nombreux autres experts de l'OMS y séjournent avant lui, dans l'optique de mener une étude préalable des possibilités de réalisation de ce projet. Il s'agit

[119] Entretien avec J.-P. Menu, 77 ans, expert et ancien fonctionnaire de l'OMS, Genève, le 7 février 2017.
[120] AMCSP, « Note à l'intention de son Excellence Monsieur le Président de la République Fédérale du Cameroun à l'occasion de l'audience qu'il accorde au Dr. M.G. Candau, DG de l'OMS ».

du Pr. L. C. Brumpt de Paris, du Pr. R.E. Tunbridge de Leeds en Angleterre, et du Dr. C. Heymans de Gand en Belgique[121].

Le but de tels rencontres et échanges est de parvenir à offrir une formation de médecins suivant les « normes minimales internationalement reconnues », une orientation vers la médecine préventive ou médecine de masse et l'éducation sanitaire, et enfin, une médecine mobile et polyvalente, censée s'attaquer spécialement aux problèmes sanitaires africains. C'est pour satisfaire à cette exigence que se tient par exemple du 3 au 5 décembre 1974 à Brazzaville, la 4e réunion des doyens et directeurs des Facultés, Écoles et Centres universitaires des sciences de la santé. Cette rencontre internationale se consacre aux problèmes concernant l'enseignement médical en Afrique, et notamment : la question de la formation des enseignants des sciences fondamentales, le rôle et l'importance des sciences fondamentales dans l'enseignement de la médecine, les progrès accomplis dans les méthodes d'enseignement, l'évaluation de ces méthodes et évaluation du travail des étudiants. Elle se penche enfin, sur la formation du personnel administratif des Facultés de médecine et des CUSS[122].

Cette rencontre réunit, outre 19 doyens, directeurs ou représentants de 17 pays de la région, deux représentants des étudiants en médecine et le Secrétaire régional du secrétariat à la santé d'Afrique de l'Ouest. Sous l'égide du Dr. O. Adeniyi-Jones, Directeur AFRO des Services de la Santé agissant pour le compte du DR/AFRO, le Dr. A. Quenum, l'assemblée désigne comme président de séance le Dr. Umaru Shehu, Directeur de l'Institut de la santé publique de l'Université Ahmadu Bello de Zaria au Nigéria. Et comme rapporteurs : les Drs M. Bah, Doyen de la Faculté de Médecine de Conakry, en Guinée, et J. T. Karashani, Vice-Doyen de la Faculté de Médecine de Dar-es-Salaam, en Tanzanie. Elle débouche sur une série de recommandations en rapport les unes avec la formation aux sciences médicales de base, l'amélioration des communications entre Facultés de médecine et CUSS, et les autres avec la mise au point du matériel enseignant et la formation à la méthodologie de l'enseignement et des équipes pluridisciplinaires. La recommandation spéciale concerne l'établissement d'un système régional pour l'évaluation et la reconnaissance des titres des spécialistes[123].

---

[121] *Ibid*.

[122] « Lettre circulaire du Dr. Comlan A. A. Quenum aux Doyens des Facultés de Médecine de Bujumbura, Conakry, Abidjan, Tananarive, Bamako, Butare, Lomé, Kinshasa, et au Recteur de l'Université de Cotonou avec copies aux Gouvernements et Représentants de l'OMS des pays concernés, 25 avril 1974 », in WHOA, Meetings of Deans of Medical Schools of the African Région, AF/ICP/HMD/006. Voir aussi in *ibid*, le Rapport de ladite réunion publié le 18 février 1975 : « Rapport sur une réunion organisée par le Bureau régional de l'Afrique de l'Organisation mondiale de la santé, Brazzaville, 3-5 décembre 1974 ».

[123] « Rapport sur une réunion organisée par le Bureau régional de l'Afrique de l'Organisation mondiale de la santé, Brazzaville, 3-5 décembre 1974 », pp. 11-12.

La 7e réunion du genre tenue à Brazzaville, du 5 au 9 décembre 1983, se penche surtout sur la mise en œuvre des reformes d'éducation médicale au niveau national et institutionnel à la lumière de la "Déclaration d'Edimbourg" et du "Plan d'Action d'Abuja". L'un et l'autre formulant des "standards internationaux en matière de formation médicale"[124]. Quant à la réunion des doyens et directeurs des CUSS et des Facultés de médecines africaines tenue à Abuja, au Nigéria en 1989, au lendemain de l'adoption de la « Charte d'Ottawa, elle est convoquée par les responsables du BR/AFRO et financièrement soutenue par la Fondation Carnegie de New York et de la Fédération Mondiale de l'Éducation médicale (FMEM)[125]. De telles rencontres, en plus de participer de l'universalisation des modèles de formation, définissent des programmes plus ou moins homogènes d'enseignement, et des titres et spécialités parfois uniformes, qui contribuent à donner aux futurs travailleurs de la santé des outils essentiels nécessaires pour le changement de leur comportement. Des valeurs qu'ils devront, par la suite, inculquer à leurs patients.

3.2. Les structures de prise en soin des patients

Nous entendons par structures de prise en soins les hôpitaux, les dispensaires et les autres centres de santé. Celles-ci constituent le point de contact entre le prestataire et le prestateur, c'est-à-dire, l'environnement par excellence pour les campagnes de diffusion de masse des savoirs et savoir-faire en matière de santé. Ce sont des lieux d'exhibition, voire de promotion des modèles biomédicaux. Le rôle des travailleurs de la santé est ici central car, c'est à eux qu'incombe la tâche d'orienter les motivations des prestataires vers ce type de modèle, *via* la PS, ou mieux, l'éducation pour la santé. Le paludisme, la lèpre, la fièvre jaune, la maladie du sommeil, la variole, la filariose, la dysenterie amibienne, la tuberculose, la pneumonie, le béri-béri, les maladies cutanées, les tumeurs, les maladies vénériennes comme la syphilis, etc., sont les principales affections rencontrées au Cameroun en 1913, et qui sont responsables d'un

[124] « AFRO-Mémorandum du Dr. Guy Comlan (Directeur, Recherche et Développement des personnels de santé pour le Directeur régional) au Dr. Tamas Fülop (Directeur de la Division du Développement des Personnels de Santé au Secrétariat général : HMD/HQ), le 20 octobre 1982 », in WHOA, Meetings of Deans of Medical Schools of the African Region, AF/ICP/HMD/006.

[125] Le Cameroun fut représenté à cette réunion de Doyen par le Pr. P. Carteret alors Directeur du CUSS. Il fut convenu que les apprenants devaient acquérir des connaissances définies comme étant nécessaires pour asseoir leurs futures compétences professionnelles et techniques, attitudes et valeurs leur permettant de traduire les compétences en performance. Ce nouvel enseignement devait alors davantage insister sur la pratique que sur les connaissances théoriques et didactiques. Il introduit alors l'apprentissage orienté vers les problèmes dans toutes les phases de la formation médicale. Cf. Archives du MCSP.

important taux de morbidité et de mortalité[126]. Pour minorer l'impact surtout économique de ces affections, le Gouverneur allemand, en poste au Cameroun, Theodor Seitz, met en place le 19 juin 1908, la première organisation sanitaire du territoire, dont il confie la direction au plus vieil officier sanitaire du protectorat, le Dr. Kühne[127].

Le 6 mai 1911, c'est au tour du Gouverneur Otto Gleim de la restructurer, en mettant en place une « assistance médicale aux indigènes » (A.M.I.), dont s'inspirent plus tard les administrations coloniales française et belge. On compte ainsi à la veille de la retraite allemande du Cameroun, environ 20 dispensaires et postes médicaux, ouverts notamment à Yaoundé, Garoua, Kribi, Douala, Baré, Dschang, Yabassi, et Abong-Bang[128]. Il convient de souligner toutefois que ces infrastructures sanitaires allemandes au Cameroun sont érigées essentiellement dans les plantations, où elles sont censées servir avant tout, à la main d'ouvre coloniale.

La mise en place des infrastructures sanitaires au Cameroun est poursuivie par les administrations française et anglaise, au lendemain de la partition du pays intervenue en juin 1915. C'est ainsi qu'au sortir de la colonisation, le Cameroun compte en moyenne 1 formation sanitaire, pour environ 7500 hbts, soit 265 formations sanitaires, dont 3 hôpitaux (Douala, Yaoundé, Ayos), 13 hôpitaux régionaux, 23 de subdivisions, 63 grands dispensaires, 96 petits dispensaires ruraux, 12 pavillons de trypanosomés, 25 colonies agricoles pour lépreux, et 2 pavillons spéciaux pour les malades mentaux (Ayos et Douala)[129]. Cette œuvre sanitaire est moins importante en AEF comprenant le Gabon, le Congo, le Tchad et l'Oubangui-Chari (actuelle RCA), où l'accent est plutôt mis sur le développement de la médecine ambulatoire et des Services d'hygiène mobile et de prophylaxie (SHMP) qui voient le jour au lendemain de la

[126] H. R. Rudin, *Germans in the Cameroons, 1884-1914. A case study in modern imperialism*, Yale, Greenwood Press, 1968. Voir aussi G. Martin, *L'existence au Cameroun : études sociales, études médicales, étude d'hygiène et de prophylaxie*, Paris, Emile Larose, 1921.
[127] G. Martin, *L'existence au Cameroun*, p. 177.
[128] Wang Sonne, « Les auxiliaires autochtones dans l'action sanitaire publique au Cameroun sous administration française, 1916-1945 », Thèse de Doctorat en histoire, Université de Yaoundé I, 1986. Voir aussi S. L. Andela Bambona, « Le personnel de santé féminin autochtone au Cameroun sous régime français, 1921-1947 », Mémoire de Maîtrise en histoire, Université de Yaoundé I, 2000.
[129] À ces chiffres s'ajoutent les 73 hôpitaux, dispensaires, léproseries, crèches et maternités qui appartiennent aux missions chrétiennes, même si certains ne sont que de simples « hangars couverts de feuilles », où l'on ne dispose parfois ni de médicaments, ni d'aucun instrument. Voir à cet effet, F. M. Epossy Ebongue, « Quatre décennies d'aide sanitaire française au Cameroun : 1960-2000. Approche historique », Mémoire de Maîtrise, Université de Yaoundé I, 2002.

Seconde Guerre mondiale. On ne compte ici en effet que 32 maternités et 2 dispensaires en 1950, fonctionnant au « titre d'établissements d'État »[130].

La capitale de l'AEF, Brazzaville, est de loin la mieux dotée, avec la construction en 1958, par les architectes Calsat et Berthelot, de l'un des tout-premiers hôpitaux généraux de la Fédération[131]. Au Congo belge, par ailleurs, la mise en place, en 1949, sous l'égide du Ministre des colonies Pierre Wigny, du fameux plan « Van Hoof-Duren »[132], débouche en 1959, sur la construction et l'équipement de 32 centres médico-chirurgicaux, de 845 dispensaires et maternités, répartis entre le Congo belge et le Ruanda-Urundi[133]. La mission dévolue à ces structures est avant tout de prendre en soin les patients. Elles jouent cependant aussi un rôle de premier plan dans la diffusion des modèles réformateurs, au moyen de l'éducation sanitaire des patients.

Si les administrateurs coloniaux allemands, anglais et belges ont été beaucoup plus tolérants, face à la pratique par les indigènes des médecines locales, il n'en est pas de même de l'administration coloniale française, qui, aussi bien en AEF qu'au Cameroun et dans le reste de l'Empire, a déployé une importante énergie pour la réprimer. En mettant un accent particulier dans la lutte acharnée contre cette pratique, le colonat français entend faire admettre au colonisé que c'est uniquement à l'hôpital qu'il était censé retrouver la santé. Mais ici comme dans les milieux coloniaux où la pratique des médecines locales est plus ou moins tolérée, les réformateurs mettent plus d'ardeur à la sensibilisation et à l'éducation sanitaire des femmes et des enfants. Ce choix se justifie par le fait que cette couche de la population semble être la plus « malléable » et la plus « souple »[134]. Elle constitue du coup, celle par laquelle le changement de comportement doit avant tout s'opérer. Avec l'avènement des indépendances et la mise en place par l'UNICEF du GOBI-FFF, c'est aux PMI (centres de Protection maternelle et infantile) surtout que ce rôle d'éducation sanitaire des femmes et des enfants est dévolu. La mission essentielle des PMI réside, notamment entre les années 1980-1990, dans la promotion des idées

[130] ANC, Rapport du Gouverneur Général de l'AEF pour l'année civile 1949 contenant des renseignements sur la protection de de l'enfance et de la jeunesse », Dossier GG 456.
[131] « L'hôpital général de Brazzaville », in *La Semaine de l'A.E.F.*, n°297, 7e année, Dimanche 11 mai 1958, pp. 1 et 3.
[132] Il s'agit d'un plan décennal de développement du Congo, comprenant un programme d'infrastructures médicales et financé par le Fonds du Bien Être Indigène (FBEI).
[133] P. G. Janssens, M. Kivitz, J. Vuylsteke, *Médecine et hygiène en Afrique centrale de 1885 à nos* jours, Fondation Roi Baudouin, Bruxelles, 1992.
[134] ANC, « Note sur la politique hospitalière en AEF », in Fonds santé et assistance publique, GG 443.

de réhydratation orale, d'allaitement maternel, de vaccination, d'éducation féminine, de planification familiale, etc., dont les médias nationaux se sont faits de nécessaires relais[135].

L'ensemble de ces savoirs et savoir-faire médico-sanitaires diffusés au moyen des rencontres internationales, des mass-médias, et des structures de formation et de prise en soins des patients participe d'une « délocalisation cognitive » au sein des communautés bénéficiaires. Un phénomène qui justifie, à plusieurs égards, une expansion effrénée des modes de consommation occidentaux, et donc des modèles biomédicaux. Seulement, les limites de la biomédecine, les réticences et résistances de certaines collectivités et surtout, les coûts parfois prohibitifs de cette médecine – conséquence des crises financières des années 1980 et leur impact sur les prix du médicament – sont à l'origine des processus divers de localisation que tente d'analyser la section suivante.

III. Politiques sanitaires en Afrique centrale entre localisation et « glocalisation »

Le but de cette section est d'analyser le processus de localisation par les communautés, des savoirs et des savoir-faire en Afrique centrale, face surtout à la « délocalisation cognitive » liée à la diffusion poussée des modèles biomédicaux (1). Nous reviendrons, par la suite, sur la diversité des « emprunts », des « métissages » ou « hybridation », qui affectent tant les procédés, et les techniques de transformation que les comportements des acteurs (2).

1. Savoirs et savoir-faire sanitaires en Afrique centrale : archétype de l'ancrage localisé

L'étude de la localisation en Afrique des savoirs et savoir-faire a déjà fait l'objet de plusieurs analyses, notamment celles de l'anthropologie des connaissances. Les auteurs qui abordent ces questions, tentent, à partir de la « *thick description* », telle que défendue par Clifford Geertz[136], de les percevoir avant tout en terme de « valorisation » et de

[135] La plupart des jeunes camerounais nés dans cette période se souviennent de cette publicité sous forme de chanson passée en boucle à la télévision et la radio nationales, la Cameroon Radio and Télévision (CRTV) :

« Planning familial, c'est bon pour maman,
« Planning familial, c'est bon pour papa,
« Allez au dispensaire, et faites établir votre
« Planning familial… ».

[136] Pour cet auteur, la *thick description* est « ce vers quoi doit tendre l'analyse culturelle », ou mieux, « la mise à jour d'une pluralité de « couches de significations » sans passer par l'observable béhavioriste ("le fait brut") », se rapprochant en cela à une « interprétation profonde » de Paul Ricoeur. Voir à cet effet, P. Costey, « Description et

« patrimonialisation » des savoirs locaux[137]. Ils essayent, dans ce cas, d'aborder empiriquement les flux et les lieux inter-connectés par la globalisation, dans l'optique d'appréhender leurs effets sur les modes de pensée ou d'agir, sur les organisations, et formes de reconnaissance dans différentes situations socio-professionnelles en Afrique[138]. Vu dans ce sens, le local, ou mieux, le « savoir local », renvoie à autre chose qu'une simple « tradition indigène faite de routine et d'inertie », un ensemble de « survivances et d'archaïsmes décevants » que la modernité n'a cessé de condamner. Il n'est pas non plus cette « altérité éloignée », ou mieux, ces « particularismes culturels ou cognitifs de certaines sociétés ». Le « savoir local » devient ainsi, dans la perspective de Paulin Hountondji, synonyme de « savoir autochtone »[139] car, généralement détenu et revendiqué par un groupe particulier, en opposition à d'autres. Et c'est essentiellement au sein des arènes internationales que ces différences et revendications s'expriment tout savoir et savoir-faire, se construisant, se jugeant ou s'évaluant dans un nécessaire rapport aux autres. Ce qui permet de mettre en valeur la dimension sociale et politique de ce type de savoir.

Les limites de la biomédecine, la faiblesse des systèmes sanitaire africains, et surtout les crises des années 1970 et leurs effets sur le secteur sanitaire en Afrique, consacrent la montée au sein des OI et surtout de l'OMS, du discours sur la (re)valorisation des ressources locales, et notamment des médecines dites "traditionnelles", réactivant par le fait même, la question du sens du local, et donc celle de l'origine en rapport avec un espace géographique donné. Cette volonté de revalorisation des médecines locales participe ainsi de la mise en place des « sociétés du savoir », dont le rôle essentiel serait de chercher à se rendre maître des informations que peuvent receler les savoirs traditionnels[140], face surtout au développement depuis deux ou trois décennies du « capitalisme cognitif ».

La (re)valorisation des médecines locales, ou mieux, celle des « savoirs locaux environnement », notamment matérialisée au début des années 1990 par la Convention sur la diversité biologique, leur confère un statut juridique international, en même temps qu'elle vise à en faciliter l'accès aux industries exploitantes (pharmacies, biotechnologies, sélection

interprétation chez Clifford Geertz. La thick description chez Clifford Geertz », in *Tracés, Revue de Sciences humaines*, n°4, 2003, pp. 103-108.

[137] P. Moity-Maïzi, « Interroger la localisation », p. 474.

[138] *Ibid*.

[139] P. Hountondji (dir.), *Les savoirs endogènes. Pistes pour une recherche*, Paris, Karthala, Coll. Codesria, 1994.

[140] R., Arvanitis et *al*., « Sciences, savoirs et mondialisation », in *Science & Devenir de l'Homme*, n°57/58, Paris, Éd. Les Cahiers du M.U.R.S., 2008, pp. 48-69.

végétale, etc.)[141]. Un tel projet de valorisation qui visiblement se limite à la médecine locale « positive »[142] ou à la « pharmacopée traditionnelle », entend renvoyer à la rationalité scientifique au pluriel de la médecine : hypothèse apriorique par ailleurs impensable dans le processus de valorisation scientifique des médecines locales[143]. Le savoir local devient, toutefois, une ressource mobilisable dans le champ du développement – du développement sanitaire en l'occurrence –, ou mieux, un support essentiel d'innovations, donc, un patrimoine à protéger[144]. Il est en somme, toute connaissance qui résiste comme une actualité culturelle, au savoir diffus(é) d'un monde globalisé, un savoir non formalisé par l'écrit[145]. Ancré à un lieu, celui-ci est aussi synonyme de savoir-faire et de l'oralité. Et c'est surtout en termes de résistance des médecines locales aux savoirs biomédicaux que nous tentons d'appréhender la question de la localisation des savoirs et savoir-faire sanitaires, en Afrique centrale.

Notons d'entrée de jeu que c'est entre le XVII^{e} et le XVIII^{e} siècles qu'est inaugurée l'aire de la diffusion depuis l'Occident, des principes de santé publique (idée de la gestion politique des corps et sa mise en œuvre)[146]. Une telle internationalisation des modes d'organisation et d'institutionnalisation de lutte collective contre les maladies suppose dans la perspective de Didier Fassin, une imposition au reste du monde, des référents dominants occidentaux[147].

Reposant essentiellement sur l'hygiénisme[148] et conçu comme universel de par ses fondements intellectuels et moraux, cet « ambitieux et messianique » programme s'investit de

---

[141] *Ibid*., p. 62.
[142] Le choix de ne porter une attention particulière qu'à cette dimension « positive » des médecines locales est lié à l'ignorance ou au refus par l'Occident d'admettre l'hypothèse d'une rationalité scientifique spécifique à toute culture médicale non occidentale, et surtout africaine, de sorte que le travail de revalorisation scientifique de ces médecines s'appuie plutôt sur l'hypothèse de la « réduction assimilatrice » de la pharmacopée, par la rationalité scientifique biochimique. Voir à cet effet S. Essane, « La médecine au pluriel en Afrique », in *Phar. Méd. Trad. Afr*., Vol. 10, 1998, pp. 80-86.
[143] S. Essane, « La médecine au pluriel », p. 82.
[144] P. Moity-Maïzi, « Interroger la localisation », p. 479.
[145] S. Lewandowski, « Les savoirs locaux au Burkina Faso. Enjeux pédagogiques et sociaux », in *Ethnologie française*, n°4, « Anthropologie de l'école », 2007, pp. 605-615.
[146] D. Fassin, « L'internationalisation de la santé : entre culturalisme et universalisme », in *Esprit*, Vol. 229, n°2, février 1997, pp. 83-105.
[147] Voir D. Fassin, *L'Espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris, PUF, 1996. Dans cet ouvrage, l'auteur tente de montrer comment aussi bien dans le monde antique (grec et romain spécifiquement), que dans des États précoloniaux (royaumes africains ou empires amérindiens notamment), sont perceptibles les traces d'un « souci politique à l'égard de la prise en charge collective des désordres biologiques », plus marquées en périodes d'épidémies, et dans certains grands travaux d'aménagement territorial.
[148] Voir L. Murard, P. Zylberman, « La raison de l'expert, ou l'hygiène comme science sociale appliquée », in *Archives européennes de sociologie*, 1985, n°26, pp. 58-89. Voir aussi dans le même ordre d'idées, A. La Berge, *Mission and Method. The Early Nineteenth Century French Public Health Movement*, Cambridge University Press, Cambridge, 1992.

la mission de découvrir à la fois « les lois sociales de la maladie et transformer l'humanité en gouvernant les corps »[149]. Seulement, c'est avec la colonisation que l'universalisation de l'hygiène sociale connaît ses limites car, confrontée à des peuples exotiques, alors qu'elle avait été conçue à l'origine, pour les classes ouvrières[150]. Le « choc des médecines » et surtout les tensions qui s'en suivent sont significatives des tentatives de localisation, ou mieux, des résistances aux savoirs exogènes en circulation[151]. C'est en effet la rencontre entre les réformateurs (experts et autres agents de développement) et les praticiens des médecines locales (improprement appelés fétichistes, guérisseurs indigènes, etc.) qui justifie les situations d'affrontement entre conceptions différentes qui surviennent par la suite. Un affrontement dans lequel chacun des acteurs cherche avant tout à défendre son point de vue normatif, à se référer soit à ce qui est juste ou bon de son point de vue, soit alors à ce qui fait obstacle à sa tentative de transférer ses propres connaissances ou valeurs culturelles[152]. Dans une circulaire du Haut-commissaire de la République française au Cameroun, Jules Repiquet, adressée le 24 avril 1936 aux chefs de régions, l'administrateur colonial n'hésite pas en effet à présenter la médecine locale comme un obstacle au déploiement de la médecine occidentale. Il précise ainsi que la pratique par les « guérisseurs indigènes » de ces médecines, mieux, du « fétichisme » ou de la « sorcellerie », comme elles avaient été baptisées, entrave l'action des médecins européens, de même que l'œuvre sanitaire entreprise par la France sur le territoire[153].

Malgré une ardeur pour certaines administrations coloniales à les réprimer, les médecines locales sont parvenues à subsister aux effets de la « modernisation ». Fassin parle plutôt d'une sorte de « nécessaire cohabitation » dans laquelle ni l'une, ni l'autre médecine, n'a réussi à s'imposer de manière définitive[154]. Les entretiens de groupe réalisés auprès des communautés locales ont permis de relever qu'aussi bien en zone rurale, qu'en zone urbaine ou peri-urbaine, une grande proportion d'individus recoure encore aux plantes naturelles pour le traitement du paludisme par exemple. S'il est difficile de les quantifier, il reste tout de même constant que leur proportion pourrait atteindre les 80% dont fait allusion l'OMS[155], sinon aller

[149] D. Fassin, « L'internaionalisation de la santé », p. 84.
[150] Il convient de souligner avec Fassin que la mission assignée à la santé publique et à l'hygiène est « indissociable de sa fonction économique de maintien d'une force de travail opérationnelle ». Voir D. Fassin, « L'internaionalisation de la santé », p. 84.
[151] Cette tension serait même pour Fassin, au fondement de l'histoire de la santé publique dans les territoires dominés.
[152] P. Moity-Maïzi, « Interroger la localisation », p. 483.
[153] ANY, « Guérisseurs indigènes », 1936, 1 AC 1925.
[154] D. Fassin, « L'internaionalisation de la santé », p. 85.
[155] OMS, « Observatoire de la santé en Afrique : médecine traditionnelle, notre culture, notre avenir », in *Revue du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique*, Vol. 4, n°1, janvier-juin 2003, p. 2.

au-delà. Les noms de quelques-unes de ces plantes ou écorces ont pu revenir avec une certaine occurrence, dans un contexte camerounais surtout. Il s'agit : de l'*Akuk*, de l'*Aken*, du *Mpool*, du *Medzanga*, de *l'Aloe vera*, du *quinquéliba*[156], etc. Les *Artemisia*[157] et surtout l'*artemisia annua* interviennent depuis quelques décennies en Afrique dans ce combat contre le paludisme par des moyens naturels[158]. Chacun y va de son génie, en fonction surtout de la perception qu'il a de cette maladie[159] et des moyens dont il dispose. Les raisons qui justifient le recours à ce type de traitement antipaludique sont liées – tant en zone rurale qu'en zone urbaine – d'une part, à la culture locale d'automédication, aux effets secondaires qu'entraîne la consommation des produits chimiques, et, d'autre part, à l'insuffisance ou au manque de moyens financiers.

À partir de nos enquêtes de terrain, on en vient à considérer que la conception que le patient a de sa maladie et de sa volonté de guérir (à tout prix), est essentiellement lié à sa propre conception de la santé et de la maladie, ou de celle de son entourage, de sa culture, de son milieu social, etc. Cet ensemble d'éléments détermine ainsi considérablement l'interprétation subjective qu'il se fait de sa maladie et justifie sa volonté ou son refus de s'engager dans une quelconque démarche de soin. Le déphasage entre l'approche biomédicale, essentiellement bio-physiologique[160] et l'approche culturelle, ou mieux celle des médecines locales généralement holistique[161], peut à plusieurs égards expliquer le choix des acteurs locaux, de recourir à ce type

---

[156] Cf. les Focus group réalisés à Obala, à Minkama et à Elig-Mfomo, les 29 décembre 2017 et 4 janvier 2018.
[157] On en compte deux variétés, l'artemisia afra, et l'artemisia annua.
[158] Dans son rapport de fin de mandat à la tête du BR/AFRO, le Dr. Ebrahim Malick Samba en encourage la production locale, en vue de réduire à environ 2 dollars US, la dose du médicament antipaludique à base de cette plante, contrairement aux prix actuellement pratiqués lorsque celle-ci est transformée en médicaments dans les laboratoires en Occident (soit 6 à 7 US dollars la dose). Voir à cet effet, OMS, *Défis, conflits et succès. Bilan de dix années à la tête du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique : Dr. Ebrahim Malick Samba*, OMS, Brazzaville, 2004, p. 24.
[159] Dans la plupart des communautés du centre du Cameroun, et surtout chez les Béti, le paludisme est localement connu sous le nom de « *Tit Meki* », littéralement, la « viande du sang », en référence aux anémies sévères causées par les formes graves de cette affection. Cette conception de la maladie collectivement partagée par les communautés a un impact sur la manière de la prendre en charge. Toutefois, si les méthodes locales parviennent à ne traiter que les formes simples de la maladie, les formes graves pour leur part, sont celles qui contraignent les populations à recourir au traitement biomédical, en raison de la rapidité relative de ce dernier.
[160] Ce modèle d'inspiration positiviste et déterministe débouche sur une définition "négative" de la santé, la concevant comme une absence de maladie et insistant sur "la guérison à tout prix". Il s'agit en effet d'une conception "linéaire" de la santé, qui privilégie "une approche atomiste et organiciste". Cette considération de la santé privilégie les parties au détriment de l'ensemble et conçoit l'être humain comme "une machine en bon ou mauvais état". Ainsi perçu, le patient n'est rien moins qu'"objet de soins", et le personnel sanitaire, simple "agent de normalisation". Voir à cet effet, B. A. Nkoum, *Santé et développement*, 2014.
[161] Cette approche généralement dite globale se propose de s'occuper de l'homme dans son ensemble en situation de pratiques de soins. Le modèle holistique ou biopsychosocial entrevoit l'homme dans ses interactions avec son environnement, et même avec sa santé. Elle reste assez lacunaire toutefois, car la santé apparaît ici comme "le paradigme de l'utopie d'un bien-être assuré aux individus". Voir à cet effet, J.-M. Jaspard, « Introduction pluridisciplinaire : la santé comme paradigme », in *Cahiers des sciences familiales et sexologiques*, n°10, 1986, pp. 11-24. Voir aussi B. A Nkoum, *Santé et développement*, p. 14.

de soins, de sorte que se rendre dans une structure de prise en soins biomédicale n'apparaît en dernier ressort que comme un risque. Un risque, car perçu comme tel par certains patients qui ne s'y réfèrent qu'après avoir emprunté plusieurs itinéraires thérapeutiques, en partant des tradipraticiens appartenant aux cultures locales, jusqu'aux groupes religieux et ecclésiaux dits de guérison.

Pour Estelle Kouokam Magne, « La diversité des recours thérapeutiques des populations révèle une crise du système de santé qui, selon Monteillet, se traduit par le rejet de tout ce qui n'est pas biomédical (…) »[162]. Ce rejet est d'autant plus perceptible au sein des communautés locales où au déterminisme culturel, s'allient précarité économique et surmédicalisation[163]. Ceci permet d'expliquer, en partie au moins, la montée de ce qu'il est convenu d'appeler charlatanisme. Celui-ci est lié à l'inventivité et la créativité des jeunes généralement désœuvrés et déscolarisés qui, pour survivre, inventent mille petits métiers, profitant ainsi des lacunes du système de santé. En dépit de ces quelques cas marginaux, il convient de noter que la tendance poussée à la localisation des connaissances, expression du rejet de la biomédecine, laisse avant tout entrevoir, une dimension volontariste de l'activité humaine, qui associe à la recherche de réponses universelles, une affirmation des spécificités culturelles[164], et donc locales.

2. Rencontre entre le local et le global : politiques sanitaires internationales en Afrique centrale entre appropriation et hybridation

Aborder la question de la « glocalisation » des savoirs et savoir-faire revient à analyser et comprendre les dynamiques d'enchevêtrement entre les logiques du dedans et du dehors, c'est-à-dire, les interactions entre le global et le local. La « délocalisation cognitive » inaugurée par la diffusion à grande échelle des modèles biomédicaux en Afrique s'est en effet produite parallèlement avec le processus de localisation des savoirs et savoir-faire sanitaires, comme nous venons de l'observer dans le paragraphe précédent. Ce qui suppose en effet que ancrages et transferts, loin de se traduire essentiellement par des « tensions et épreuves de légitimité », sont avant tout co-agissants[165]. Ils caractérisent, de ce fait, des situations et interactions, c'est-

[162] E. Kouokam Magne, « Les médecines alternatives au Cameroun : dynamiques sociales de la promotion des médicaments faits à base de plantes », in Ludovic Lado (Dir.), *Le pluralisme médical en Afrique*, acte du Colloque international de Yaoundé (3-5 février 2010), PUCAC-Karthala, 2010, pp. 177-198.
[163] *Ibid*., p. 196.
[164] D. Fassin, « L'internaionalisation de la santé », p. 85.
[165] P. Moity-Maïzi, « Interroger la localisation », p. 484.

à-dire, des articulations, des connexions, et des interdépendances dynamiques autour des pratiques médico-sanitaires en Afrique.

C'est en effet au lendemain de la Première Guerre mondiale que la médecine occidentale commence à être « appréciée » des populations locales. Ce brusque revirement est dû surtout à l'introduction au niveau local, des médicaments d'une certaine efficacité[166]. L'apparition des antibiotiques et les résultats « spectaculaires » qu'ils permettent d'obtenir, notamment dans le traitement des maladies vénériennes et du pian, déterminent considérablement la relative appropriation par les autochtones, de la médecine dite moderne. Toutefois, une telle appropriation de la médecine exogène ne suppose pas l'abandon par les autochtones des pratiques antérieures, encore moins, une simple « soumission épistémique » au sens où l'entend Jackie Assayag[167]. Au contraire, à l'universalisme normatif conçu dans l'optique d'homogénéiser les pratiques médico-sanitaires, vont répondre des stratégies de différenciation.

En fabriquant « le patrimoine », celles-ci (ces stratégies) contribuent, du même coup, à localiser des savoir-faire. C'est dire, en d'autres termes, que si la médecine occidentale a modifié les pratiques des populations, elle a aussi eu une influence certaine sur les savoirs et savoir-faire médico-sanitaires autochtones. On s'achemine ainsi progressivement, vers une sorte de réinterprétation dont l'une des manifestations est le recours simultané à plusieurs types de thérapies. Une telle réinterprétation de la médecine occidentale passe également par celle du pouvoir des médicaments du « Blanc », que les populations autochtones n'hésitent pas à combiner avec ceux issus des plantes naturelles, ou des pratiques médicales et médicinales locales. L'inévitable rencontre entre ces différents processus, ou mieux, la cohabitation entre médecine occidentale et médecines locales justifie à plusieurs égards, le large éventail des recours thérapeutiques.

Ce pluralisme médical[168], ou mieux, ce « syncrétisme thérapeutique », expression de la rencontre entre le global et le local, est observable à divers échelons, c'est-à-dire, tant au niveau des « tradipraticiens » et des bio-médecins, qu'à celui des patients. C'est ainsi par exemple qu'il est courant de voir des « tradipraticiens » emprunter certains aspects de la biomédecine, comme par exemple, la stérilisation des lames et autres objets coupants utilisés parfois pour la

---

[166] Il s'agit notamment de la quinine pour le traitement de la malaria, des arsénicaux, pour la trypanosomiase, des bismuths pour les affections du système digestif et le chloroforme pour l'anesthésie. Voir à cet effet W. Van Lerberghe, « Les politiques de santé africaines : continuités et ruptures », in *Bulletin de Séances de l'Académie Royale des Sciences d'Outre-Mer*, Vol. 39, n°2, 1993, pp. 205-230.

[167] J. Assayag, « Comment devient-on un penseur postcolonial ? », in *La mondialisation des sciences sociales*, Paris, Téraèdre, Coll. L'anthropologie au coin de la rue, 2010, pp. 201-227.

[168] Voir Ludovic Lado (Dir.), *Le pluralisme médical en Afrique*, p. 15.

scarification des patients[169]. Outre les lames et autres objets coupants, les « tradipraticiens » emploient d'autres outils de la biomédecine, qu'il s'agisse de l'alcool, du coton, de comprimés, ou encore des gants médicaux, comme on peut l'observer sur la photo suivante. Il s'agit de la photo d'un des « tradipraticiens » du village Nkolbang par Elig-Mfomo (Cameroun), le nommé Nga Désiré, qui nous a accordé un entretien alors qu'il était en pleine séance de guérison ave ses patients.

Image 15 : « Tradipraticien » portant des gants médicaux (Cliché S. Ayangma, 4 janvier 2018)



Du côté de la biomédecine au contraire, il n'est pas rare qu'un professionnel de la santé recommande au patient de faire référence à la médecine locale, pour certaines pathologies qui ne peuvent être prises en charge par la biomédecine. Du côté des patients enfin, il est aussi courant de voir certains d'entre eux recourir à l'une et l'autre pratique. Et c'est le mérite de Marc Éric Gruénais d'avoir tenté une étude de ce phénomène au Congo. Abordant la question

[169] Une pratique devenue courante, depuis que l'évidence d'un lien entre outils souillés et certaines infections comme le VIH/SIDA a été établie.

de la diversité des recours thérapeutiques dans ce territoire, l'auteur pense ainsi que le malade et son entourage, face à un épisode pathologique, recourent en première intention, soit à l'automédication – prise de comprimés disponibles, en cas d'accès palustre par exemple – soit à l'utilisation des plantes médicinales parfois cultivées dans le jardin de la maison[170]. Le patient, dans ce contexte, ne s'adresse à un dispensaire ou à un « tradipraticien » que si les symptômes persistent.

L'analyse que nous avons faite de nos entretiens de terrain permet de corroborer celle de Gruénais. C'est pourquoi on peut conclure que l'introduction de la médecine occidentale en Afrique n'a perturbé en rien les représentations que se font les populations locales de la maladie, et des manières de la prendre en charge. La médecine dite conventionnelle n'est pas parvenue non plus à bouleverser le système des stratégies des malades locaux. Elle les a complexifiés au contraire[171]. Cette complexification des stratégies locales de médication et de médicalisation se fait, toutefois, en marge des représentations dominantes de la médecine curative et donc du système biomédical essentiellement centrée sur les hôpitaux. Au corpus des savoirs et des techniques retenus de ce système dit conventionnel vient en effet se greffer les pratiques médico-sociales et dont, avant tout, culturelle, qui avaient déjà cours en Occident. La profession médicale en Afrique centrale, notamment, organisée sur des modèles semblables, s'appuie aussi sur un transfert de programmes de formations universitaires, de législation, de protection de l'art de guérir, qui se revendiquent des standards internationaux.

L'appropriation par les autochtones de ces médecines exogènes peut laisser supposer des transferts unilatéraux de savoirs et de savoir-faire, c'est-à-dire, uniquement du Nord vers le Sud. Or, la diffusion aujourd'hui incontestable en Occident des pratiques médicinales venues d'ailleurs et que l'on enferme sous l'appellation de « médecines douces », « alternatives » ou « parallèles »[172], participe d'un processus d'emprunts réciproques, puisqu'à l'évidence, c'est par les apports extérieurs, les emprunts assimilés que toute culture change et se développe. Ainsi conçu, la tentative occidentale d'imposition des valeurs culturelles médicales ne serait parvenu qu'à un « métissage culturel ». Toute culture ne s'enrichit et ne se développe qu'en se diffusant. C'est dire aussi que la diffusion de la médecine occidentale aurait eu un impact

[170] M. É. Gruénais, « Vers une nouvelle médecine traditionnelle en Afrique : l'exemple du Congo », in *La Revue du Praticien – Médecine générale*, Tome 5, n°141, 1991.
[171] S. Fainzang, « La "Maison du Blanc" : la place du dispensaire dans les stratégies thérapeutiques des Bisa du Burkina », in *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 3, n°3-4, 1985, pp. 105-128.
[172] Ce sont des médecines qui dit-on n'utilisent pas de médicaments, ni de molécules chimiques pour soigner les patients. Voir F. Saillant, A. Quéniart, « Médecines douces. Quêtes, trajectoires, contrôles », in *International Review of Community Development*, n°24, 1990, pp. 5-9.

considérable sur son propre développement. Et c'est dans ces échanges que les africains ont eux-mêmes essayé de sélectionner les éléments culturels occidentaux, qui leur paraissaient susceptibles d'être assimilés à leurs pratiques médico-sanitaires d'hier et d'aujourd'hui.

Conclusion

À partir d'une approche centrée sur les acteurs, il était question, pour nous, de saisir les dynamiques de circulation et de localisation de savoirs et de savoir-faire médico-sanitaires en Afrique centrale. Ainsi sommes-nous, tout d'abord, parti de l'identification des principaux acteurs qui interviennent dans ce processus, en vue d'étudier les mécanismes d'intermédiation dans la diffusion des savoirs biomédicaux surtout. Nous sommes revenus par la suite, sur les moyens mis en œuvre par ces différents acteurs, pour assurer la circulation effective de ces ressources médico-sanitaires occidentales dans la sous-région. Une telle option avait pour but de mettre en valeur, non seulement les résistances locales aux savoirs biomédicaux diffusés – comme tentative de localisation –, mais aussi « l'enchevêtrement des logiques », ou mieux, l'articulation entre savoirs et savoir-faire d'origines diverses.

Parvenu au terme de notre analyse, nous retenons ainsi que les fonctionnaires, et/ou experts nationaux et internationaux, les autorités et élites locales, les travailleurs de la santé sont les principaux acteurs, qui œuvrent au quotidien, à diffuser auprès des communautés, des savoirs et savoir-faire à la fois normatifs et réformateurs. Les rencontres internationales, les mass-média et autres supports de communication (à l'instar de la radio, de la TV, de la presse, de l'internet et de la téléphonie mobile), les structures de formation et de prise en soins des patients, sont autant de moyens utilisés par les réformateurs pour parvenir à subvertir au sein des communautés destinataires, les comportements et attitudes face à la maladie et à la manière de la prendre en charge. Seulement, les réticences et résistances de certains acteurs locaux à ces savoirs diffus(és) participent d'un processus de localisation qui remonte aux premières heures de l'internationalisation de modèles occidentaux de médication et de médicalisation. Il convient cependant de noter que la rencontre entre les deux types de savoirs, (savoirs médicaux globalisés et savoirs médicaux locaux), apparaît, avant tout, comme un « choc de médecines » dans lequel aucune n'est parvenue à s'imposer de manière définitive.

La « nécessaire cohabitation » : fruit de ce choc et expression d'une hétérogénéisation des pratiques justifie à plusieurs égards la diversité des recours thérapeutiques, depuis toujours observée dans la sous-région Afrique centrale, et par extension, dans l'ensemble du continent.

Convenons toutefois que l'influence de la médecine occidentale sur les pratiques médicales autochtones fait que celles-ci n'évoluent que sous une forme de reconnaissance négative et/ou disqualifiante, en marge du système biomédical de plus en plus technicisé et technologisé.

La lumière faite, dans ce chapitre sur les modalités de circulation et de localisation des savoirs et des savoir-faire médico-sanitaires en Afrique centrale, permet d'éclairer d'un nouveau jour, une dimension presqu'inconnue des politiques sanitaires internationales dans la sous-région. Les deux chapitres suivants sont deux cas d'études : l'un portant sur la lutte contre la THA en Afrique centrale, en insistant sur le cas spécifique de cette lutte au Congo ex-belge, à partir des années 1960 (le V^{e}) ; et l'autre (le VI^{e}) revient sur la lutte contre le paludisme dans la sous-région méso-africaine, avec une emphase sur le cas du Cameroun. Ils visent à mettre en évidence les enjeux multiples de la diffusion en Afrique centrale, des politiques sanitaires se revendiquant d'un modèle universel.

TROISIÈME PARTIE : POLITIQUES INTERNATIONALES DE DÉVELOPPEMENT SANITAIRE EN AFRIQUE CENTRALE : ENTRE PRATIQUES, IMBRICATIONS ET RÉPERCUSSIONS

La troisième et dernière partie de ce travail tente de mettre en valeur, l'impact, ou mieux, les conséquences à la fois politique, économique et socio-culturel des politiques internationales de santé, mais aussi celles des transactions entre institutions centrales et périphériques. Nous montrons par exemple, à travers deux cas d'études sur la THA et le paludisme, comment se fait cette mise en œuvre, et les enjeux qu'elle met en jeu.

Contrairement aux deux premières parties qui ne comportent que deux chapitres chacun, celle-ci en compte trois au total. Le premier est un cas d'étude des enjeux de l'internationalisation des questions de santé du continent. Il examine les rapports qui lient normes et intérêts. En explorant le processus de formation des intérêts, le chapitre analyse en outre les enjeux de la lutte contre la maladie du sommeil en RDC à partir de 1960, en vue de comprendre le rôle joué par les autorités de l'OMS en interaction avec les autorités congolaises dans la sauvegarde des intérêts privés et ceux des puissances occidentales en Afrique.

Le deuxième chapitre pour sa part, constitue le deuxième cas d'étude de ce travail. Il propose de ce fait, une analyse des enjeux de la lutte contre le paludisme, "endémie n°1" dans le continent, depuis le projet de régionalisation de l'OMS en Afrique jusqu'au début des années 2000. Ce chapitre permet de mettre en exergue le passage de la possible "éradication" de la maladie dans les années 1950 au contrôle pérenne de cette affection. Il examine aussi le rôle des acteurs nationaux et transnationaux dans l'échec du processus d'éradication de cette endémo-épidémie et tient compte, entre autres, de l'influence des intérêts des firmes pharmaceutiques étrangères et des différents lobbies qui les encadrent.

Le troisième et dernier chapitre enfin, livre une analyse des répercussions des politiques globales de santé en Afrique centrale, en insistant sur les aspects politiques, économiques et socio-culturels. Il analyse en effet l'influence de ces politiques transnationales de santé sur la souveraineté des États, la déstructuration des secteurs pharmaceutiques nationaux et l'abandon des processus locaux de médication et de médicalisation.

Chapitre V : L'internationalisation de la lutte contre les maladies en Afrique centrale post indépendante : le cas de la trypanosomiase humaine africaine (THA)

Ce chapitre est un cas d'étude de la mise en œuvre des politiques de développement sanitaire de l'OMS en Afrique centrale. Il insiste sur la lutte contre la trypanosomiase humaine africaine (THA) dans la sous-région, en insistant sur le cas spécifique de l'actuelle République démocratique du Congo (RDC). Le choix du Congo ex-belge, comme terrain d'étude de l'internationalisation des problèmes de santé des pays de l'Afrique centrale, n'est pas anodin. Il convient, avant tout, de rappeler que ce territoire est le prototype même des États d'Afrique centrale qui, au lendemain des indépendances de 1960, a cristallisé l'attention d'une dizaine de pays occidentaux. Une cristallisation au travers de laquelle on peut le mieux saisir les enjeux qui justifient – en grande partie au moins – les actions des OI internationales comme l'OMS dans la sous-région méso africaine. C'est en effet à la suite de la signature, entre 1874 et 1877, dans le Pool de Malebo, d'un traité entre le journaliste américain Henri Morton Stanley[1] et le chef Kitambo, que le Congo devient État indépendant du Congo en 1885, puis Congo belge en 1908. Le pays devenu ainsi une propriété de la Belgique, à la veille de la mort du Roi Léopold II, va connaître un peu plus de soixante-quinze années de colonisation rude, sauvage et sanglante[2] où les traitements les plus atroces, comme la bastonnade, avaient été érigés en mode d'administration, ainsi que le montrent A. Hochschild, J. Stengers et J.-F. Bayard[3]. Et c'est aussi parfois par la « chicotte » que l'administration coloniale et les missionnaires surtout implémentent la lutte contre les grandes endémies, comme le souligne, par exemple, J.-F. Bayard pour le cas de Stanleyville[4].

Un tel système d'administration rencontre tôt les premières résistances nationalistes qui conduisent le pays à l'indépendance, le 30 juin 1960. Cette indépendance fait suite aux émeutes

---

[1] Explorant l'embouchure du Congo pour le compte du roi des Belges, Léopold II.

[2] Adam Hochschild fait une description assez éloquente des atrocités (chicotte, massacre des villageois et décapitations) qui furent infligés aux congolais dans la période coloniale. Jean Stengers pour sa part, fait allusion, aux « mains coupées », qui marquèrent le plus l'esprit des congolais de cette époque. Avant eux, A. Conan Doyle avait déjà lancé en 1909 un appel dans son ouvrage *The Crime of the Congo*. Voir à cet effet, A. C. Doyle, *The Crime of the Congo*, London : Hutchinson & Co., 1909, 4th éd. ; A. Hochschild*, Les Fantômes du Roi Léopold, Un holocauste oublié*, Paris, Belfond, 1998. Voir aussi J. Stengers, *Congo, Mythes et réalités*, Paris, Louvain-la-Neuve, Duculot, 1989 (réédité et augmenté en 2005 aux Éds. Racine).

[3] Bayart J.-F., « Hégémonie et coercition en Afrique subsaharienne. La « politique de la chicotte » », in *Politique africaine*, n°110, 2008/2, pp. 123-152.

[4] *Ibid*, p. 137.

de Léopoldville du 4 janvier 1959 contre le régime colonial. Quatre jours seulement, après son accession à la "souveraineté" internationale, le pays entre en crise : une mutinerie qui met aux prises les soldats congolais avec les officiers belges[5]. Un affrontement qui pousse à la sécession Moïse Tschombé, président de la riche province du Katanga. Compte tenu des importantes richesses dont regorge son territoire, Tschombé est soutenu par les Belges et les sociétés financières occidentales (Union minière du haut Katanga, une société belge, la Tanganyika Concessions d'origine britannique, etc.), qui y exploitent, outre l'uranium ayant servi aux États-Unis dans la fabrication de la bombe atomique, le radium, l'or, la platine, le diamant, l'étain, le tungstène, le cobalt, le manganèse, etc.[6].

Il apparaît alors évident qu'une telle sécession allait handicaper le fonctionnement général du pays. C'est l'une des raisons qui amène le premier ministre Patrice Lumumba, à s'y opposer farouchement. Le 14 juillet 1960, il rompt les relations diplomatiques avec l'ancienne "puissance" colonisatrice. Devenu trop "nationaliste" et "fanatique" aux yeux des occidentaux et surtout des autorités belges, Lumumba est assassiné dans des conditions qui font aujourd'hui encore l'objet de nombreuses polémiques, et dont l'essentiel des débats tourne autour d'une main silencieuse du gouvernement belge, qui aurait été aidé en cela par l'ONU[7]. Lumumba était devenu particulièrement hostile à cette institution internationale, après avoir sollicité à maintes reprises son intervention dans la crise congolaise. M. Guyard parle, par exemple, d'une internationalisation de la « crise du Congo », avec l'entrée en scène de l'ONU et du rôle des occidentaux dans l'élimination du premier ministre Lumumba, en vue de la sauvegarde de leurs intérêts économiques. P. M. Durand[8], pour sa part, fait allusion au caractère partial de cette « opération de maintien de la paix » qui prétexta l'intervention occidentale *via* l'ONU dans la crise congolaise. Si, Gérard Soete, auteur belge, aujourd'hui connu de l'assassinat du Premier Ministre, dit avoir agi dans un contexte international de guerre froide où il convenait de maintenir le Congo dans « la sphère d'influence occidentale », Guyard, par contre, rapporte que les gouvernements belge, britannique, français et étatsunien, notamment, vont soutenir

[5] M. Guyard, « Les puissances occidentales et la crise congolaise : de la sécession du Katanga à l'accord de Kitona (1960-1961) », in *Guerres mondiales et conflits contemporains*, n°196, Dossier : Afrique partenariat international et conflits régionaux, décembre 1999, pp. 53-63. Voir aussi P. M. Durand, « Leçons congolaises. L'ONUC (1960-1964) ou « la plus grande des opérations » : un contre modèle ? », in *Relations internationales*, L'ONU, d'hier à demain. Colloque, Genève, Suisse, (09/06/2006), 2006, n°127.
[6] *Ibid*., p. 53.
[7] Voir par exemple C. Boisbouvier, « Comment les Belges ont fait disparaître Lumumba », [en ligne], consulté le 12 mars 2017. URL : http://www.rfi.fr/afrique/20121214-ludo-witte-belges-americains-mobutu-savaient-tres-bien-envoi-lumumba-katanga-signif
Voir aussi L. de Witte, *L'assassinat de Lumumba*, Paris, éds Karthala, 2000.
[8] P. M. Durand, « Leçons congolaises », p. 53.

officieusement la sécession katangaise, en vue de tirer le meilleur parti de cette division interne du pays[9].

L'ONU n'allait pas abandonner les pays occidentaux dans cette lutte, quoique confrontée à l'opposition éphémère de certains membres anticolonialistes, comme le Danemark. L'imprudence affichée par le Secrétaire général de cette organisation – le Suédois Dag Hammarskjöld – vis-à-vis de la question congolaise, favorise l'éclosion d'une solidarité occidentale anti-Lumumba[10]. L'ONU se montre alors ouvertement favorable à la sécession katangaise, par le vote de la Résolution 146 du Conseil de sécurité du 9 août 1960, qui légitime son ingérence (alinéa 3)[11] dans le conflit politique de ce territoire officiellement "indépendant". Cette attitude vient rappeler s'il en était encore besoin que l'ONU est une création et un instrument aux mains des "grandes puissances", qui seules disposent du « droit de véto ». Les pays occidentaux, engagés sur ce front, vont se servir de cette institution internationale, « voie légale », pour une intervention au Congo, au travers des « Casques bleus ». Ceux-ci contrent la riposte de Lumumba contre son limogeage par le président Kasavubu, en fermant les aérodromes du pays. Le premier ministre est ainsi privé de soutien extérieur et soviétique, notamment. La force onusienne occupe également les locaux de la Radio-Léopoldville[12], empêchant à Lumumba d'effectuer toute communication.

Lumumba et Kasavubu sont alors écartés du pouvoir au profit du colonel Mobutu, commandant en chef de l'armée nationale congolaise, soutenu par Bruxelles et Washington. Arrivé à la tête de l'État avec l'aide de l'armée, le 15 septembre 1960, Mobutu installe un « collège de hauts commissaires », qui dirige le pays[13]. Ce conseil pro-occidental est alors « manipulé par quelques conseillers [techniques] occidentaux », notamment, belges et étatsuniens[14]. De telles alliances ne tardent pas à virer aux violents affrontements entre "puissances" occidentales. Si l'intervention du gouvernement étatsunien est vue comme le moyen de « préparer la relève du capitalisme belge »[15], Français et Britanniques espèrent un règlement pacifique du conflit, de peur que le cas du Congo n'affecte leurs propres ex-colonies.

---

[9] M. Guyard, « Les puissances occidentales », p. 54.
[10] *Ibid*.
[11] Il est ainsi formulé : « *The Security Council […] Having considered the statements made by the representatives of Belgium and the Republic of the Congo to the Council at this meeting […] Declares that the entry of the United Nations Force into the province of Katanga is necessary for the full implementation of the present resolution* ». Voir 146 (1960). Resolution of 9 August 1960, [en ligne], consulté le 22 avril 2016. URL : http://www.un.org/fr/documents/view_doc.asp?symbol=S/RES/146(1960)&Lang=E&style=B
[12] M. Guyard, « Les puissances occidentales », p. 54.
[13] *Ibid*., p. 55.
[14] *Ibid*.
[15] *L'Humanité* du 8 décembre 1961, p. 3. Cité par M. Guyard.

Ce qui justifie, en partie au moins, leur intervention dans le conflit congolais. Les autorités françaises par exemple, vont y jouer un rôle particulier que Guyard caractérise d'« ambigu ». Elles soutiennent officiellement les Belges, tout en garantissant au mieux leurs propres intérêts.

Pour le Gouvernement français, comme pour la plupart des États occidentaux membres de l'ONU, le conflit congolais représentait un enjeu de taille et il convenait d'y prendre part au travers des « opérations de maintien de paix ». Les équipes de mercenaires européens, affectées au Congo ex-belge, étaient presque toutes constituées de militaires. Elles vont y mener des actions majeures, notamment, dans le soutien de l'armée sécessionniste. Le Gouvernement belge, pour sa part, voit ainsi peu à peu son contrôle sur son ancienne possession lui échapper. L'intrusion au Congo de ces représentants de douze nations occidentales différentes, va en effet minorer le rôle des anciens administrateurs coloniaux belges[16]. Ceux-ci sont, désormais dépourvus de « postes clés », comme le constate Guyard pour le cas de leurs compatriotes officiers affectés par exemple au Katanga. Les autorités belges perdent, aussi au Congo, leur monopole commercial[17]. C'est ce qui les conduit à tout mettre en œuvre pour repositionner certains de leurs techniciens dans les secteurs névralgiques de la vie économique, sociale et politique de ce territoire. Ceci devient très tôt, le combat permanent du Gouvernement de Bruxelles, dans sa politique extérieure envers le désormais Congo Kinshasa. C'est dans ce vaste mouvement d'ensemble qu'il convient d'inscrire l'intérêt accordé par le Gouvernement belge à la trypanosomiase humaine africaine (THA) au Congo, dès 1960. Les autorités de Bruxelles vont en effet miser sur un allié nécessaire : l'OMS, pour se repositionner stratégiquement dans ce territoire, du moins, dans le domaine sanitaire.

Ce chapitre s'appuie sur les outils méthodologiques de l'histoire transnationale, sur différentes approches théoriques et sur l'analyse d'un fonds archivistique divers constitué des correspondances et rapports d'activités des acteurs clés comme les responsables de l'OMS, les autorités belges et congolaises. Contrairement au néoréalisme et au néolibéralisme qui postulent une simple juxtaposition normes/intérêts, nous ambitionnons d'examiner les rapports qui les lient[18]. Il s'agit en explorant le processus de formation des intérêts, de cerner les enjeux de la lutte contre la maladie du sommeil au Congo, au lendemain des indépendances, en vue de comprendre le rôle joué par les acteurs nationaux et transnationaux dans ce processus. Pour y parvenir, nous partons de l'analyse de la situation de la THA en Afrique centrale (I) et dans ce

[16] M. Guyard, « Les puissances occidentales », p. 58.
[17] *Ibid*.
[18] A. Klotz, C. Lynch, « Le constructivisme », p. 56.

pays surtout, du début de la lutte à la fin des années 1950, en vue de comprendre les logiques qui ont permis de l'ériger en "cause humanitaire", au moment où certains experts, chiffres à l'appui, postulent une quasi-éradication de cette affection (II). Nous nous proposons par la suite, de mener une étude des conflits autour de cette "cause", qui opposent différents acteurs en compétition, pour expliquer et comprendre comment se développent des « arrangements intersubjectifs » et leurs conséquences sociales aussi bien sur les acteurs que sur les institutions (III).

I. Aux origines de la lutte contre la THA en Afrique centrale

Après avoir fait la lumière sur la question de la THA et sa situation en Afrique centrale au lendemain de la Première Guerre mondiale (1), cette section revient, par la suite, sur les actions effectives menées par les autorités coloniales pour lutter contre cette maladie (2).

1. Situation de la THA en Afrique centrale coloniale

La THA est une maladie parasitaire transmise par la piqûre de la mouche tsé-tsé ou glossine (image 16), dont on dénombre deux principales espèces vectrices de la maladie : il s'agit du groupe *palpalis* et *tachinoides*, vecteur de *trypanosoma brucei gambiense*, en Afrique occidentale et centrale, et le groupe *morsitans,* dans les régions orientales, vecteur de *trypanosoma brucei rhodesiense*. Cette affection sévit dans les foyers cantonnés essentiellement en Afrique centrale. Le milieu physique avec un climat chaud et humide, les interactions, entre l'homme et l'environnement, sont souvent les éléments propices à l'établissement épidémiologique de cette maladie. Lorsqu'elle pique un malade ou un animal infecté aux heures chaudes de la journée, la mouche tsé-tsé s'infecte d'un sang contenant des trypanosomes. Ces protozoaires, semblables à de petits serpents, se multiplient dans l'intestin moyen de l'insecte pour devenir des trypanosomes infectants (image 17). Inoculés à un nouvel hôte, lors de la piqûre suivante, ils se multiplient *in situ*, en créant un chancre d'inoculation. Après une phase lymphatico-sanguine, les trypanosomes envahissent le système nerveux central et provoquent des troubles du sommeil qui justifient l'autre nom donné à la THA : "maladie du sommeil"[19].

[19] Les conséquences de la maladie sont alors désastreuses si elle n'est pas prise en charge : "le sommeilleux" tombe dans le foyer des cases d'où il s'approche car, il a généralement froid. Il est aussi souvent impotent et grabataire,

Image 16 : Glossina Morsitans Adult Tsetse fly



source : Source : Alan R Walker - Travail personnel, CC BY-SA 3.0, https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=27943104

Image 17 : Mouche tsétsé transmettant la maladie

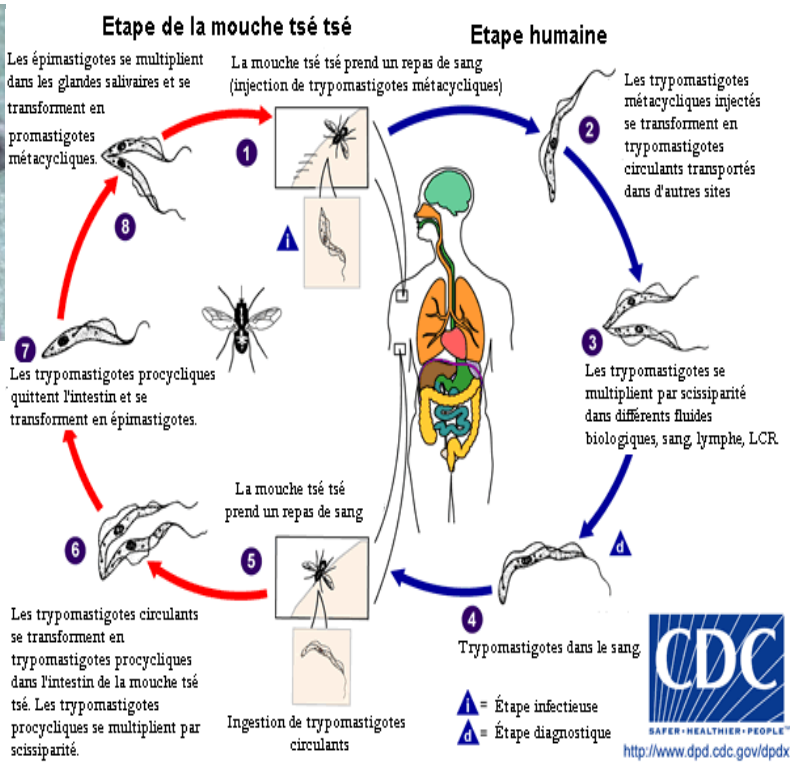


Source : Jean-Paul Hervy, IRD

Image 18 : État grabataire cachectique



Fig. 7 : Cycle parasitaire de Trypanosoma Brucei



Source : CDC — AfrTryp_LifeCycle. GIF centre for disease control.gov, Domaine public, https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=2065089

"Découverte"[20] sur les côtes africaines au XVIII[e] siècle par les missionnaires, les médecins militaires et les marins, c'est vraisemblablement au début du XX[e] siècle que sont

ce qui le condamne à une mort rapide. Non soignée, la THA a aussi des répercussions sur la descendance, entravant la procréation par la survenue d'une stérilité secondaire chez les patients atteints.

[20] La THA est en effet connue depuis longtemps en Afrique. Étudiée par Frank L. Lambrecht pour la période préhistorique, la maladie est signalée en 1373 dans les récits d'Ibn Khaldoun. Voir par exemple F. L. Lambrecht, « Aspects of evolution and ecology of tsetse flies and trypanosomiasis in prehistoric Africain environment », in *Journal of African History*, Vol. 1, 1964, pp. 1-23.

engagées les premières campagnes dites "modernes" de lutte contre cette affection. C'est à partir du XVIII[e] siècle que les premiers cas de maladie du sommeil sont notifiés dans la littérature occidentale[21], la maladie étant bien connue des populations autochtones, depuis des millénaires. Au XIX[e] siècle, par contre, l'ampleur de l'épidémie et la létalité élevée de la maladie dues surtout à la vitesse de sa propagation atteignent des proportions alarmantes. Au début du XX[e] siècle par exemple, Bell rapporte qu'en Ouganda on compte environ 200 000 morts sur une population de 300 000 personnes. Meyer, pour sa part, s'intéresse au cas de la plaine de Ruzizi au Burundi. Il y évalue à près de 200 000 le nombre de trypanosomés.

2. La lutte contre la THA en Afrique centrale coloniale

C'est au lendemain de la Première Guerre mondiale que les actions menées contre la maladie du sommeil deviennent effectives en Afrique centrale. Face à l'importance du nombre de trypanosomés et surtout en raison de l'entrave économique que la maladie pose à l'exploitation coloniale, le Roi Léopold II de Belgique se trouve contraint de proposer, en 1905, un prix de 200 000 francs belges à quiconque découvrirait le remède contre la THA[22]. C'est ce qui amène les administrateurs coloniaux, en interaction avec les réseaux de médecins et les firmes pharmaceutiques occidentales, à rechercher activement les moyens de la combattre[23]. La mise au point, dès le début du XX[e] siècle des premiers procédés thérapeutiques à base des dérivés arsenicaux pentavalents (Atoxyl) ouvre la voie à de vastes campagnes de dépistage et de traitement de masse de la maladie. Ces campagnes de masse de lutte contre la THA sont initialement menées essentiellement au Congo belge (1923), au Cameroun (1926), et à Nola en Oubangui Chari (en 1935)[24].

En Afrique Équatoriale Française (AEF), en effet, c'est dans sa décision du 26 novembre 1917 que le Ministre français des colonies, André Maginot, met en place une « Commission de la maladie du sommeil »[25]. Cette commission est présidée par le Dr. Gouzien, Médecin

---

[21] P. G. Janssens, J. Burke, « Les trypanosomiases africaines », in *Médecine et hygiène en Afrique centrale de 1885 à nos jours*, Vol. 2, (éds. P. G. Janssens, M. Kivits & J. Vuylsteke), Fondation Baudouin, Bruxelles, 1992, pp. 1399-1535.
[22] J. Burke, « Historique de la lutte contre la maladie du sommeil au Congo », in *Annales de la Société Belge de Médecine Tropicale*, n°51, 1971, pp. 465-477.
[23] *Ibid*.
[24] Il convient de rappeler que lAtoxil comme thérapeutique ne guérissait pas. Il consistait simplement en processus de blanchiment des malades. C'est dire que ce produit n'aidait qu'à rendre les malades non contagieux.
[25] ANC, « Commission de la maladie du sommeil. Compte rendu des séances des 5 et 15 décembre 1917 », in Dossier « Santé, 1910-1921 : Trypanosomiase », Carton GG 440.

Inspecteur Général du Service de Santé des Colonies que seconde le Dr. Pottevin, alors Député et Directeur adjoint de l'Office International d'Hygiène Publique (OIHP)[26]. Cette Commission a pour mission d'« étudier les mesures pratiques à adopter, en vue de la lutte contre la Maladie du Sommeil, dont l'extension rapide constitue, pour l'Afrique Équatoriale Française, un danger menaçant »[27]. Il était aussi question, pour cette institution, de « codifier les mesures d'ordre médical et administratif susceptibles, par leur application énergique et rapide, d'enrayer la marche extensive du fléau »[28].

Au cours de ces premières séances de la Commission tenues les 5 et 15 décembre 1917, les différents membres mettent en place un programme d'action, qui, transmis au Directeur du Service de Santé de l'AEF, allait faire l'objet d'une mise en œuvre par les médecins sous ses ordres, ceux de l'Assistance Médicale Indigène (AMI) et des infirmiers européens et indigènes[29]. Il est décidé au cours de ces séances d'envisager, dans les plus brefs délais, le diagnostic précoce de la maladie, soit à l'aide de microscopes, par l'examen du sang frais entre lames et lamelles, soit alors par la recherche des prorozoaires, dans le liquide ganglionnaire, par ponction à la seringue[30]. Des procédés qui permettaient de déclarer, dans près de la moitié des cas, la présence ou non des trypanosomes. Ce n'est qu'après ce travail préalable que pouvait être envisagées des campagnes de prophylaxie thérapeutique. Celles-ci s'appuient, au départ sur l'administration quasi systématique de l'Atoxyl, de manière aussi bien préventive que curative. La principale difficulté à la laquelle font face les administrateurs et les médecins coloniaux, étant le refus des indigènes à se présenter parfois aux différentes activités de contrôle. Le Dr. Bidot rapporte ainsi, en 1926, qu'environ 4000 individus ne se sont pas présentés à la visite dans la subdivision de Boko, au Congo. Le Dr. Le Roux, pour sa part, annonce un peu près de 2000 absences, lors de sa tournée de 1927 dans la même région[31].

---

[26] Comme autres membres de cette Commission, nous avons MM. Angoulvant, Gouverneur de l'AEF ; Duchene, Directeur du Service de l'Afrique au Ministère français des colonies ; Wurtz, Professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, et membre de l'académie française de médecine ; Mesnil, Professeur à l'Institut Pasteur de Paris ; Rouraud, Chef de Laboratoire du même Institut ; L'Herminier, Médecin Principal de 2e classe des T.C. et Délégué du Ministre de la Guerre ; et enfin, Sorel, Médecin major de 1ère classe des T.C., qui assumait le secrétariat de ladite Commission.

[27] ANC, « Commission de la maladie du sommeil ».

[28] *Ibid*.

[29] *Ibid*.

[30] *Ibid*.

[31] ANC, « Subdivision de Boko. Tournée de prophylaxie de la maladie du sommeil (novembre 1926 – janvier 1927). Rapport du Médecin Aide-Major de 1ère classe Le Roux », in Santé 1927, Fonds santé et assistance publique, Carton GG 442.

La « Commission de la maladie du sommeil » est remplacée, en 1928, par un « service spécial de prophylaxie de la maladie du sommeil ». Le décret du 7 octobre 1932 supprime l'individualité de ce service qui est alors re-intégré dans l'AMI. Son organisation antérieure, avec ses moyens, son personnel, ses acquis techniques, est cependant maintenue, mais avec les adaptations qu'imposait la nouvelle formule, et dans l'optique de poursuivre l'œuvre jusque-là réalisée. Cette organisation repose alors sur la division territoriale des régions en secteurs dont l'importance varie selon le taux établi d'endémicité de l'affection, la figure géographique et administrative de la zone concernée, le chiffre de la population et le nombre de malades[32]. Une organisation qui rappelle, à bien des égards, la structuration des systèmes sanitaires nationaux en districts ou zones de santé, comme il devient la règle au lendemain de la conférence d'Harare, en août 1987.

Si l'administration de l'Atoxyl, sous toutes les formes (préventive et curative) est obligatoire pour tous les administrés, les Européens, au contraire, en sont exemptés comme permettent de le confirmer plusieurs sources[33]. On estimait en effet que « l'action préventive de l'atoxyl n'est pas de durée suffisante, pour que les injections, à ce titre, puissent être recommandées [à l'Européen], autrement que dans des conditions exceptionnelles »[34]. Les actions de prévention, pour ces derniers, consistaient, dès lors, à « protéger les parties du corps où la Glossine pique de préférence : la nuque et les épaules ». Il leur était ainsi fortement recommandé le port d'« un ample couvre nuque blanc, en tissu épais, impénétrable à la trompe des Glossines, fixé autour du casque et se serrant par deux cordons, l'un autour du cou, l'autre sous les bras […] : l'inconvénient de la chaleur à supporter [étant] négligeable au regard du danger que peut présenter la piqure des tsé-tsé »[35].

À cet arsenal préventif propre à l'Européen s'ajoute le port des vêtements amples et des jambières. Il est même créé, en 1918, au Congo, un centre de refuge pour les Européens, en cas d'épidémie. Baptisé poste militaire de Maloukou, ledit centre est construit par une compagnie du Bataillon n°2 détaché à la garnison de Brazzaville[36]. Compte tenu des risques que comportent les actions de lutte contre la THA, les administrateurs coloniaux fixent une

[32] ANC, « La lutte contre la maladie du sommeil en Afrique Équatoriale française », in Fonds santé et assistance publique, Carton GG 445 (1).
[33] Guillaume Lachenal le décrit par exemple dans son ouvrage, en parlant d'un scandale pharmaceutique aux colonies.
[34] ANC, « Commission de la maladie du sommeil ».
[35] *Ibid*.
[36] ANC, « Arrêté du 18 mars 1918 du Gouverneur des Colonies Estebe, créant un poste militaire à Maloukou », in Dossier Santé et assistance Publique, Carton GG 440.

indemnité spéciale (« indemnité de risques ») à verser aux médecins et infirmiers européens affectés dans les zones contaminées. Celle-ci varie entre 15 et 1800 fr suivant le grade. Des Croix de Chevaliers de la Légion d'Honneur, des Médailles des Epidémies, des témoignages de satisfaction, des lettres de félicitations, etc., sont aussi accordées chaque année, au personnel du Service de Santé.

À côté de cette œuvre purement administrative et coloniale de lutte contre la THA, de nombreux autres acteurs, et, notamment, des missionnaires viennent en appui aux équipes engagées sur ce front. C'est ainsi par exemple qu'une autorisation spéciale de « traiter la maladie du sommeil » dans la région de Bania (Haute Sangha), au Congo, est accordée le 13 mai 1927, à Mlle Sophie Karlson, missionnaire de la Mission des Baptistes suédois. La requête qui aboutit à cette autorisation avait en effet été introduite auprès des autorités coloniales par John Södergren, représentant de la Mission Évangélique suédoise à Brazzaville[37]. La raison officielle qui justifie cette autorisation, de même que l'implication générale des acteurs privés dans les campagnes de lutte contre la THA, est clairement soulignée dans la lettre que le Médecin Principal de 2e classe, le Dr. Dupuy, adresse au Gouverneur de l'AEF, le 13 mai 1927. Le médecin colonial précise :

> Il y a grand intérêt pour la colonie, dont le personnel sanitaire est toujours déficitaire, à accepter en matière d'Hygiène et d'Assistance Médicale toutes les bonnes volontés et même d'encourager les initiatives privées, pourvu qu'elles émanent de personnes présentant des garanties morales et professionnelles suffisantes, et pouvant par conséquent faire œuvre réellement efficace[38].

Qu'il s'agisse des actions privées ou publiques de lutte contre cette affection en AEF, chacune d'elles devaient, en tout cas, se conformer aux dispositions des règlements en vigueur, et, notamment, de l'arrêté local du 18 avril 1924, sur l'administration systématique de l'Atoxyl comme mesure chimio-prophylactique de masse. Toutefois, les premiers cas notifiés d'arseno-résistance, au début des années 1930, et leur corollaire : l'aggravation de la THA, dans les années 1940, accélèrent la mise au point de nouveaux dérivés arsenicaux dont le mélarsoprol (toujours actuel), les diamidines en 1937, et notamment la pentamidine (ou lominidine), qui constitue dès la fin du Second conflit mondial, la base de la chimio-prophylaxie de masse contre la THA[39].

---

[37] ANC, « Autorisation de traiter la maladie du sommeil », in « Dossier Santé, 1927 », Carton GG 442.
[38] *Ibid*.
[39] G. Ollivier, D. Legros, « Trypanosomiase humaine africaine : historique de la thérapeutique et de ses échecs », in *Tropical Medicine and International Health*, Vol. 6, n°11, 2001, pp. 855-863.

Image 19 : Flacon de Pentamidine



Source : Photothèque OMS/AFRO

Dès 1946, en effet, l'expérience-pilote menée dans le foyer sommeilleux de la Haute-Sangha au Congo, à l'aide, notamment, des diamidines, avait donné « un enseignement particulièrement encourageant »[40]. Ces expériences menées, surtout avec l'appui du Service Général d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie (SGHMP), consistent, à partir de 1950, à la lomidinisation préventive des masses. Celle-ci est « systématiquement pratiquée dans toutes les zones où les indices de virus circulant étaient trouvés supérieurs à 1% »[41]. C'est dans cette veine qu'environ 41 000 injections prophylactiques sont réalisées, en 1948, dans tout l'empire aéfien, 200 000 en 1950, et 378 000 en 1951[42]. Ces chiffres qui témoignent, par ailleurs, de l'extension donnée à la méthode, illustrent aussi l'activité de prospection systématique effectuée dans tous les Services d'Hygiène Mobile, couvrant géographiquement l'étendue du territoire colonial. Cette prospection permet d'évaluer, à plus 1 372 000, le nombre d'individus examinés en 1951, parmi lesquels 812 000, pour les examens de sang, 123 000, pour les ponctions ganglionnaires et 48 000, pour les ponctions lombaires. Ce qui traduit une augmentation à 41 851 du chiffre de consultants pour maladie du sommeil : conséquence logique d'une extension considérable

[40] ANC, « Rapport d'ensemble sur l'organisation et les activités des services sanitaires de l'A.E.F., 1952 », in Fonds santé et assistance publique, Caton GG 450.
[41] *Ibid*.
[42] *Ibid*.

de la détection des malades, notamment, avec la mise en évidence des foyers, dans les régions les plus reculées jusque-là négligées[43].

Les campagnes prophylactiques de masse à la pentamidine[44] ainsi engagées, à la veille des années 1950, amènent tôt les acteurs coloniaux de la lutte contre cette affection, à envisager une éradication de la maladie. Seulement, au début du 21e siècle, ce rêve d'éradication tombe en ruine avec pour conséquence, une ré-émergence de la THA dans plusieurs pays, dans un contexte où, en raison du manque d'intérêt économique, la lutte contre la THA se voit abandonnée[45]. L'étude de cas de la lutte contre cette affection au Congo ex-belge permet en effet de mettre en valeur les liens apparents, supposés ou réels, qui existent entre les campagnes de masse de lutte contre la THA et les intérêts économico-stratégiques des "puissances" coloniales.

II. Cas d'étude pratique de la lutte contre la THA au Congo ex-belge

De nombreux travaux de chercheurs se sont intéressés à la question de la lutte contre la THA, en RDC, dans une perspective historique surtout[46]. Ces recherches analysent aussi bien la situation de l'endémie sommeilleuse dans ce territoire que la réduction de sa « fréquence globale à des chiffres extrêmement bas »[47]. En s'inscrivant dans la continuité de ces travaux, cette section a pour but de mener une analyse des enjeux qui ont conduit l'administration coloniale belge à considérer la lutte contre la THA au Congo indépendant comme une urgence sanitaire. Elle part de l'analyse de la situation de la THA au Congo sous administration belge, depuis les premières tentatives de prise en charge de cette maladie par le colonat, à sa quasi-éradication annoncée vers la fin des années 1950 (1). Elle tente, par la suite, de comprendre les mobiles de son érection en « cause humanitaire », au lendemain de l'indépendance de 1960 (2).

---

[43] *Ibid*.
[44] On parlait alors de pentamidinisation des masses.
[45] *Ibid*.
[46] G. Neujean, « Aspects pratiques de la lutte contre la trypanosomiase humaine dans la république du Congo (Léoplodville) », in *Bull. Org. mond. Santé*, n°28, 1963, pp. 797-810 ; G. Ollivier, D. Legros, « Trypanosomiase humaine africaine », p. 856. Voir aussi le récent ouvrage de G. Lachenal, *Le médicament qui devait sauver l'Afrique*, pp. 44-47.
[47] G. Neujean, « Aspects pratiques de la lutte », p. 797.

1. Point sur la THA au Congo belge

C'est en 1923 que l'application des premiers traitements issus des dérivés arsenicaux pentavalents (Atoxyl) débutent au Congo belge[48]. Ce territoire, vaste terrain d'expérimentation de nouveaux produits pharmaceutiques[49] est testé aux nouvelles molécules de tryparsamide (autre dérivé arsenical) et de la suramine (dérivé non arsenical). Ce dernier produit avait été synthétisé par Dressel et Khote en 1917 et testé en chimio-prophylaxie au Kasaï au début des années 1920. À la fin de 1936, le *Medical Research Council* (MRC) britannique reçoit des financements de l'assurance-maladie, dans le cadre de l'alliance État/industrie pharmaceutique. Il est question de « remettre la médecine tropicale britannique aux avant-postes », en vue de garantir le prestige national et de soutenir l'industrie et le développement de l'Empire[50]. Une entreprise que supervise le prix Nobel de la médecine le Sir Henry Dale.

La collaboration qu'Henry Dale entreprend avec Harold King et Arthur Ewins au sein du laboratoire May & Baker situé à Dagenham à l'Est de Londres débouche, entre autres, sur la mise au point de la stilbamidine (MB 744), de la propamidine (MB 782) et de la pentamidine (MB 800) en 1937[51]. L'apparition de ce dernier produit ouvre la voie à de vastes campagnes chimio-prophylactiques devenues systématiques et obligatoires. Si ces expérimentations débutent dans les colonies anglaises de Gambie, de Gold Coast, du Nigéria, du Soudan, de l'Ouganda, etc. où elles sont orchestrées par Warrington Yorke alors responsable de l'empire, elles deviennent transnationales au lendemain de la seconde Guerre mondiale. Au Congo, par exemple, c'est en 1943 que le médecin-général Lucien Van Hoof, chef du service de l'hygiène de la possession belge, reçoit de Arthur Ewins, chimiste de May & Baker, 150 grammes de pentamidine[52]. Léopoldville devient, dès lors, un haut lieu de démonstration des pouvoirs préventifs de ce médicament, comme le montre Guillaume Lachenal.

Ces campagnes de « pentamidinisation ou lomidinisation », comme elles furent désignées, combinée à l'utilisation du mélarsoprol, vont amener de nombreux experts à envisager vers la fin des années 1950 l'hypothèse de l'éradication de la THA[53]. Le FOREMI (Fonds Reine Elisabeth pour l'Assistance médicale) par exemple a joué, dans cette lutte, un rôle déterminant, surtout dans la province de Léopoldville, de loin le secteur le plus touché par la

---

[48] G. Ollivier, D. Legros, « Trypanosomiase humaine africaine », p. 856. Voir aussi G. Lachenal, *Le médicament qui devait sauver l'Afrique*, p. 42.
[49] G. Lachenal, *Le médicament qui devait sauver l'Afrique*, p. 42.
[50] *Ibid*., p. 31.
[51] *Ibid*., p. 32.
[52] *Ibid*., p. 42.
[53] G. Ollivier, D. Legros, « Trypanosomiase humaine africaine », p. 856.

maladie. Les médecins du FOREMI investissent ainsi « Nsele, fleuve Congo (de Léo à Kwamouth), Kwa, Kasaï (jusqu'à Mambinga), limite des territoires de Kikwit et Masi-Manimba jusqu'à la rivière Lutshima, cette rivière, elle-même, puis limite de territoire Kahemba-Kasongo Lunda, rivière Tundwala et Lukunga jusqu'à la frontière de l'Angola qui le borde jusqu'à la Nsele »[54]. Cet effort conjugué (médical, agronomique et administratif)[55] pour contenir la THA, aboutit à « des résultats exceptionnellement favorables »[56], comme présenté ci-après.

Tableau 9 : Évolution de la trypanosomiase au Congo belge (1927-1956)

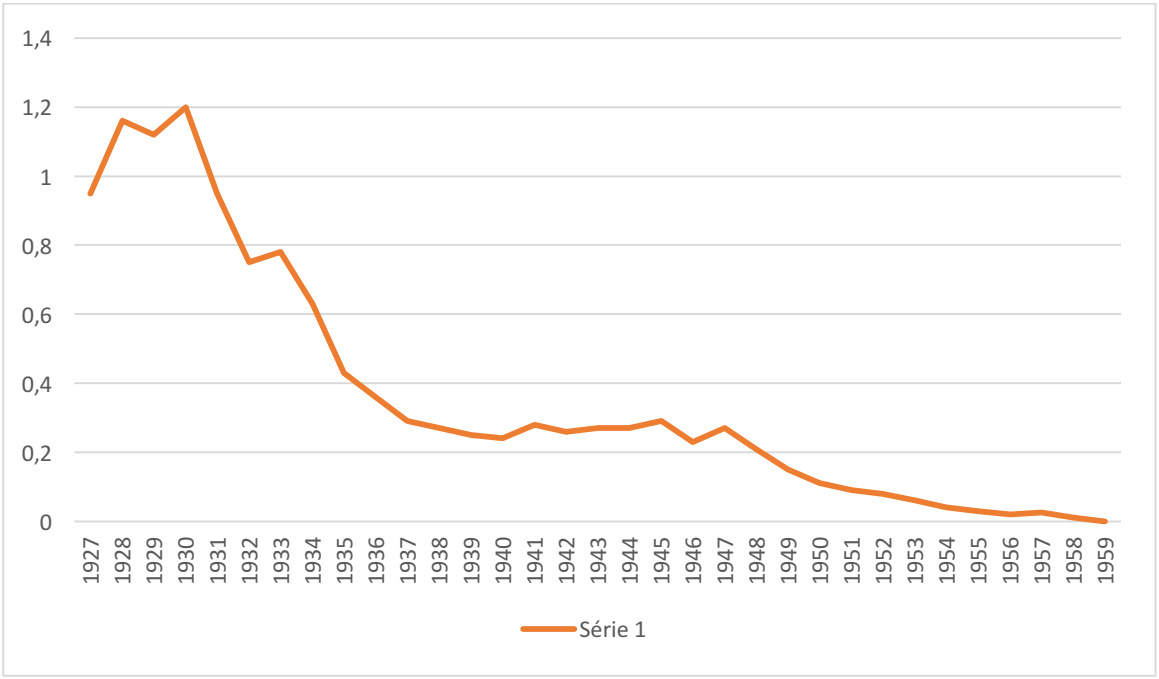
Année	Population examinée	Anciens cas sous contrôle	Nouveaux cas	Indices de nouvelle infection en %
1927	1.704.477	70.940	16.260	0,95
1928	2.126.356	46.372	24.440	1,16
1929	2.383.892	50.244	27.046	1,12
1930	2.779.448	70.428	33.562	1,20
1931	2.685.768	67.272	25.582	0,95
1932	2.832.083	77.268	21.346	0,75
1933	3.572.438	93.954	27.939	0,78
1934	3.824.097	86.147	24.101	0,63
1935	4.356.270	66.774	18.930	0,43
1936	5.282.646	53.429	18.708	0,36
1937	5.034.442	50.980	14.921	0,29
1938	5.034.331	45.785	13.454	0,27
1939	5.216.841	40.510	12.886	0,25
1940	4.860.094	35.189	11.837	0,24
1941	3.948.213	35.164	10.951	0,28
1942	3.256.076	24.930	9.969	0,26
1943	3.621.826	25.251	10.093	0,27
1944	3.713.347	20.822	10.142	0,27
1945	3.819.431	21.138	11.080	0,29
1946	3.543.901	18.610	8.426	0,23
1947	3.319.880	21.969	9.289	0,27
1948	4.525.889	25.295	9.873	0,21
1949	4.983.156	/	7.609	0,15
1950	5.351.855	21.508	6.109	0,11
1951	6.337.833	18.996	6.086	0,09
1952	6.532.868	18.106	5.242	0,08
1953	6.197.486	17.058	3.804	0,06
1954	6.206.475	13.391	2.734	0,04
1955	6.556.514	10.404	2.117	0,03
1956	2.722.046	3.611	782	0,02

Source : Données recueillies in OMS, Congo belge, Direction générale des services médicaux. Rapports annuels de 1948-1956.

[54] G. Neujean, « Aspects pratiques de la lutte », p. 799.
[55] S'inspirant ainsi du modèle de « médecine sociale éducative » chère à Andrija Stampar.
[56] G. Neujean, « Aspects pratiques de la lutte », p. 799.

Le tableau ci-dessus donne un aperçu de l'évolution de la trypanosomiase au Congo belge entre 1927 et 1956. En s'engageant dans l'analyse de ce tableau, il convient de rappeler, tout d'abord, la prudence qui doit guider les analyses du chercheur face aux chiffres présentés dans les rapports officiels, que l'on soit en histoire ou dans toute autre discipline. Les données présentées par exemple par G. Neujan, dans son article de 1963, sur le même sujet[57] diffèrent des données des services médicaux belges présentées à l'OMS pour 1956. On a ainsi, chez lui, 1604 nouveaux cas, en cette année contre les 782 de notre tableau. En convenant toutefois que chacun de ces chiffres supposent une chute importante du nombre de trypanosomés, et que les autorités belges ont continué à œuvrer dans le sens de la lutte contre cette maladie, jusqu'après l'indépendance, on peut alors conclure que l'indice de nouvelles infections serait largement en deçà de 0,001, sinon carrément nul (≤ 0,001) après 1960. En tenant compte des estimations de G. Neujean pour 1957 (0,025), 1958 (0,01) et 1959 (0,006)[58], qu'on associe à celles des services médicaux belges, on obtient le graphique suivant :

Fig. 8 : Indice de nouvelles infections de THA (%)



Source : À partir des données du tableau

[57] G. Neujean, « Aspects pratiques de lutte », p. 797.
[58] Ces indices de G. Neujean il convient le rappeler, ont été calculés par rapport à la population totale et non par rapport à la population examinée comme dans le tableau. Ce qui peut légèrement modifier l'allure de notre courbe, sans pour autant modifier la logique qu'elle poursuit.

Si l'on convient avec Lachenal[59] que la « pentamidinisation ou lomidinisation » n'était pas aussi préventive qu'elle avait été présentée au départ[60], et qu'elle a pu, malgré tout, « marcher par inadvertance [en] coupant brutalement la transmission au sein des foyers »[61], on conclut alors que la THA était bien en voie d'être éradiquée au Congo ex-belge. Cette éradication était effective, même si l'on considère « l'agitation tribale ou politique de 1959 »[62], qui pour Neujean aura « considérablement gêné l'action médicale, en certaines régions (Kasaï et Kwango, notamment) »[63]. Il n'est cependant pas exclu que les chiffres présentés par le médecin belge, le Dr. G. Neujean, dans un *Bulletin de l'organisation mondiale de la santé* aient fait l'objet de quelques manipulations. Il convient de tenir compte du contexte dans lequel de tels données chiffrées ont été produites. C'est en effet dans un contexte international de justification de l'œuvre coloniale, de décolonisation, et de revendication des indépendances au sein des ISNU et au « Conseil de Tutelle » que naissent ces statistiques.

Il était en effet courant que les résultats brandis au sein de ces IS servent à la propagande coloniale[64], en riposte à une opinion dressée contre toute forme de colonialisme. Et ce n'est pas la nomination, depuis 1948, du Dr. G. Neujean à la tête du fameux « Bureau Permanent International de la Tsé-tsé et de la Trypanosomiase » (BPITT) – une institution essentiellement coloniale – qui viendrait invalider cette hypothèse de données statistiques probablement manipulées, dans l'optique de légitimer l'intervention belge au Congo[65]. Cela peut sembler d'autant plus vrai, lorsqu'on sait quelles étaient les missions principales (cf. Chap. II) de ce « Bureau » dissout seulement en 1965, au lendemain des indépendances africaines. Toutefois, en convenant que les chiffres que présente Neujean font foi, la situation de "quasi-éradication" de la THA qu'ils tendent à mettre en avant, justifierait-elle l'engouement de l'administration belge à poursuivre par « tous les moyens » la lutte contre cette maladie, au lendemain de l'indépendance ?

---

[59] G. Lachenal, *Le médicament qui devait sauver l'Afrique*, p. 225.
[60] Voir à cet effet les travaux de D. Kayembé et M. Wéry du laboratoire de biologie de l'ex-université de Lovanium. Ces travaux ont permis de remettre en question les résultats présentés trente années plus tôt par Van Hoof et son équipe, et qui débouchaient sur la nécessité de l'administration préventive de la pentamidine en situation de « médecine de masse ». in D. Kayembé, M. Wéry, « Observation sur la sensibilité aux diamidines de souches de *Trypanosoma gambiense* récemment isolées en République du Zaïre », in *Annales de la Société belge de Médecine Tropicale*, n°52, 1972, pp. 1-8.
[61] G. Lachenal, *Le médicament qui devait sauver l'Afrique*, p. 226.
[62] G. Neujean, « Aspects pratiques de la lutte », p. 798.
[63] *Ibid*.
[64] Voir à cet effet, K. Z. Belga, « La Belgique défend habilement son œuvre coloniale devant l'O.N.U. », in *Le dernière Heure*, édition du mercredi 5 novembre 1952.
[65] *Ibid*.

2. La trypanosomiase humaine africaine : l'érection d'une cause humanitaire au Congo ex-belge

L'étude menée en 1965 par le Dr. A. J. Burke, chef de la mission de lutte contre la THA par le Fonds Médical Tropical belge (FOMETRO) à l'Institut de Médecine Tropicale (IMT) de Kinshasa, laisse supposer qu'il existerait environ 10.000 cas de trypanosomés, au Congo ex-belge, à cette époque. Certaines sources et, notamment, le Dr. Ansari (Directeur de la division des maladies parasitaires à l'OMS) les estiment à environ « 200.000 à 100.000 personnes atteintes »[66]. Cette différence de chiffres et les hésitations qui les caractérisent, viennent s'il en était encore besoin, souligner le caractère aléatoire des données chiffrées, élément fondamental à la base de la fabrication des politiques sanitaires dans les États et de leur instrumentalisation. L'instrumentalisation des statistiques sanitaires explique, en effet, les priorités accordées à certains "problèmes de santé publique", au détriment des autres[67]. Le rôle de l'expert dans ce processus de sélection et de priorisation des "problèmes de santé publique" est essentiel, comme nous l'avons analysé dans le chapitre précédent. L'identification des "problèmes de santé publique", comme tel, ou leur érection en "cause sociale" apparaît alors comme un procédé éminemment complexe. Un construit en somme, qui n'aurait de signification pertinente que dans l'imagination de ces experts à qui incombe la responsabilité de définir la « norme » en la matière.

Dans le cas du Congo, ce rôle a été défini par Bruxelles qui, compte tenu des enjeux ponctuels - et notamment ceux liés à la radicalisation des nationalismes et à la décolonisation - va donner sens à la construction des "problèmes de santé publique" à identifier comme prioritaires. L'attitude du colonat belge permet de le saisir comme un acteur appelé à opérer des choix rationnels ou du moins à choisir « des matrices discursives dans lesquelles on configure

---

[66] AOMS/GVA, « Lettre du Dr. Ansari au Dr. Candau, réf. T7/451/2 Congo (K) », 16 août 1967, in WHO/OMS, Trypanosomiasis advisory services-Congo (K), AFRO 2301.

[67] De nombreux travaux font par exemple état de la difficulté qu'il y a à comprendre comment une préoccupation sanitaire devient un « problème de santé publique », ou est érigé en « cause sociale », nécessitant l'intervention des pouvoirs publics. Il ressort globalement de ces travaux qu'il est difficile de définir la notion « problème de santé publique ». C'est M. Baumann et M.-M. Cao, qui tentent de donner une définition assez complète de la notion. Ils le perçoivent alors comme un « écart entre un état de santé physique, mental, social constaté, observé, exprimé, et un état de santé considéré comme souhaitable, attendu, défini par des références médicales élaborées par des experts, le législateur, etc. ou des normes sociales élaborées par des équipes, la société, etc. ». Cf. M. Baumann, M.-M. Cao, « Diagnostic de santé d'une population et action humanitaire : un guide pratique », in *Santé publique*, Vol. 11, n°1, 1999, pp. 63-75.

une question qui contribue à fortement lui conférer (ou pas) un caractère public »[68]. De nombreux éléments permettent aujourd'hui de soutenir l'idée selon laquelle la lutte contre la THA au Congo ex-belge était un construit au service de la légitimation et de la pérennisation de la domination belge au Congo. Rappelons tout d'abord que bon nombre de colons belges se sont retirés du Congo, au lendemain de son accession à l'indépendance en septembre 1960, comme sus-évoqué. G. Neujean en fait l'évocation en 1963, en parlant plutôt d'« exode des cadres européens »[69]. Ce retrait du Congo du colonat s'accompagne, en effet, d'une réduction importante du nombre d'experts belges, mais aussi de la dégradation des rapports diplomatiques entre les deux États, alors même que le nouveau Gouvernement poursuit des rapports de collaboration avec l'ONU et des agences spécialisées, dans le cadre de "l'assistance technique".

Il convient tout d'abord de rappeler que c'est la Résolution 304 (IV), adoptée le 16 novembre 1949 par l'Assemblée Générale de Nations Unies qui met en place un "Programme Élargi d'Assistance Technique, en vue du développement économique des pays insuffisamment développés"[70] (PEAT). C'est en application de cette Résolution que les NU interviennent dans les pays dits "sous-développés", depuis les années 1950. Les actions de l'OMS (agence spécialisée des NU) s'inscrivent également dans cette logique[71]. Sa volonté "réelle" de mettre en place de manière effective cette « assistance technique », en Afrique, a été soumise au "contrôle absolu" des administrations coloniales comme analysé dans le second chapitre de cet ouvrage. Ainsi, au Congo, l'OMS intervient, depuis 1948, par le biais de l'administration coloniale belge qui assume alors la souveraineté internationale de ce territoire, de même qu'il en était déjà le cas avec l'OHSDN en 1929 (cf. Chap. I). C'est dans ce contexte que l'évolution de la lutte contre la THA est plus ou moins bien connue, tant des autorités coloniales belges que des responsables de l'organisation, notamment, N. Ansari.

En tant que Chef de la division des maladies parasitaires et transmissibles (PD), Ansari écrit au Dr. Candau, Directeur général de l'OMS (DG/OMS), en 1967 : « Plusieurs experts (…) ont, de leur propre initiative, appelé notre attention sur le tour critique que semble prendre la

---

[68] B. Delforce, J. Noyer, « Pour une approche interdisciplinaire des phénomènes de médiatisation : constructivisme et discursivité sociale », in *Études de communication*, n°22, 1999, « Dossier : La médiatisation des problèmes publics », pp. 13-40.
[69] G. Neujean, « Aspects pratiques de la lutte », p. 798.
[70] « Résolutions adoptées sur les rapports de la deuxième commission », 304 (IV). Programme élargie d'assistance technique en vue du développement économique des pays insuffisamment développés, [en ligne], consulté le 25 avril 2016. URL : http://www.un.org/french/documents/view_doc.asp?symbol=A/RES/304(IV)&Lang=F
[71] « Assistance technique en vue du développement économique », in OMS, Actes officiels de l'Organisation mondiale de la santé, n°30. Travaux de l'OMS (1950) : Rapports annuel du Directeur général à l'Assemblée mondiale de la santé et aux Nations Unies, OMS, Genève, 1951, pp. 59-61.

trypanosomiase au Congo-Kinshasa »[72]. L'expression « semble », montre bien que c'est sur des suppositions que se sont fondées les hypothèses qui vont permettre de considérer la THA comme « urgence sanitaire » en RDC. Candau lui-même, dans une lettre au Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique (DR/AFRO), le Dr. Quenum, confirme le fait que « la situation de la trypanosomiase au Congo est certainement préoccupante. Sans être exagérément pessimiste »[73]. Le DG/OMS sait qu'il ne s'agit là que « d'une inquiétude »[74]. Et la seule crainte qu'il avait était celle d' « une explosion épidémique qui nous ramènerait aux heures sombres où la trypanosomiase était le fléau majeur d'une vaste zone de l'Afrique »[75]. Candau poursuit dans sa correspondance : « les gouvernements et l'opinion scientifique mondiale pourraient, à juste titre, s'étonner que l'OMS, dont une des principales fonctions est de prévoir et de prévenir les épidémies, n'ait pas agi à temps »[76]. Ce sont surtout des présupposés d'ordre historique qui auraient renforcés, à l'OMS, la croyance en l'existence d'une menace épidémiologique au Congo, comme permet de le souligner cet extrait d'une correspondance du Dr. Ansari au Dr. Quenum, DR/AFRO :

> *since the Congo appeared to be the origin of the great epidemic that sept up western Central Africa and through West Africa to Senegal in the years 1915 to the 1940's, it would seem perfectly possible that a major epidemic in the Congo could set up a similar train of events, particularly if the present trend of decreasing effort devoted to trypanosomiasis continues*[77].

Ces présupposés historiques ou mieux, ces événements épidémiologiques passés vont participer du processus de fabrication, vers la fin des années 1960, d'une "cause humanitaire" de la THA au Congo ex-belge. Une autre raison enfin officiellement évoquée par les responsables de l'organisation est le fait que la situation politique du pays, au lendemain de l'indépendance, avait « paralysé le contrôle systématique jusque là exercé », en favorisant par le fait même, la propagation de la maladie[78]. Une « nouvelle flambée » qui, de l'avis d'Ansari, faisait sans doute du Congo le pays le plus touché d'Afrique car, « *it is highly probable that in this one country there are more cases of trypanosomiasis at present than in all the rest of Africa* »[79]. Cette probabilité est elle même légitimée par d'autres experts des universités occidentales, comme par exemple les professeurs R. H. Regamey de l'Institut Universitaire de

---

[72] AOMS/GVA, « Lettre du Dr. Ansari au Dr. Candau, réf. T7/451/2 Congo (K) », 16 août 1967.
[73] AOMS/GVA, « Lettre de Candau à Quenum », in WHO/OMS, Congo (K), AFRO 178.
[74] *Ibid*.
[75] *Ibid*.
[76] *Ibid*.
[77] AOMS/GVA, « Lettre du Dr. Ansari au DR/AFRO, réf. T7/370/1 », 7 mars 1967.
[78] AOMS/GVA, « Note d'Ansari et de Bellerive au Dr. Bernard », 25 mars 1968.
[79] AOMS/GVA, « Lettre du Dr. Ansari au DR/AFRO réf. T7/370/1 », 7 mars 1967.

Microbiologie Médicale de l'Université de Genève, M. J. C. Evens de l'Institut de Médecine Tropicale Prince Léopold de Belgique, ou Pautrizel de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Bordeaux. Apparemment convaincu de la résurgence au Congo de la THA, Ansari, en sa qualité de chef de service de la division des maladies parasitaires, suggère à Candau la conduite à adopter. Il propose,

> de recueillir de toute urgence des renseignement aussi complets et sûre (sic) que possible sur les conditions épidémiologiques existant à l'heure actuelle au Congo. À cet effet, une enquête devrait être entreprise dont l'objet principal serait : 1) de déterminer les causes de transmission de la trypanosomiase dans les régions du pays où les taux d'infection sont apparemment très élevés ; 2) d'examiner s'il est possible, dans ces régions, de recourir à des moyens de lutte contre les vecteurs ; 3) d'identifier les souches de parasite responsables de l'infection, cette recherche étant indispensable pour permettre aux autorités d'adopter les schémas de traitement médicamenteux le plus efficaces (sic) et d'établir s'il convient de continuer la chimioprophylaxie[80].

Les rôles semblaient donc bien définis. La détermination des « causes de transmission » allait être confiée aux équipes belges sur le terrain (médecins, entomologistes, infirmiers et techniciens de laboratoires). La « lutte contre les vecteurs » leur incombait aussi, mais au moyen des produits chimiques (DDT), issus de la production à grande échelle des firmes pharmaceutiques étatsuniennes. Quant à l'« identification des souches de parasites », elle revenait aux Anglais. Le Dr. B. A. Newton, responsable du département de microbiologie chimique de l'Université de Cambridge, avait, en effet, reçu du *ministry of overseas development* (MOD) la mission de collecte, comme nous le verrons plus loin. L'OMS entendait aussi l'employer comme expert. On se rend alors compte que la raison qui fonda la THA, comme « cause humanitaire » belge, relevait plus de bien d'autres enjeux toujours difficiles à cerner que d'une menace réelle de santé, quoique certaines sources postulent l'hypothèse d'une pharmaco-résistance des trypanosomes qui rendrait permanente la probable résurgence de la THA[81].

Il convient de souligner que les experts qui avaient attiré l'attention d'Ansari et suscité l'intervention de l'OMS, dans la lutte contre la THA au Congo ex-belge, sont : le Professeur Janssens de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers, le Dr. Kivits, Médecin-conseiller au Ministère des Affaires Étrangères et du Commerce Extérieur de Belgique, ainsi que le Dr.

---

[80] AOMS/GVA, « Lettre d'Ansari à Candau », 16 août 1967.
[81] Voir par exemple G. Ollivier, D. Legros, « Trypanosomiase humaine africaine », pp. 855-863. À ce propos, G. Neujean écrit en 1963 que « ce problème qui est du plus haut intérêt d'un point de vue purement scientifique ne paraît pas, à l'heure actuelle, créer une menace réelle, pas plus que jadis la suramine ». Voir G. Neujean, « Aspects pratiques de la lutte », p. 809.

Burke[82]. Des colonialistes convaincus sur lesquels il convient de s'arrêter un tant soit peu. Le Dr. Maurice Kivits, par exemple, est un médecin colonial diplômé de l'Université catholique de Louvain en 1938[83]. Il regagne la même année Léopoldville comme médecin du Gouvernement du Congo belge, où il dirige, jusqu'en 1953, divers hôpitaux, notamment, à Kangu et à Boma et les services de prophylaxie et d'assistance médicale de Mayumbé et du Bas-Fleuve[84]. Revenu en 1953 en Belgique, il est intégré au ministère des colonies comme inspecteur général adjoint de l'hygiène. Kivits devient, à la suite de "l'indépendance" du Congo en 1960, Médecin-conseiller pour la coopération au ministère belge des affaires étrangères. C'est en tant que tel qu'il effectue une mission de reconnaissance au Congo avec le Prince Stéphane d'Arenberg, en vue de l'établissement des contacts avec "la jeune République". Il en profite pour créer le FOMETRO, un organisme qui regroupait alors les universités belges et l'Institut de Médecine Tropicales d'Anvers où exerçait depuis longtemps le Pr. Janssens comme Directeur dudit Institut.

Cet organisme n'est rien moins qu'un instrument d'exécution de "l'aide" médicale belge au Congo. Un comptoir en somme qui, outre son rôle dans la lutte contre la tuberculose, le paludisme, la lèpre, etc., favorise la circulation et la promotion des produits pharmaceutiques des firmes occidentales, et, notamment, ceux de la Fédération des Industries Chimiques belges (FICB). M. Kivits devient le Secrétaire et administrateur délégué du FOMETRO, jusqu'en 1986, avant de céder le poste au Dr. Jean Burke, son compatriote et ami de longue date. Mais avant, sa nomination en 1968 comme Médecin chef et Directeur de l'administration générale de la coopération au développement (poste qu'il occupe jusqu'à la fin de sa carrière) l'amène à côtoyer les cimes des assemblées mondiales de la santé (AMS) de l'OMS par le biais desquels il allait au mieux assurer le contrôle des implantations médicales coloniales belges, sous la bannière de la « coopération » et de « l'assistance technique ». Le voyage spécialement effectué à Genève, en 1967, par les trois colons belges avait pour but de faire part à Ansari « de leur appréhension »[85], ou mieux, de l'entretenir sur le « tour critique » que semblait prendre la THA au Congo.

On peut, dès lors, se questionner sur le fait que la menace que représentait la THA au Congo à cette époque n'eut pas été relevée plutôt par les équipes de l'OMS sur le terrain que

---

[82] AOMS/GVA, « Lettre du Dr. Ansari à Candau », du 17 août 1967, in WHO/OMS, Congo (K), AFRO 178.
[83] Voir « Maurice Kivits », [en ligne], consulté le 25 avril 2016. URL : http://www.kaowarsom.be/fr/notices_kivits_maurice
[84] *Ibid*.
[85] *Ibid*.

pilotait le représentant résident, le Dr. Siebert. N'est-ce pas aux représentants résidents de l'OMS dans les pays que revient de fait le rôle d'effectuer des alertes, en cas d'épidémies ? Ne fallait-il pas à Bruxelles un prétexte pour poursuivre son œuvre coloniale au Congo ? Une action que les autorités belges n'étaient du reste pas prêtes à abandonner de si tôt[86]. La poursuite de cette œuvre coloniale supposait en effet l'accroissement du volume de "l'aide extérieure" à l'ancienne colonie, comme on peut le lire dans cette note anonyme et "confidentielle" trouvée au siège de l'OMS à Genève. L'auteur de la note précise :

> [La THA] a constitué - et constitue aujourd'hui un sérieux problème de santé au Congo. Les remarquables efforts entrepris par le Gouvernement belge, puis par le Gouvernement congolais, avec la coopération de la Belgique, ont réussi jusqu'ici à maintenir l'expansion de la maladie que les circonstances dans le pays, depuis 1960, ont rendu particulièrement menaçante. Tout relâchement de l'action entreprise risquerait d'avoir de graves répercussions sur l'état sanitaire de la population et, pour maîtriser le développement du problème, il serait probablement nécessaire de doubler le volume de l'aide extérieure jusqu'à ce jour accordée au Gouvernement congolais[87].

Dans la presse locale belge et dans le discours des autorités coloniales, l'« aide » au Congo indépendant est et reste le seul moyen de sauvegarder la mainmise de Bruxelles sur son ex-colonie. Un risque majeur certes, mais un « risque calculé », comme le déclare Paul Henry Spaak, dans les colonnes de *La Dernière Heure* paru le 14 novembre 1963.

Les auteurs, comme J. Mathonnat et M. Audibert qui ont récemment étudié la question de l'"aide" en matière de santé aboutissent sur la conclusion selon laquelle celle-ci est essentiellement nocive, contreproductive, et vise le plus souvent à accroître la dépendance[88]. Cette idée semble en effet plus pertinente si nous la mettons en relation avec les réflexions plus anciennes de Marcel Mauss sur le « don », ou ce que Alain Caillé a appelé après lui, « la triple obligation de donner, de recevoir et de rendre »[89]. Une triple « obligation » qui justifierait les échanges inter-individuels et inter-étatiques dont l'une des manifestations a été son universalisation au sein des OI comme l'OMS. Ceci permet de souligner la pertinence du propos selon lequel les acteurs, quels qu'ils soient, n'agissent pas par pure désintéressement[90]. Ce n'est

---

[86] Le contexte international des décolonisations en Asie et en Afrique après la Seconde Guerre mondiale avait en effet décidé Bruxelles, à précipiter l'indépendance du Congo espérant par le fait, garder avec son ancienne possession, des relations surtout paternalistes. D'où l'impréparation qui avait caractérisé cette indépendance, et les conséquences catastrophiques imprévues que le Gouvernement belge dû gérer par la suite.

[87] AOMS/GVA, « Note anonyme et confidentielle », in Congo (K), AFRO 178.

[88] Voir à cet effet J. Mathonnat, M. Audibert, « Aide au secteur de la santé, choix des instruments et enjeux », in *L'Assurance maladie en Afrique francophone. Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*, BM, Washington D.C., 2006, pp. 163-193.

[89] A. Caillé, « Marcel Mauss et le paradigme du don », in *Sociologie et sociétés*, Vol. 36, n° 2, 2004, pp. 141-176.

[90] Résumant la pensée de M. Mauss, A. Caillé écrit : « À seulement suggérer qu'aucune société humaine ne saurait s'édifier dans le seul registre du contrat et de l'utilitaire, à insister au contraire sur le fait que la solidarité indispensable à tout ordre social ne peut émerger que de la subordination des intérêts matériels à une règle

donc pas par simple charité ou altruisme que le Gouvernement belge entendait « doubler le volume de l'aide extérieure » au Congo.

Illustration 1 : L'aide de la Belgique au Congo



L'AIDE DE LA BELGIQUE AU CONGO

Le prêt d'un milliard comporte un risque mais c'est un risque calculé déclare M. Spaak

La Commission des Affaires étrangères a entendu, mercredi, un exposé de M. Spaak sur la réforme monétaire intervenue au Congo et sur le prêt d'un milliard consenti au Conseil monétaire. Le secteur privé interviendra pour cinquante pour cent dans ce prêt.

La décision de la Belgique comporte un risque, mais un risque calculé, a déclaré le ministre.

Le baron Kronacker (P.L.P.) s'est déclaré satisfait de ce que l'on se soit rallié à la solution du Conseil monétaire et de ce que le secteur privé intervienne pour la moitié dans le prêt consenti.

Ce prêt, a souligné M. Kronacker, est lié à deux conventions, d'une part, des commandes seront passées en Belgique, et, d'autre part, les conventions conclues entre les grandes sociétés et le Conseil monétaire seront renouvelées.

Les société auront ainsi à leur disposition les devises nécessaires pour payer leur personnel.

Le cas Cassart a été évoqué au cours de la réunion.

Le gouvernement s'est occupé de cette affaire, a signalé le ministre. M. Cassart passera bientôt en jugement espère-t-on. On ne peut le garder indéfiniment en prison.

M. Kronacker a fait observer que les autorités congolaises avaient, dans cette affaire, pris beaucoup de liberté... avec la légalité.

L'ancien président de la Chambre s'est plaint de l'insuffisance de notre service de « Public relations ». Et au Congo et en Belgique on ignore l'importance de l'effort consenti par la Belgique pour aider le Congo.

— Voulez-vous me donner les moyens d'étoffer ce service de « public relations », lui a fait observer M. Spaak.

— Comme porte-parole de l'opposition je suis prêt à proposer le rétablissement de 50 millions prévu pour les services d'information a répondu M. Kronacker.

Sont ensuite intervenus, MM. Willot (P.S.C.), De Kinder (soc.) et Van Offelen (P.L.P.).

L'ancien ministre P.L.P. a demandé des précisions au sujet de l'organisme parastatal qui prêtera 500 millions au Conseil monétaire congolais.

Il s'est plaint de la lenteur de l'aide militaire. Quatre officiers belges seulement ont été envoyés au Congo depuis quatre mois alors que le général Mobutu réclame une aide plus large.

M. Spaak a fait observer que les officiers répondent avec peu d'enthousiasme aux offres qui leur sont faites.

A l'issue de la réunion, le ministre déclara que la date de son voyage à Léopoldville ne peut être fixée. Les pourparlers, qui ont suivi l'accord intervenu au mois d'août, traînent.

— Le gouvernement du Congo a eu à traiter du problème de la dévaluation. Les pourparlers vont-ils reprendre bientôt ? Il faut l'espérer, dit le ministre.

Tant que des questions techniques n'auront pas été mises au point, il n'est pas possible pour M. Spaak de se rendre à Léo. — Ba.

Source : *La Dernière Heure*, du 14 novembre 1963.

symbolique qui les transcende, cette démarche critique jette déjà sur les affaires humaines un éclairage singulier et puissant dont on ne trouvait et ne trouve encore l'équivalent ni dans l'économie politique ni dans les philosophies politiques contractualistes ou utilitaristes », in A. Caillé, « Marcel Mauss et le paradigme du don », p. 148.

Pour mener à bien leur projet de « lutte contre la THA au Congo », il était nécessaire, pour les autorités de Bruxelles, d'envoyer une nouvelle mission de travail que l'organisation allait contraindre le gouvernement congolais à solliciter, comme nous le verrons plus loin. A. J. Burke a longtemps œuvré au Congo, en rapport avec la THA, comme assistant aux côtés d'un autre technicien belge, le Dr. Hutchinson. En tant qu'expert attaché à la 4ème Direction du Ministère de la santé Publique, il a la responsabilité de plusieurs unités mobiles belges qu'il dirige. Dans une correspondance à Ansari, en avril 1967, il insiste sur la difficulté à laquelle il fait face sur le terrain. D'après Burke, ses unités mobiles se trouvent être « *paralysed* » à cause de l'absence « *of the belgian technicians, and the urge of establishing some more Units* »[91].

Les rapports étroits qui lient entre eux le Pr. Janssens, le Dr. Burke, et Ansari, montrent bien qu'ils constituent, à une échelle internationale, un réseau complexe d'acteurs, favorables au maintien des équipes mobiles belges au Congo, à l'heure même où le pays est plongé dans le chaos et où sévit une concurrence occidentale pour l'occupation des espaces stratégiques. Ces évènements interviennent également au moment où le Gouvernement congolais est opposé à l'intervention de l'OMS dans le pays. L'administration belge, consciente du fait qu'elle ne peut plus bénéficier des mêmes avantages au Congo que pendant la période coloniale, et boudée de certains nationalistes congolais devenus parfois violents, recourt à l'aide de l'OMS, pour légitimer l'intervention de ses experts dans ce territoire. Et c'est par le biais de cette organisation qu'elle entend désormais poursuivre son œuvre coloniale. C'est du moins ce qui ressort du mémorandum du Dr. Ansari du 27 mai 1967 au Dr. Payne. Dans cette correspondance, Ansari écrit à Payne : « *collaboration with bilateral aid Belgian has been taken care of on technical grounds by correspondance with Prof. Janssens and in principle they are anxious to have our collaboration* »[92]. Une attitude au principe de l'accélération des visites des hommes politiques, des diplomates et des experts belges au siège de l'OMS à Genève, comme nous l'analysons par la suite. Il s'agit de mettre en place une collaboration, avec l'organisation que les responsables de l'administration belge appellent de tous leurs vœux. Raymond Scheyven, ministre belge de la coopération, pense même, en faisant allusion à cette "aide" que « si l'OMS est déjà sur place, en collaborant avec les Belges, le transfert se ferait d'autant plus facilement »[93].

[91] AOMS/GVA, « Lettre de Burke à Ansari, réf. T7/451/2 Congo (K) », 27 avril 1967.
[92] AOMS/GVA, « Letter from Ansari to Payne, 27 may 1967 ».
[93] AOMS/GVA, « Lettre de Dorolle à Quenum », 2 août 1968.

La question de l'intervention belge, dans la « lutte contre la THA », est un aspect crucial des rapports entre la Belgique et son ancienne colonie. Elle est même vitale, peut-on le dire. D'autant plus vitale que c'est autour d'elle que va se jouer l'avenir des relations de « coopération » belgo-congolaise, notamment dans le domaine médico-sanitaire. Pour s'en convaincre, il suffit d'analyser l'attitude de R. Scheyven, nouveau ministre belge de la coopération. Au lendemain de sa nomination, Scheyven se rend à Genève, dans le but de rencontrer le sous-directeur de l'OMS le Dr. Pierre Dorolle, un médecin français des colonies né à Wassy (Champagne) en 1899 introduit à l'OMS en 1950, dans le cadre du projet de « contrôle absolu » des activités de cette OI. Diplômé de l'école de médecine navale et tropicale de Bordeaux et de Marseille en 1924, Dorolle est envoyé au Tonkin l'année suivante, comme médecin-militaire[94]. Il est chargé, entre 1935 et 1936, de la direction des hôpitaux de Saigon et d'Hanoï. Ses expériences au Cambodge, au Laos et au Vietnam le conduisent, tour à tour, à la direction générale de la santé de ces territoires comme conseiller du Haut-commissaire, et en Chine comme membre de la « commission des épidémies » de la SDN. Rappelé en 1940 en Indochine pour la guerre, il participe dès 1946, à des nombreuses conférences internationales et en 1950 à la 3ème AMS comme conseiller de la délégation des observateurs du Vietnam, du Cambodge et du Laos.

Cette connaissance des questions médico-sanitaires des colonies et de leur intérêt pour le gouvernement français conduisent Dorolle à la tête de l'OMS comme Directeur général adjoint (DGA), au détriment de son compatriote L. Bernard jugé « timoré » et moins expérimenté. Le Dr. Dorolle occupe ce poste jusqu'en 1973. Un rôle dans lequel il remplace dans "l'urgence" l'étasunienne Martha May Eliot, très peu appréciée des milieux coloniaux français car, ne se souciant que peu de leurs intérêts. Avec le canadien Brock Chisholm (anglo-saxon)[95] comme DG/OMS, les étatsuniens Martha Eliot comme DG adjointe et Milton Siegel comme chef du tout-puissant service des finances et de l'administration[96], l'OMS était vue du Quai d'Orsay comme une exclusivité, sinon américaine, du moins anglo-saxonne. Le gouvernement de Paris n'allait pas tarder à revendiquer le rang de la France comme puissance siégeant au Conseil de sécurité et devant bénéficier, comme son allié de Washington, d'une place de choix à la tête de l'organisation. Ceci justifie ce parachutage de la désormais deuxième

[94] P. Dorolle, *Histoire de vie*, Editions Saint-Augustin, 2000.
[95] Il est décrit en 1949 par le Quai d'Orsay comme « appartenant au "clan de Toronto", réputé pour ses sentiments violemment anti français ». Voir ADP, « Esquisse d'une mise au point des relations France-O.M.S. », in MAE/DAP, représentants français aux conférences et groupes d'étude, 372QO/313 NUOI, 1948-1949, S.50. 3. 4.
[96] Il est décrit comme occupant « sans le titre, le 3ème poste de Sous Directeur », in *ibid*.

personnalité de l'OMS, des profondeurs de l'Asie au cœur du système sanitaire international à Genève. Dorrolle allait assumer à ce poste clé, avec l'efficacité et la dextérité que lui reconnaissent ses pairs, la délicate charge de « contrôle absolu » des activités de l'OMS, mais aussi et surtout, de pérennisation du colonialisme sanitaire pour lequel il aura œuvré toute une vie[97].

Scheyven, conscient des accords coloniaux franco-anglo-belge de 1950, pouvait espérer compter sur le soutien et influence de Dorolle, à qui il confie d'avoir choisi de s'intéresser « de très près » à la question de la THA au Congo, et même, d'en faire « une affaire personnelle »[98]. Ce vœu le conduit à rendre une visite au Président de la République congolaise, Mobutu, en vue de débattre de cette question. Dorolle qui, du reste, avait manifesté sa solidarité à Scheyven, avait aussi émis le vœu que ce passage du ministre belge dans la capitale congolaise ouvrit « la voie (…) à une entente constructive »[99]. Toujours dans l'optique de voir son vœu se réaliser, Scheyven avait désigné comme directeur de son cabinet, le Pr. Janssens, ex-directeur de l'Institut de Médecine Tropicale de Anvers : une preuve supplémentaire que la THA était la plaque tournante des rapports de collaboration entre le Gouvernement de Bruxelles et le désormais Congo ex-belge. Comme sous-directeur, il nomme Van Bilsen, longtemps impliqué dans le volet politico-technique de ce dossier THA, en tant que Sous-secrétaire au ministère des affaires étrangères. Au renforcement de ce dispositif technico-administratif, Scheyven associe celui des alliances diplomatiques à Genève et à Brazzaville, tel qu'en témoigne du reste, Ansari :

> […] des relations, de caractère technique, sont déjà établies, par des échanges de correspondance, avec le Professeur Janssens et les responsables de l'assistance bilatérale belge. Nous pouvons considérer que ces derniers sont très désireux de collaborer. Le Bureau régional peut compter sur notre entier appui dans l'exécution, devenue urgente, du projet [THA] que nous venons d'exposer[100].

Sous la requête et l'impulsion du gouvernement belge, la THA allait "re-devenir" au Congo, un "problème de santé publique", ou mieux "une cause sociale" classée parmi les priorités, une "urgence" en somme. Comment comprendre cette cristallisation du gouvernement belge autour de la THA quand on sait que le paludisme constituait, dans ce pays, comme c'est le cas aujourd'hui encore, la première cause de létalité, de morbidité et de mortalité ? Aussi

---

[97] Nous y reviendrons dans le chapitre suivant.
[98] AOMS/GVA, « Correspondance "personnelle et confidentielle" de Dorolle à Quenum », du 17 juillet 1968, in WHO/OMS, Congo (K), AFRO 178.
[99] *Ibid*.
[100] AOMS/GVA, « Lettre d'Ansari à Candau », 16 août 1967, in WHO/OMS, Congo (K), AFRO 178.

bien les responsables de l'OMS que ceux de l'administration coloniale belge sont conscients que la mise en œuvre du programme de lutte contre la THA au Congo ne sera pas aisée. C'est du moins ce que souligne Candau dans sa lettre à Quenum : « Je sais sous bien des aspects, la situation intérieure au Congo n'est pas de nature ni à rendre facile la tâche que nous voulons entreprendre, ni à permettre de tirer parti de toutes les collaborations qui pourraient s'offrir »[101]. Les difficultés qui présagent l'opérationnalisation de cette entreprise justifient la série d'affrontements qui vont survenir par la suite, faisant du projet de prise en charge de la THA au Congo, un processus complexe et éminemment conflictuel, qui donna lieu à divers "arrangements intersubjectifs" qu'on ne peut saisir qu'en les analysant à une échelle variable.

III. La lutte autour de la THA en RDC : entre conflits et "arrangements intersubjectifs"

En matière d'analyse des relations internationales, la conception réaliste insiste sur le rôle clé de l'État sur la scène internationale, de même que sur la nature aussi conflictuelle qu'anarchique de cette dernière[102]. Elle souligne également l'existence d'une politique étrangère basée sur les "grandes puissances", en minorant l'influence des "petites et moyennes puissances". L'approche de l'interdépendance, au contraire, met une emphase sur l'émergence d'acteurs autres que l'État et de diverses autres "forces transnationales"[103]. C'est ici que se révèle l'intérêt à accorder à la dimension coopérative qui permet de méjuger le rôle des États en réduisant, par la même occasion, leur marge de manœuvre. Le paradigme de l'impérialisme et de la dépendance enfin, souligne le "caractère asymétrique de l'interdépendance", qui tout seul ne justifie pas toujours la situation économique des États dits "faibles". Nous essayons, dans cette troisième section de notre chapitre d'explorer, sans les opposer, l'une et l'autre de ces approches, en privilégiant ce qu'elles ont de complémentaire[104]. Ceci permettrait de mettre en exergue différentes facettes d'une réalité a priori complexe, partagée entre conflits et harmonie. La question de la lutte contre la THA au Congo ex-belge donne à voir comment s'opérationnalisent les "arrangements intersubjectifs". Saisir en effet les acteurs engagés dans cette lutte, donne les clés de compréhension des conflits qui les opposent (1), les arrangements

---

[101] AOMS/GVA, « Lettre de Candau à Quenum », in WHO/OMS, Congo (K), AFRO 178.
[102] P. Braillard, M.-R. Djalili, *Les Relations internationales*, Paris, PUF, (Que sais-je ?), 1988, 9e éd. Mise à jour ; D. Batistella, *Théories des relations internationales*, Paris, Presses de Sciences Po, Coll. « Références inédites », 2003 ; J.-J. Roche, *Relations internationales*, LGDJ, 2014, etc.
[103] P. Braillard, M.-R. Djalili, *Les Relations internationales*, p. 5.
[104] *Ibid*.

auxquels ils parviennent, leur mode de développement, le contexte dans lequel ils interviennent et leur conséquence sur le comportement des acteurs (2).

1. Conflits autour d'une "cause humanitaire" : lutter contre la THA au Congo ?

Les auteurs qui ont théorisé le conflit l'appréhendent comme un instrument indispensable du changement et de l'innovation[105], « élément structurant du progrès ». Cette approche est d'autant plus intéressante qu'elle postule qu'aussi bien une "divergence d'opinion", de "jugement" que de "comportement" suffirait à mettre en exergue cette dimension conflictuelle des relations entre individus, groupes d'individus ou institutions[106]. Ces études permettent alors de formuler deux questions fondamentales qui orientent les significations des antagonistes dans les relations inter-individuelles ou inter-institutionnels : *qui introduit la divergence et à propos de quoi*[107] ? L'analyse de la cristallisation des États occidentaux et spécifiquement de l'administration belge autour des questions de santé et notamment de la lutte contre la THA au Congo tend à répondre à ce double questionnement. Elle tient ainsi compte, comme dans tout conflit social, d'une catégorisation (auto-catégorisation) manifestée par son caractère à échelle variable marquée, elle-même, par sa dualité : l'échelle nationale qui représente aussi bien la Belgique que le Congo, et l'échelle internationale qui concerne les acteurs de l'OMS et les autres acteurs inter-nationaux impliqués dans ce conflit.

1.1. Les conflits à l'échelle des nations

1.1.1. Du côté belge

Si dans son approche définitionnelle le concept de "nation" rassemble les notions essentielles comme territoire, origine, histoire, conscience collective, civilisation, etc., les conflits à l'échelle nationale seront considérés ici comme ceux apparus à l'intérieur d'un même espace territorial, entre population d'une même origine partageant la même conscience historique collective, la même civilisation et pourtant opposés par la divergence de leur point de vue sur une question donnée. C'est dans cette logique que nous aborderons les antagonismes

---

[105] J. A. Pérez, G. Mugny, *Influences sociales : la théorie de l'élaboration du conflit*, Neuchâtel, Paris : Delachaux et Niestlé, 1993 ; G. Simmel, *Le conflit*, Paris, Circé, 1995 (rééd.) ; J. Lecompte, « Conflit et coopération : La théorie des jeux », in *Sciences humaines*, 1998, n°82, pp. 42-44.
[106] J. A. Pérez, G. Mugny, *Influences sociales*, p. 25.
[107] *Ibid*.

qui sont intervenus aussi bien en Belgique qu'au Congo ex-belge, au sujet de la lutte contre la maladie du sommeil, dans ce dernier pays, au lendemain de l'indépendance de 1960. Pour ce qui est de la Belgique, par exemple, une certaine opinion est fondamentalement opposée à la manière dont le gouvernement belge entendait conduire la « coopération bilatérale » entre Bruxelles et Kinshasa en rapport avec ce projet. À l'origine de cette confrontation se trouve le Prince Stéphane d'Arenberg, qui avait, avec le nouveau Gouvernement du Congo, des liens particuliers matérialisés par « la mission de reconnaissance » qu'il y effectue en 1960, en compagnie du Dr. Maurice Kivits. Dans un premier temps, le Prince d'Arenberg n'était pas persuadé de la priorité que l'administration belge avait choisi d'accorder à la lutte contre la THA. Cette opposition du Prince pourrait être corrélée à la situation interne en Belgique. Rappelons au passage que l'empire belge connaît, au début des années 1960, une crise politique et économique interne qui menace son intégrité territoriale.

L'indépendance du Congo a en effet porté un sérieux coup aux rentrées financières de la métropole, qui entre en crise, à l'automne 1960. La « *Loi unique* », projet de loi « d'expansion économique, de progrès social et de redressement financier » adopté par le gouvernement de Gaston Eyskens concentre et attise les oppositions qu'elle était censée neutraliser[108]. La « Grève du siècle »[109] qui éclate - la plus importante de toute l'histoire de la Belgique – pousse à la démission le gouvernement de Eyskens, en mars 1961. Cette crise interne belge est rapportée par l'ambassadeur Longerstaey de Belgique auprès des NU à Genève, qui confie au Dr. Dorolle qu'il n'y a pas de Gouvernement à Bruxelles[110]. Cette absence de gouvernement à Bruxelles remet en cause la « structure » et la légitimité même de la « coopération technique » entre la Belgique et le Congo[111]. Il est donc logique, pour Stéphane d'Arenberg, qui avait convaincu le Roi Baudouin et les autorités belges du climat d'espoir favorable au rétablissement des relations belgo-congolaises que ces relations n'auraient de sens que si elles s'appuyaient sur des *actions humanitaires, personnalisées et directes*, qui, dégagées des entraves administratives et juridiques, devaient répondre aux besoins immédiats de la population. C'est donc sous l'instigation de Stéphane d'Arenberg que Kivits crée le Fonds Médical Tropical belge

[108] Le texte « restreint en effet les pensions de retraite du secteur public, réforme l'assurance-maladie accroît le contrôle des chômeurs et augmente la fiscalité indirecte, tout en accordant des aides fiscales aux entreprises ». Voir J. Dohet, J. Faniel, « Belgique 1960-2010. Grève du siècle et crise multiforme », in *Politique d'ailleurs*, « Savoir/agir », 2011, pp. 103-107.
[109] J. Neuville, J. Yerna, *Le choc de l'hiver 60-61. Les grèves contre la loi unique*, Politique et Histoire, Bruxelles, 1990.
[110] AOMS/GVA, « Lettre "personnelle et confidentielle" de Dorolle à Quenum », 24 juin 1968, in WHO/OMS, Congo (K), AFRO 178.
[111] *Ibid*.

(FOMETRO), le 17 avril 1961[112]. De même, le Prince voit d'un mauvais œil la nécessité pour l'administration d'associer l'OMS dans ce processus, qu'il aurait probablement voulu contrôler à son propre compte, comme nous tentons de l'analyser plus loin. Il développe ainsi une idée « anti OMS » également partagée par une certaine opinion belge, qui croit au redressement des rapports officiels avec l'ancienne colonie. C'est du moins ce qui semble ressortir de la correspondance adressée par Dorolle à Quenum :

> Il y a malheureusement des milieux belges qui ne sont pas très satisfaits de voir l'affaire passer à l'OMS, surtout à un moment où les relations Congo-Belgique sont dans une phase d'euphorie. Le groupe officieux, que dirige le Prince d'Arenberg semble, d'une part, ne pas être persuadé de la priorité qui a été accordée en Belgique à ce programme et, d'autre part, regrette de le voir s'échapper[113].

L'attitude affichée par le Prince d'Arenberg, au sujet de l'intervention de l'OMS, n'est pas éloignée de la vision du Président Mobutu. L'organisation est vue par ces deux acteurs comme un concurrent de l'intervention belge, ainsi qu'elle avait été appréhendée au début des années 1950 par les administrations coloniales. Ceci justifie la bataille menée par le Prince d'Arenberg pour conserver ses privilèges sur ce projet qu'il n'est pas disposé à laisser lui « échapper ». Il engage de ce point de vue une série d'accords avec Mobutu qui constituent l'un des volets essentiels des négociations ou « arrangements intersubjectifs » que nous abordons plus loin.

1.1.2. Du côté congolais

Du côté de l'échelle nationale congolaise, de violents affrontements en lien avec le projet de lutte contre la THA surviennent au sein du gouvernement, entre le Président de la République et son ministre de la santé T. Bakamuenza. Notons, tout d'abord, pour mieux cerner les enjeux de ce conflit qu'en respect de sa constitution, l'organisation ne doit agir pour atteindre son but qu'en tant qu'« autorité directrice et coordonnatrice, dans le domaine de la santé, des travaux ayant un caractère international » (article 2.a). Les alinéas c et d de ce même article sont encore plus précis : c) « aider les gouvernements, sur leur demande, à renforcer leurs services de santé » ; d) « fournir l'assistance technique appropriée et, dans les cas

[112] « Apport de la Belgique en Afrique Centrale, dans le domaine médical, de 1885 à ce jour ». Exposé du Dr. J. F. Ruppol au Centre Royal Africain d'Outre-Mer (CRAOM), [en ligne], consulté le 25 avril 2016. URL : http://www.urome.be/fr2/reflexions/Ruppol.pdf
[113] *Ibid*.

d'urgence, l'aide nécessaire, à la requête des gouvernements ou sur leur acceptation »[114]. Les responsables de l'organisation le savent comme le confirme le Dr. Tross, dans son mémorandum à Ansari :

> *we should point out that in the absence of a formal request for the Government for a country project, we have no mandate. Furthermore, it should be noted that the Government is receiving assistance in that field under Belgian bilateral assistance and the introducing of WHO team in the country at this stage could very well upset the delicate balance which now exists in Congo Kinshasa*[115].

Officiellement, l'OMS n'est pas habilitée à intervenir au Congo car, le Gouvernement n'a formulé aucune requête dans le sens. L'équilibre politique précaire auquel fait allusion Tross, représentant personnel du DG/OMS à Brazzaville, ne milite également pas en faveur de cette intervention. Le vœu profond de Mobutu est que la lutte contre la THA au Congo reste une question bilatérale, entre son pays et certaines autorités belges, bien choisis par lui-même. Dorolle dans sa lettre à Quenum le 2 août 1968[116] précise :

> en ce qui concerne en particulier le projet Trypanosomiase, le Président Mobutu désire expressément que ceci reste essentiellement une affaire bilatérale belge. Il a confiance dans les médecins et le personnel qui sont là, il pense aussi que les problèmes de liaison avec les autorités de l'Angola seront plus aisés par l'intermédiaire d'une équipe d'assistance bilatérale belge que par l'intermédiaire d'une organisation internationale des Nations Unies.

Relations bilatérales certes, mais dans le cadre des rapports « officieux » avec le Prince d'Arenberg, et directement avec l'administration belge, sans le truchement de l'OMS. La visite que Mobutu effectue à Bruxelles dans la seconde moitié de 1968 a d'ailleurs pour but de confirmer cette position. Il la réitère au nouveau ministre belge de la coopération Scheyven, lorsqu'il se rend à Kinshasa, quelques mois plus tard. Pour Scheyven, au contraire, la lutte contre la trypanosomiase au Congo doit être poursuivie dans le cadre du projet « d'une assistance technique internationale » assumée par l'OMS, puisque de l'avis de Pierre Dorolle, le ministre belge n'a pas « une très grande confiance dans la solidarité des sentiments actuellement manifestés par le Général Mobutu »[117]. Cette inquiétude du ministre traduit l'état des rapports encore très fragiles entre les deux gouvernements. Quoique conscients de l'ensemble de ces faits et de la difficulté qu'il y a à faire accepter le projet de lutte contre la THA aux autorités congolaises, les responsables de l'organisation décident de le poursuivre.

---

[114] Cf. article 2 de la Constitution de l'OMS.
[115] AOMS/GVA, « Lettre du Dr. F. Tross à Ansari. Réf.T4/61/1 », 10 mai 1967, in WHO/OMS, Congo (K), AFRO 178.
[116] AOMS/GVA, « Lettre de Dorolle à Quenum », 2 août 1968.
[117] *Ibid*.

Pour le DG/OMS Candau, il n'est pas question de différer cette « entreprise »[118]. Ce choix s'expliquerait, à notre avis, par la pression des firmes pharmaceutiques occidentales, et notamment étasuniennes, belges, ou tout simplement occidentales, restées depuis toujours très actives sur le continent. De manière officielle, l'importante somme que les autorités de Bruxelles proposaient aux responsables de l'organisation, et qu'ils n'étaient pas disposés à perdre, explique l'attitude du Dr. Candau. Celui-ci en fait mention, dans l'une de ses notes manuscrites datée du 3 mai 1968. Il souligne à cet effet : « Le gouvernement Belge semble être disposé à mettre à notre disposition pendant 5 ans un montant annuel de $ 300 000, qui pourraient être augmenté jusqu'à $ 700 000, si nécessaire »[119].

Compte tenu de l'opportunité qu'offre une telle proposition, l'organisation adopte une attitude qui est restée, depuis lors, une pratique institutionnelle, ainsi que nous le verrons dans les chapitres suivants. Il est, dans un premier temps demandé à Siebert, « *to approach the Government informally to see if it would be interested in principle in receiving a WHO team, which would consist of epidemiologist, an entomologist, a Laboratory technician and a field technician* »[120] ; car, « *the Congo survey should receive the highest priority* »[121], conclut Ansari dans sa lettre. Ensuite, face à l'inquiétude formulée par Candau, dans sa lettre du 16 août 1967, à Quenum, ce dernier saisit Siebert, le 8 septembre 1967, par une correspondance dont la seule mention portée en objet était « Urgent ». Il recommande alors à Siebert de « prendre contact avec le gouvernement et rassurer les autorités que l'OMS, en appréciant à leurs justes valeurs les efforts qu'elles consentent pour résoudre le problème de la trypanosomiase est prête à contribuer à cet effort… »[122]. Quenum insiste également sur le fait que les « responsables de l'assistance technique belge, chargés de ce programme, sont prêts à collaborer avec l'équipe OMS »[123]. Sierbert reçoit aussi de Quenum la mission d'inciter les autorités congolaises à solliciter « officiellement » cette « assistance technique »[124]. Une tâche aisée pour Siebert car, en tant Représentant résident de l'OMS à Kinshasa, il est aussi conseiller technique du ministère congolais de la santé. Poste stratégique qu'occupent aujourd'hui encore les Représentants résidents de l'organisation dans tous les pays d'Afrique (cf. Chap. IV).

---

[118] AOMS/GVA, « Lettre "personnelle et confidentielle" de Candau à Quenum », 16 août 1967.
[119] AOMS/GVA, « Note manuscrite du Dr. Candau », 3 mai 1968.
[120] AOMS/GVA, « Lettre du Dr. Ansari au DR/ AFRO réf. T7/370/1 », 7 mars 1967.
[121] *Ibid*.
[122] Voir AOMS/GVA, « Lettre "personnelle et confidentielle" de Quenum à Candau », 8 septembre 1967. Voir aussi en annexe de cette lettre, celle adressée le même jour à Siebert.
[123] *Ibid*.
[124] *Ibid*.

Le Dr. Siebert rencontre pour la circonstance, outre les Drs. Burke et Mandiangu responsables de la section de la trypanosomiase, le nouveau ministre congolais de la santé, le Dr. O. Tshiamu Bakamuenza[125], qui lui fait, par ailleurs, la promesse de donner satisfaction à sa requête. Pour effectivement tenir sa promesse, le ministre O. T. Bakamuenza, sans demander l'avis du Président de la République, requiert officiellement auprès du DR/AFRO le Dr. Quenum une « assistance médicale ». Comme raison de cette sollicitation, il souligne le fait que « la mission belge qui s'attèle à lutter contre ce fléau se trouve dépassée par suite de l'étendue » de son pays[126]. Le conflit entre Mobutu et son ministre est sans précédent. Il est reporté par le Dr. Lucien Bernard, dans sa correspondance du 12 juin 1968, tamponnée "*stricly confidential*", et dans laquelle il confie au Dr. A. M.-M. Payne :

> *the Government of Belgium is viewing with some concern recent information on the attitude of Congolese Government in regard to the proposal. According to this information, disagreement seems to have occurred between the Ministry of Health and the President of the Congo who has reportedly transferred responsability in the matter to the Congolese Ministry of Foreign Affairs*[127].

Bakamuenza est en effet littéralement limogé. Mobutu enlève, par la suite, ce projet à la coordination du ministère de la santé, et met en place une « Commission spéciale » de lutte contre la THA qu'il baptise « Commission Présidentielle de Secours ». Elle est rattachée directement à son cabinet civil et au Ministère des Affaires Étrangères de son pays. Désormais, seul organe habilité à traiter de la question de la trypanosomiase au Congo, ladite commission est placée sous la présidence du Prince Stéphane d'Arenberg[128]. Cette attitude du nouvel "homme fort" du Congo vise le contrôle presque absolu de cette question de la maladie du sommeil. Elle semble lui avoir donné raison. Les responsables belges et ceux de l'OMS, qui avaient eux-mêmes construit autour de ce projet des espoirs similaires de contrôle, semblent s'être résignés. Du moins temporairement car, « il faudra bien que nous nous adaptions à la situation telle qu'elle est aujourd'hui », conclut Dorolle, dans sa lettre à Quenum, le 2 août 1968[129]. C'est ce que le Dr. Payne appelle « la modification de l'action envisagée »[130].

Cet affrontement suscité par l'OMS et le gouvernement belge au Congo et que le Dr. Dorolle caractérise de « conflits personnels »[131] n'est pas sans conséquences. Il fragilise la

---

[125] AOMS/GVA, « Lettre de Siebert au Dr. Quenum », 30 octobre 1967.
[126] AOMS/GVA, « Lettre de Tshiamu au DR/AFRO réf. n°1250/CAB/00536/0030/67 », 15 décembre 1967.
[127] AOMS/GVA, « Lettre "strictly confidential" de Bernard à Payne », 12 juin 1968.
[128] *Ibid*.
[129] AOMS/GVA, « Lettre de Dorolle à Quenum », 2 août 1968.
[130] Voir AOMS/GVA, « le télégramme (WHOGRAM) de Payne à Quenum », 28 octobre 1968.
[131] AOMS/GVA, « Correspondance de Dorolle à Quenum », 11 juillet 1968.

cohésion au sein du Gouvernement congolais comme il vient d'être analysé, cependant qu'il ne représente pour Dorolle qu'un simple « malentendu », qui « est en grande partie à l'origine des lenteurs » dans la réalisation du projet et qui « trouble [ses] amis belges »[132].

Peut-on dès lors voir dans ces attitudes du Prince d'Arenberg et du Président Mobutu, un obstacle à l'éclosion des logiques globales au profit des intérêts nationaux ? Qu'il s'agisse ou non de cela, leurs tentatives de "nationalisation" du projet ne suffisent pas à elles toutes seules, à expliquer les conflits autour du même projet qui se mènent sur l'arène internationale.

1.2. Conflits à l'échelle internationale

Le conflit autour de la question de la maladie du sommeil au Congo n'engage pas que les nationaux comme Mobutu en Afrique, ou une certaine opinion belge représentée par le Prince d'Arenberg. Elle est aussi une cause majeure d'opposition entre responsables de l'OMS, à une échelle variable. Notons tout d'abord que les nombreuses richesses dont regorge le Congo ex-belge font de ce territoire, "un enjeu de taille"[133], qu'il convient vaille que vaille de maintenir dans la « sphère d'influence occidentale », dans ce contexte international particulier de guerre froide, évoqué par Gérard Soete, pour justifier son acte d'élimination du leader nationaliste Patrice Lumumba. Si cet argument semble valable pour le dédouaner du meurtre du Premier ministre Lumumba, il ne permet pourtant pas de rendre compte des affrontements qui opposent entre eux les acteurs engagés dans la lutte contre la THA au Congo ex-belge, et notamment les responsables de l'OMS.

Il est difficile de reconstituer le conflit entre le Dr. Candau, DG/OMS, et le Dr. Ansari, chef service des maladies transmissibles et parasitaires. Ce dernier semble reprocher au DG/OMS, de s'être personnellement impliqué dans cette question de la trypanosomiase au Congo. Il mentionne en effet que certaines des correspondances que Candau envoie aux responsables belges ou au DR/AFRO, en rapport avec cette question, sont directement saisies dans son bureau. Ce qui en principe semble inhabituel. Ansari note par exemple, le 15 août 1967 : « la lettre personnelle du Dr. Candau est tapée dans le bureau du DDG (sic) »[134]. Dans un second temps, s'affrontent responsables du siège et les responsables régionaux (AFRO). Dans une correspondance qu'il adresse à Quenum, le 19 juillet 1968, Dorolle, quoique avec un

[132] AOMS/GVA, « Lettre de Dorolle à Quenum », 24 juin 1968.
[133] Voir par exemple M. Guyard, « Les puissances occidentales et la crise congolaise ».
[134] AOMS/GVA, « Note d'Ansari », 15 août 1967, in WHO/OMS, Congo (K), AFRO 178.

ton habituellement amical - toutes ses lettres commençant presque toujours par « Mon cher ami » - essaie de mettre à nu le caractère parfois secret et mystérieux (non officiel) des négociations relatives à cette question de la THA au Congo. Dorolle écrit : « Dans cette affaire de la Trypanosomiase Congo Kinshasa, nous jouons à cache-cache et nos correspondances se croisent »[135]. Il poursuit : « un mot seulement pour mettre les choses au point. J'ai votre lettre du 12 juillet ; elle s'est croisée avec mes lettres du 11 juillet et du 17 juillet, que vous avez probablement maintenant…»[136]. Notons qu'aucune des correspondances en cause n'a pu être retrouvée, l'OMS détruisant assez régulièrement certains documents, les plus compromettants, nous semble-t-il. Toutefois, cet échange épistolaire entre hauts responsables de l'organisation laisse tout de même supposer une divergence d'opinion sur la question, qui est significative du caractère conflictuel que nous tentons de saisir, et dont l'*intentionnalité* permet de rendre compte.

De même, dans sa correspondance à Ansari, le 18 mars 1968, le Pr. Janssens fait allusion au fait qu'il « y aurait eu à Kinshasa quelques malencontreuses déclarations de la part de l'OMS, qui sont utilisées avec empressement par des opposants belges à ce projet de collaboration comme argument contre »[137]. L'incident lui a été rapporté par le Dr. Burke qui lui a fait part du fait qu'on veuille « le liquider, ainsi que ses hommes d'une façon inélégante »[138]. Ce que Janssens présente à Ansari comme une « tension existant chez nos courageux exécutants et collaborateurs »[139] permet en effet de dégager la dimension éminemment conflictuelle des rapports entre responsables de l'OMS au Congo, en relation avec le projet de lutte contre la THA. Pour Janssens, cette situation est issue des « manœuvres esquissées auprès des autorités congolaises »[140]. Une tension d'autant plus vive qui l'oblige à se rendre au Congo le 8 avril 1968. La même tension est rapportée par Ansari au Dr. Tross, représentant personnel du DG/OMS à Brazzaville, dans sa lettre "personnelle et confidentielle" du 26 mars 1968. N. Ansari souligne :

> *it is just to tell you in rather ambiguous words about a very complicated situation which I cannot assist very much without the decision of Dr. Candau and Dr. Quenum about Belgian assistance in the Congo and the probable transfer of their activities by a donation to WHO for the total operation of sleeping sickness control in that country*[141].

---

[135] AOMS/GVA, « Lettre de Dorolle à Quenum », 19 juillet 1968.
[136] *Ibid*.
[137] AOMS/GVA, « Lettre du Pr. Janssens au Dr. Ansari », 18 mars 1968.
[138] *Ibid*.
[139] *Ibid*.
[140] *Ibid*.
[141] AOMS/GVA, « Lettre d'Ansari à Candau », 26 mars 1968, in WHO/OMS, Congo (K), AFRO 178.

Ansari pense en effet qu'un certain nombre de personnes à Kinshasa créent la confusion dans l'esprit du Gouvernement congolais en relation avec ce projet. Il se garde cependant de donner plus de détails sur la réalité de la difficulté qui se pose. De même, Ansari insiste sur le caractère confidentiel de l'information qui fait l'objet de sa correspondance. C'est ainsi que le responsable de la division des maladies parasitaires et transmissibles conseille à Tross d'éviter tout commentaire sur la question et de n'en point parler avant la signature des conventions préliminaires y relatives, c'est-à-dire, les accords qui allaient engager l'OMS et la Belgique dans la réalisation de ce projet codifié "AFRO-178 Congo (K) ". Compte tenu de cette situation, on peut être amené à penser qu'une part d'acteurs, lésés dans ce projet, ait choisi de mettre à nu « ce qui se trame à Kinshasa », pour reprendre les mots de Janssens lui même[142].

En effet, le Dr. Burke qui travaille dans « l'assistance technique » en matière de lutte contre la THA au Congo, depuis 1964, comme expert belge et expert de l'OMS, est beaucoup plus proche du Pr. Janssens et du Dr. Ansari que le Dr. Siebert pourtant représentant résident de l'OMS à Kinshasa. Les relations complexes et particulièrement cordiales qui lient les trois premiers hommes sont incontestables car, les lettres d'Ansari à Burke transitent presque toujours par Anvers chez Janssens qui les lui transmet, et vice-versa. Se sentant sans doute exclus du jeu, Siebert aurait choisi d'adopter une attitude contraire à celle de départ, après les efforts consentis à convaincre le ministre Bakamuenza à solliciter l'appui de l'OMS dans la lutte contre la THA au Congo. C'est ce qui conduit Janssens à parler de « différence de climat entre l'OMS Genève et l'OMS Kinshasa »[143].

Par ailleurs, il se tient à Genève, en mars 1968, une réunion entre les autorités belges (Van Bilsen et Longerstaey) et les responsables de l'OMS (les Drs P. Dorolle, L. Bernard, N. Ansari et Bellerive). Cette réunion quasi coloniale rappelle en bien des égards « les conversations franco-belges » tenues à Bruxelles en mai 1947, et dont l'une des conséquences fut la création en 1948 du Bureau Permanent International de la Tsé-tsé et de la Trypanosomiase (BPITT). La rencontre de Genève de mars 1968, entre responsables de l'OMS et autorités belges, portait sur « l'internationalisation de la campagne contre la trypanosomiase en République démocratique du Congo ». Elle donne l'occasion aux parties prenantes de tabler sur « les obligations auxquelles l'Organisation mondiale de la Santé souscrirait si elle acceptait la responsabilité de la direction technique de cette campagne, comme le propose le Gouvernement

[142] AOMS/GVA, « Lettre du Pr. Janssens au Dr. Ansari », 18 mars 1968.
[143] *Ibid*.

belge »[144]. Un conflit survient cependant au cours de cette réunion, compte tenu de la proposition faite par l'administration belge de « concentrer son assistance à la République démocratique du Congo uniquement dans les grandes capitales provinciales »[145]. Comment interpréter cette focalisation belge sur les grandes métropoles, lorsqu'on sait que la mouche tsé-tsé fait ses victimes essentiellement dans les campagnes ?

Une telle focalisation des autorités belges sur les capitales provinciales ne manque pas de susciter l'inquiétude des responsables de l'OMS qui soulignent le risque qu'il y a de voir la lutte dans les zones rurales « être fort sérieusement compromise »[146]. Ils suggèrent alors que cette « offre faite par le Gouvernement de la Belgique [puisse] être attentivement étudiée, sans néanmoins sous-estimer les difficultés certaines qu'elle peut créer »[147]. Quoique conscients de ces difficultés et malgré leur divergence de point de vue, belges et responsables de l'organisation parviennent à un arrangement qui servira au mieux, leurs intérêts et les ambitions néo-coloniales du Gouvernement belge, comme nous le verrons dans le paragraphe suivant.

Une autre dimension du conflit à l'échelle internationale enfin est portée par la nécessité pour les occidentaux et notamment le Gouvernement belge, de maintenir au Congo, leurs représentants, ou du moins des « experts » intervenant dans le cadre du projet "d'assistance technique" mis en place par les NU. Le tableau suivant, extrait d'un article de Jacques Brassine de 1971, donne une idée plus ou moins précise de l'origine de cette inquiétude belge.

Tableau 10 : Effectifs belges des personnels techniques de santé publique au Congo entre 1961 et 1970

Secteurs de coopération	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970
Fonct. publ.	9	27	16	9	3	6	5	10	13	12
Sté publique	244	188	198	190	193	191	164	136	132	134
Educ. Nation.	822	1082	1197	1196	1174	1180	715	778	807	830
Mission belge de coopération	-	-	-	-	2	7	16	16	18	16

Source : J. Brassine, « La coopération technique entre la Belgique et le Congo - 1968 à 1970 (II), in *Courrier hebdomadaire du CRISP*, n°532, 1971/27, pp. 1-25.

[144] AOMS/GVA, « Note de Ansari et de Bellerive au Dr. Bernard, réf. T7/451/2 Congo (K) », 25 mars 1968.
[145] *Ibid*.
[146] *Ibid*.
[147] *Ibid*.

Pour pouvoir mener une étude des données de Brassine, nous avons extrait de son tableau les deux rubriques qui concentraient le moins de personnels « sous statut de coopération » (minima) et les deux rubriques qui engageaient le plus de personnels (maxima). On peut alors observer que les domaines de l'assistance technique belge au Congo qui emploient les plus forts taux de « techniciens » sont les secteurs sociaux de la santé et l'éducation[148] avec, cependant, une tendance à la régression du personnel sanitaire de l'ordre de 18% environ par an. On passe ainsi de 244 personnels en 1961 à 134 en 1970. Soit une diminution du personnel sanitaire de l'ordre de 50% environ, en 10 ans. C'est ce constat qui permettrait – en partie au moins – d'expliquer et de comprendre l'engouement du Gouvernement de Bruxelles à vouloir maintenir, au Congo, son personnel de santé.

La rupture des relations diplomatiques entre Kinshasa et Bruxelles avait en effet eu pour conséquences la diminution du nombre des personnels techniques de santé. Cette situation est à l'origine d'une opposition entre responsables de l'OMS et le Gouvernement de Bruxelles. La cause de cet affrontement était alors le maintien du personnel médical belge, dans les équipes mobiles travaillant sous le couvert de l'organisation. Pour résoudre ce problème des experts belges au Congo, Bruxelles dépêche à Genève, le 13 mars 1968, Michel Pochet, alors Directeur de l'administration à « l'Office de la Coopération au Développement »[149]. Le but de cette visite est un échange sur « l'internationalisation, sous l'égide de l'OMS, de la lutte contre la trypanosomiase en République démocratique du Congo »[150]. Entre autres sujets, au centre des échanges, se trouve la question de l'intégration dans les équipes de l'OMS, du personnel belge affecté à Kinshasa. L'auteur de la note anonyme mentionnée plus haut dit avoir rassuré Pochet, qu'il serait difficile d'absorber tout le personnel belge sur place au Congo, à la réalisation de ce projet, compte tenu du fait qu'il était en grande majorité constitué de techniciens sanitaires. Ce qui, en principe, ne correspond pas au profil recherché par l'organisation. La question résidait sur la possibilité, pour l'OMS, de garder en poste 11 fonctionnaires de même nationalité, dont trois médecins et huit techniciens, pour la THA seulement. Car, comme le souligne le Dr. Payne, le 24 avril 1968 :

> *it would be in the interest of the programm to keep the present staff in function but it would obviously be difficult for the Organization to absorb eleven staff members of the same*

[148] Ce qui peut prêter à équivoque, et interroger sur le bien-fondé des choix portés sur ces deux secteurs. La santé et l'éducation sont en effet deux domaines névralgiques du social, dont dépendent étroitement la souveraineté et le développement d'une Nation.
[149] AOMS/GVA, « Note de service anonyme, "confidentielle", et sans référence intitulée « Note pour le dossier ».
[150] *Ibid*.

nationality at one and the same time, with the added hurdle of the professionnal status of the technical agents[151].

Pour les responsables de l'OMS et sous réserve de l'acceptation des médecins belges comme experts de l'organisation, il n'était pas question de les conserver tous les trois au Congo. L'un, le chef d'équipe, allait y être retenu pour un temps, cependant que les deux autres allaient être transférés dans d'autres projets OMS inter-pays, et remplacés au Congo par des experts d'autres nationalités, suivant la procédure réglementaire[152]. Payne pensait que cette façon de faire allait assurer la protection des intérêts du projet, de même que ceux du peuple concerné, en même temps qu'elle allait maintenir les principes de la composition internationale des équipes affectées aux projets pays[153]. Pour l'administration belge, au contraire, elle penchait pour une augmentation de ses effectifs au Congo car, l'effectivité d'une action de lutte ne pouvait être assurée que si et seulement si les opérations étaient étendues dans toutes les zones d'endémicité et le nombre d'équipes mobiles sur le terrain doublé[154]. Cette situation au principe de vifs antagonismes entre belges et responsables de l'OMS allait devenir l'objet d'un enjeu crucial de cette campagne de lutte contre la THA au Congo. Le conflit que cette question du personnel belge engendre au "Congo ex-belge", suscite même des inquiétudes de la part des responsables de l'organisation, qui vont croire à un moment donné à l'éventualité de l'abandon du projet par la Belgique. L. Bernard manifeste cette crainte dans sa lettre à Payne, le 12 juin 1968, en ces termes : « *It is not sure (...) that the Government of Belgium would be in a position at the present political juncture in the country to pursue negociations on the proposed agreement* »[155].

2. Le compromis dans la lutte contre la THA au Congo ex-belge : un mode de promotion du libéralisme néo-colonial ?

Dans ce paragraphe, nous entendons à la lumière des conflits qui ont opposé les différents acteurs de la lutte contre la THA au Congo ex-belge, analyser les "arrangements intersubjectifs" auxquels ils sont parvenus[156]. C'est dans cette même logique que nous essayons

---

[151] AOMS/GVA, « Correspondance de Payne à Candau », 24 avril 1968.
[152] *Ibid*.
[153] *Ibid*.
[154] *Ibid*.
[155] AOMS/GVA, « Lettre "*strictly confidential*" de Bernard à Payne », du 12 juin 1968.
[156] Notre analyse s'inscrit dans la perspective de J. Ruggie qui montrait déjà comment "l'entente intersubjective" sur une économie mondiale « enchâssée dans le libéralisme » a guidé les actions des décideurs" au lendemain de la deuxième guerre mondiale. L'étude des accords intersubjectifs a permis en effet de relever que « l'échange

de saisir théoriquement ces « arrangements » comme des « éléments du calcul coûts-bénéfices des acteurs »[157]. La tournure conflictuelle des rapports entre experts et responsables de l'organisation donne parfois lieu à d'âpres négociations qui sortent généralement du cadre normatif et réglementaire fixé par les instances de coopération internationale. Les premiers "arrangements intersubjectifs" ont lieu dans le cadre du projet de lutte contre la THA entre les responsables de l'OMS et l'administration coloniale anglaise, un acteur clé de ce processus au Congo. Quant aux seconds, ils concernent les responsables de l'OMS et les autorités belges.

2.1. "Arrangements intersubjectifs" entre autorités britanniques et responsables de l'OMS

Rappelons avant tout le contexte qui justifie l'intervention de la Grande-Bretagne dans ce projet. L'OMS s'était assignée la mission de mener une enquête au Congo, en vue de s'assurer que l'inquiétude formulée par les experts belges était fondée, comme il a été souligné précédemment. L'organisation comptait, de ce fait, s'appuyer sur l'expertise anglaise du Dr. B. A. Newton qui travaillait depuis peu sur cette question, pour le compte du *Medical Reseach Council,* l'un des organes du *Ministry of Overseas Development* (MOD). C'est en effet au début des années 1960 que Newton, membre du département de biochimie (sous-département de microbiologie chimique) à l'université de Cambridge, reçoit du MOD la mission de se rendre au Congo, entre juin et juillet 1966. Pour l'expert britannique, le but officiel de cette mission est la collecte des données relatives aux souches de trypanosomes humains nouvellement découvertes. Pour Herbert Corby du MOD qui lui confie cette mission, l'un des enjeux réside plutôt dans la nécessaire utilisation des deux cuves d'azote d'une valeur de £122 acquises auprès de la Union Carbide Co[158], une multinationale étatsunienne faisant dans la fabrication et la distribution des produits chimiques. La mission financée par le MOD à hauteur de £755 échoue en raison surtout de la situation tendue qui prévaut au Congo. Newton n'a pu obtenir de visa. La difficulté, pour lui, de se rendre au Congo, en 1966, annule la mission qu'il devait y effectuer en juin de la même année.

---

symbolique repose (…) sur trois libertés virtuelles… : la transgression des conventions et des attentes, la possibilité de cacher ou de montrer ses états mentaux et enfin, la possibilité de métamorphoser ses représentations », comme le montre A. Petitat. Voir à ce sujet, A. Petitat, « Échange symbolique et historicité », in *Sociologie et sociétés*, Vol. 31, n°1, printemps 1999, pp. 93-101.

[157] A. Klotz, C. Lynch, « Le constructivisme », p. 54.

[158] AOMS/GVA, « Correspondance n° RE260/37/01 du 22 novembre 1966, in WHO/OMS, AFRO 2301. *Trypanosomiasis advisory services Congo (K)*.

Newton compte en effet parmi les experts mondiaux de la trypanosomiase les plus influents de sa génération. Participant aux conférences internationales sur la question, il est l'un des rares à s'être intéressé à l'étude de nouvelles souches isolées de trypanosomes humains. L'OMS s'appuie généralement sur des personnes aux compétences scientifiques avérées pour la réalisation de ses missions. Newton fait partie de ceux-là et fait désormais l'objet d'une convoitise de la part des autorités sanitaires internationales. La proposition lui est faite d'intégrer l'OMS en tant qu'expert. Seulement, son intégration fait face à un certain nombre de difficultés. Il vient d'accepter la subvention du MOD finançant sa visite au Congo[159]. C'est au cours d'un séminaire sur la maladie du sommeil, tenu à Londres, en septembre 1966, qu'il discute avec le Dr. K. C. Willett, à propos des problèmes imprévus intervenus en rapport avec sa possible intégration dans l'organisation comme expert. Il s'avère en effet que Newton ne put accepter cette intégration comme expert de l'organisation car, elle aurait entraîné une « *infringement of protocol* »[160] qui mettrait sans doute en conflit l'OMS et les autorités de Londres.

La mission de Newton est capitale, pour le MOD, et Corby insiste, dans sa correspondance à l'expert, sur l'incident que poserait son annulation. Toutefois, pour convaincre Newton à accepter la mission comme expert de l'OMS, le Dr. Willett, alors Chef service de la division des maladies transmissibles et parasitaires avant Ansari, lui propose une contrepartie. En dehors de tout autre avantage que pourrait lui conférer la réalisation de cette mission, Newton allait obtenir plus facilement le visa qui avait été à la base de l'échec du projet en cause, en juin 1966[161]. Newton accepte finalement l'offre qui lui avait été faite par Willett, mais à la condition d'une consultation préalable par l'OMS du MOD. Les négociations entamées sont significatives des « arrangements intersubjectifs », qui vont être à l'origine de l'envoie de Newton comme expert au Congo. Ces négociations se poursuivent lorsque le Dr. Willett, récemment affecté au Kenya, est remplacé à la tête de la division par le Dr. Ansari. Celui-ci garantit à Newton en plus, la collaboration du Dr. Burke, expert belge proche de Janssens et impliqué dans le dossier de la THA au Congo, comme nous l'avons souligné plus haut. C'est ainsi qu'Ansari note :

> *... collecting the straims will not be easy without the help of the local mobile trypanosomisis team. In this respect, we will do our best to ensure the collaboration of Dr. J. Burke, who speaks very good english and who is conducting diagnostic survey and treatment. Without*

[159] AOMS/GVA, « Correspondance du Dr. Newton au Dr. Willett », 6 décembre 1966.
[160] *Ibid*.
[161] AOMS/GVA, « Correspondance de Willett à Newton du 23 janvier 1967, réf. AFRO-178 Congo (K) ».

> *this collaboration, I think you whould have considerable difficulty in achiving the aim of your visit*[162].

La requête faite auprès de Burke par Ansari reçoit une réponse favorable. Il écrit à Ansari : « *[I] will do my best to arrange collaboration between our Mobile Units and the proposed WHO team* »[163]. Le consensus auxquels parviennent ces agents aboutit à la réalisation de la mission Newton au Congo en 1971.

2.2. "Arrangements intersubjectifs" entre autorités belges et responsables de l'OMS

Pour ce qui est des ententes entre autorités belges et responsables de l'OMS, elles semblent avoir eu plus d'impact sur le processus de lutte contre la THA dans ce territoire[164]. C'est en effet ici qu'il est possible de mieux expliquer et comprendre, la capacité des « arrangements » à pouvoir au-delà de la norme, ""encadrer" et "rendre possibles les comportements"[165]. La chance de la réussite du projet "AFRO-178 Congo (K) " réside, nous l'avons vu, dans l'envoi de nouveaux experts dans le pays. Elle dépend aussi du maintien de l'équipe belge travaillant déjà sur place. Cette question du maintien du personnel belge au Congo est d'autant plus cruciale et épineuse que dans sa correspondance au Dr. Payne le 31 mai 1968, Candau souligne :

> *The placement of the eight technical agents is more difficult ; but I believe that their appointment as agents could be a solution at least for the time being. However, we should not disregard the possibility of employing some of them as sanitarians as WHO has done on other occasions previously*[166].

L'attitude de Candau donne à voir comment se fait le changement des règles et des normes "constitutives de l'interaction internationale"[167]. Un changement dicté par les intérêts en jeu, et qui a pour conséquence évidente, celui de "la politique mondiale"[168]. La question du maintien du personnel belge au Congo n'était en effet pas nouvelle. Elle intervient surtout, non

---

[162] AOMS/GVA, « Correspondance de Ansari à Newton, du 8 mars 1967 ».
[163] AOMS/GVA, « Lettre de Burke à Ansari du 27 avril 1967, réf. T7/451/2 Congo (K) ».
[164] L'autre moment des « arrangements intersubjectifs » qu'il aurait été intéressant d'analyser est celui ayant fait l'objet de négociations entre le Président Mobutu et le Prince Stéphane d'Arenberg en vue d'écarter le risque d'une intervention de l'OMS dans le projet de lutte contre la THA au Congo. Les données actuellement collectées ne nous permettent pas d'aborder cet aspect. Il constitue alors un point qu'il conviendrait de développer dans le cadre des travaux futurs notamment par le biais d'une recherche approfondie dans les archives belges et congolaises.
[165] A. Klotz, C. Lynch, « Le constructivisme », p. 54.
[166] Lettre de Candau au Dr. Payne du 31 mai 1968.
[167] R. Koslowski, F. Kratochwil, « Understanding change in international politics: the Soviet Empire's demise and the international system », *International Organization* 48, printemps 1994, pp. 222-223. Voir aussi A. Klotz, C. Lynch, « Le constructivisme », p. 54.
[168] A. Klotz, C. Lynch, « Le constructivisme », p. 54.

pas pour résoudre le problème supposé posé par la THA, mais bien, pour contrer l'avancée sur le terrain des "puissances" occidentales, et notamment des mercenaires français.

Les autorités de Paris allaient en effet prendre une part importante dans « l'assistance technique » des NU au Congo. C'est ainsi qu'en 1960, elles proposent à l'OMS, en guise de contribution à cette « assistance » quatre « équipes mobiles d'hygiène », qu'elle évalue à 168 294 nouveaux francs, soit $ 34 346[169]. Il convient avant tout de rappeler le contexte dans lequel se font ces contributions surtout des États occidentaux membres de l'OMS, à « l'assistance technique » des NU au Congo. C'est effet en août 1960 que le Conseil Exécutif (CE) de l'OMS se prononce sur la création d'un « compte spécial de l'assistance au Congo ex-belge ». Il est alors décidé par le CE de donner pouvoir au médecin français, le Dr. E. J. Y. Aujaleu, alors Président dudit Conseil, d'accepter toutes contributions audit compte. C'est en respect de cette disposition que l'OMS est saisie par le Quai d'Orsay, le 10 octobre 1960. Paris lui propose alors, pour une durée de 6 moins renouvelables, sa "contribution volontaire", au « compte de l'assistance au Congo ex-belge"[170]. Ladite contribution est validée par Aujaleu, le 24 octobre de la même année. Le Gouvernement français dépêche alors au Congo ses quatre équipes constituées essentiellement d'hommes de terrain, tous des militaires.

La première équipe est placée sous le commandement du médecin-capitaine Lartigue et du sergent-chef Parent, affectés à Coquilhatville[171]. Sont affectés à Bukavu, le médecin-capitaine Devillier et le sergent-chef Marque ; à Stanleyville, le médecin-capitaine Varieras et le sergent-chef Bruneau, cependant qu'à Lualuabourg se retrouvent en poste le médecin-capitaine Dufour que seconde le sergent-chef Grinan. Au terme de leur mission, les responsables de ces équipes devaient, en principe, solliciter le prolongement de leur détachement au Congo. Le refus de trois des responsables[172] d'équipes à demander ce prolongement entraîne de la part du médecin général, l'inspecteur des services de santé des troupes d'Outre-Mer, le Dr. Le Rouzic, une vive inquiétude. Celle-ci le conduit à recourir à l'intervention du DG adjoint de l'OMS, le Dr. P. Dorolle. Le but de cette sollicitation était de faire pression sur ces équipes, en vue de « l'établissement des demandes de prolongations et de leur transmission »[173]. Un avantage qu'il aurait probablement obtenu. Outre l'envoi de ces

---

[169] AOMS/GVA, WHO/OMS (microfiche), *Special account for the Congo-France* F4/180/10 France.
[170] AOMS/GVA, « Lettre du service français de coopération technique internationale au Dr. Candau », 10 octobre 1960, in WHO/OMS (microfiche), *Special account for the Congo-France* F4/180/10 France.
[171] Devenue en 1966 Mbandaka, la ville est une importante étape sur le fleuve entre Kinshasa et Kisangani.
[172] Seul Lartigue avait manifesté le désir de prolonger son détachement au Congo.
[173] AOMS/GVA, « Lettre de Le Rouzic à Dorolle », 17 janvier 1961, in WHO/OMS (microfiche), *Special account for the Congo-France* F4/180/10 France.

équipes sur le terrain, l'administration coloniale française intervient aussi au Congo dans la « formation universitaire complémentaire d'assistants médicaux du Congo ex-belge ». Cette autre intervention fait suite à une sollicitation du DG/OMS, le Dr. Candau auprès du au Quai d'Orsay, le 23 août 1960, de donner

> aux assistants médicaux diplômés du Congo l'équivalence du baccalauréat du PCB et de douze inscriptions (3 année) (sic) de médecine, en vue de l'obtention du diplôme de docteur d'université, mention médecine, sous réserve qu'ils subissent avant de passer les exams cliniques un examen de culture générale qui justifierait de l'équivalence au baccalauréat[174].

En réponse à cette requête de Candau, une promotion de 60 congolais baptisés « boursiers de l'Organisation mondiale de la Santé », dont le niveau d'étude était celui du B.E.P.C. français de l'époque, est reçue et placée dans les Facultés de Lyon (treize au total). Treize autres sont reçus à Bordeaux, treize à Montpellier, onze à Nantes et les dix autres à Rennes[175] (voir annexe 3). Les autorités françaises en avaient conscience, « il est probable que les facilités demandées par l'O.M.S. en faveur de ces étudiants poseront certains problèmes d'ordre universitaire, notamment celui de l'équivalence des diplômes »[176]. Toutefois,

> […] en raison de l'intérêt politique d'un tel projet, il serait souhaitable que les problèmes de ce genre soient rapidement résolus. En effet, les efforts qui sont actuellement faits sur le plan international pour venir en aide au Congo doivent laisser intacte, voire même renforcer l'implantation de la langue française. Or, l'intention exprimée par l'O.M.S. d'envoyer en France les "assistants médicaux" congolais est une chance que nous ne devons pas laisser échapper.
>
> Sur le plan général, il importe encore plus que l'O.M.S. ne se laisse pas devancer par une initiative soviétique, qui peut intervenir d'un jour à l'autre, car l'U.R.S.S. dispose en permanence de tous les moyens nécessaires pour mener à bien une opération de cette nature dans des conditions que l'occident serait probablement incapable d'offrir[177].

Si l'argument du renforcement de l'implantation de la « langue française » au Congo belge semble pertinent pour justifier l'accueil des « assistants médicaux » congolais en France, celui de la crainte de voir l'URSS les « devancer » sur ce terrain nous paraît plus évident. Il n'y a d'ailleurs pas qu'en URSS que les étudiants congolais sont reçus. Nombreux sont formés dans la même période à Pékin, à La Havane, ou dans l'ensemble des pays soviétiques, "fidèles" alliés

---

[174] ADP, « Lettre de Candau au ministre des affaires étrangères, réf. G 1/180/11 Congo », 23 août 1960, in MAE/DAP, Boursiers africains en France, 517INVA/826 NUOI août 1960-juin 1965, S50. 3. 4. G6.

[175] Il serait tout à fait intéressant, dans une recherche plus approfondie, d'analyser les problèmes auxquels va être confronté cette première vague d'« assistants médicaux congolais » aussi bien en France, qu'une fois de retour au Congo. Ceux-ci sont liés à leur logement, leur rejet dans tel ou tel autre institution, leur encadrement, celui de l'assurance, ou du refus de reconnaître l'équivalence de leurs diplômes, etc. Un domaine assez vaste qui nous éloignerait de l'objectif poursuivi par ce chapitre, si on s'y étalait plus longuement.

[176] ADP, « Admission d'assistants médicaux congolais dans les facultés de médecine française », lettre de J. Wolfrom (ministre des affaires étrangères) au ministre de l'éducation nationale, 25 août 1960, in MAE/DAP, Boursiers africains en France, 517INVA/826 NUOI août 1960-juin 1965, S50. 3. 4. G6.

[177] *Ibid*.

de Moscou. L'attitude des responsables de l'OMS, en interaction avec l'administration française, vise en effet à constituer un contrepoids à la formation des personnels médico-sanitaires dans les pays alliés. Le gouvernement suisse contribue lui aussi à cette « assistance technique au Congo », par le payement de la moitié de la bourse octroyée par l'OMS à quatre étudiants congolais. Ce sont : Frédéric Izzia, Pie Kandjingu, Bangudi Nsunda et Stéphane Kabasele admis à la Faculté de médecine de l'université de Genève en 1961.

Sur instructions de Max Petitpierre[178] – conseiller fédéral et chef du département suisse de politique fédérale –, Hans Keller, alors Chef de service de l'assistance technique du département politique fédéral[179], met à la disposition du « compte spécial pour l'assistance technique au Congo ex-belge, une somme de CHF 25 259 (soit $ 5874) des CHF 50 518 que devait payer l'OMS[180]. Si cette immixtion coloniale du Gouvernement suisse en Afrique – et, notamment, au Congo – sous la bannière de « l'assistance technique » semble ne pas déranger les autorités belges, c'est de toute évidence celle de l'administration française, son alliée mais rivale de toujours sur le terrain de la colonisation qui pose le plus de problème. L'hostilité des médecins belges de l'assistance au Congo à leurs homologues français est manifeste. Elle fait l'objet d'une correspondance du médecin français, le Dr. Aujoulat à Biran, Directeur des affaires politiques chargé des relations avec les OI, le 11 juin 1965. Aujoulat écrit :

> […] j'ai pris, à l'occasion de l'Assemblée Mondiale de la Santé, des contacts officieux avec les membres de la délégation belge, les Docteurs Gossens et Kimitz ; le premier très compréhensif et dont les opinions reflètent l'optique de Bruxelles ; le deuxième traduit l'opinion des médecins belges de l'assistance médicale au Congo et reste très hostile au développement d'une assistance médicale française. Il reste convaincu que celle-ci n'a d'autre objet que de supplanter les médecins belges, avec les médecins congolais formés en France comme point d'appui[181].

Cette hostilité d'une certaine opinion belge est d'autant plus vive qu'elle prend les allures d'agressions verbales, comme le rapporte Aujoulat à qui Kimitz aurait demandé : « Pourquoi ne pas s'en tenir à la solution la plus simple ; vous nous laisseriez chez nous et vous resteriez chez vous ? »[182]. Aujoulat dit avoir répondu « qu'il ne fallait plus parler en Afrique de "chez nous" et de "chez vous" et qu'il y avait intérêt à harmoniser nos deux coopérations, celle

[178] Il était représenté à l'OMS lors des discussions préalables qui eurent lieu, par le Dr. Claude Petitpierre.
[179] Ancienne appellation du département fédéral des affaires étrangères.
[180] AOMS/GVA, WHO/OMS (microfiche), *Special account for the Congo-Swit* F4/180/10 Switzerland.
[181] ADP, MAE/DAP, « Lettre de L. P. Aujoulat à M. De Biran, du 11 juin 1965 », octobre 1960-juin 1965, S50. 3. 4. G6.
[182] *Ibid*.

de la France dans les anciens territoires belges voulant demeurer : complémentaire, sélective et limitée »[183].

Cette question du nécessaire maintien de ce personnel belge au Congo et les conflits qu'elle engendre, à l'heure même où le débat autour de décolonisation bat son plein n'invite-t-il pas à la réflexion ? Une décolonisation qui aura été à l'origine des antagonismes politiques les plus sanglants d'Afrique sub-saharienne du début des années 1960. Et ces antagonismes, les autorités de Bruxelles ont su en tirer parti pour solutionner leurs problèmes aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur car,

> *the reluctance of the Belgian Governement to proceed with the negociations would seem, therefore, to stem both from the internal political situation in belgium and from the difficulties it apprehends in its bilateral relationship with the congolese Government »*[184].

Cette bataille menée par le Gouvernement belge ne pouvait en réalité être gagnée que par le truchement des OI, comme l'OMS au sein de laquelle il allait trouver un nécessaire allié. Il peut apparaître évident aujourd'hui que la situation politique en RDC n'était pas favorable à la poursuite de ces activités de lutte contre la THA. Pour parvenir à la poursuite de son intervention au Congo à un moment où elle était minorée dans tous les secteurs de la vie économique et sociale de son ancienne colonie, l'administration belge allait tout mettre en œuvre. Elle multiplie ainsi contacts et réunions aussi bien au siège à Genève qu'à Anvers, Brazzaville ou à Kinshasa. Ces rencontres sont en effet de véritables lieux de négociations dans lesquels les acteurs parviennent presque toujours à des *arrangements*.

C'est par exemple entre Anvers, Genève, Cambridge et Kinshasa que furent négociés les termes d'une collaboration entre Burke et Newton[185]. Aussi, la nécessité d'étudier les possibilités « *to transfer to WHO the technical assistance funds budgeted for the Congo, and to negotiate an appropriate type of agreement between WHO, the Belgian Government and the Government of the Democratic Republic of Congo for trypanosiamiasis control operations* », donne lieu à la tenue d'une réunion d'urgence à Genève, le 8 janvier 1968. Étaient présents à cette réunion : Van Bilsen, Sous-secrétaire belge des affaires étrangères, Longerstaey, Représentant permanent de Belgique à Genève, Janssens, Directeur de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers, Dorolle (DG/OMS adjoint), Bernard (ADG), Bellerive (Directeur de la coordination), et Ansari (Directeur de la division maladies parasitaires).

---

[183] *Ibid*.
[184] AOMS/GVA, « Lettre de Bernard à Payne », 12 juin 1968, in WHO/OMS, Congo (K), AFRO 178.
[185] Voir AOMS/GVA, « Lettre de Burke à Ansari », 17 avril 1967, réf. T7/451/2 Congo (K) ; voir aussi la « Lettre d'Ansari à Burke », 24 avril 1967, réf. T7/451°2 Congo (K).

Cette rencontre du 8 janvier qui, comme le précise Ansari, consiste à « fixer les idées » relatives à l'intervention de la Belgique dans la lutte contre la THA au Congo, a été capitale. Elle débouche sur l'adoption d'un avant-projet de convention préalablement conçu par Janssens, Burke et Ansari. Ledit avant-projet définit les « obligations principales du Gouvernement belge et de l'OMS, pour servir de base aux négociations ultérieures… »[186]. Elle voit aussi l'adoption d'un nombre important de recommandations liées à « internationalisation de la campagne » de lutte contre la THA. Il s'agit notamment de la nécessaire approbation de cet avant-projet par le DG/OMS et le DR/AFRO. Il avait été convenu à la base que ladite convention ne devait en rien être un accord tripartite. Et le service juridique de l'OMS était formel à ce propos. Il précise d'ailleurs :

> *a tripartite agreement would not appear to be suitable where one governement is donor and the other a recipient. Separate WHO-Belgian Government and WHO-Congolese Government agreements could be envisaged, provided that these were negotiated simultaneously and the recipient government placed in the position to accept the modus operandi*[187].

Une situation qui tend à mettre à nu, les implications des « aides publiques et/ou privées au développement », et les contraintes auxquelles peuvent être soumis les États bénéficaires. Il s'agit là d'un des principes qui structurent au moins de manière générale, l'économie politique contemporaine, constitutive du modèle « d'aide liée ». À la question de savoir qui et comment se fabriquent les politiques sanitaires en Afrique, l'illustration précédente semble donner quelques pistes de réponse, sans pour autant nier la responsabilité des élites nationales dans ce processus. Les pays de la sous-région africaine, sans tout à fait être des *policy makers*, se trouvent parfois être dans la position des États, qui de par leurs marges de manœuvres minces, semblent totalement assumer des choix politiques dictés par les acteurs d'une assistance technique généralement « liée ». Ils se contentent alors, malgré les tentatives de résistances de certains, « *to accept the modus operandi* », qui servent au mieux leurs intérêts personnels au détriment de ceux des communautés locales.

Face à la proposition des responsables du service juridique de l'OMS à Genève, la réaction du DR/AFRO, semble plus respectueuse des procédures. Quenum suggère dans sa lettre du 2 février à Candau qu'« il ne saurait être question, pour des raisons politiques évidentes et aussi constitutionnelles, de signer une convention avec la Belgique à propos d'un projet qui

---

[186] AOMS/GVA, « Mémorandum d'Ansari au Dr. Candau », 24 janvier 1968, réf. T7/451/2 Congo (K).
[187] *Ibid.*

doit se dérouler au Congo »[188]. Sans fondamentalement s'opposer à la contribution belge, Quenum se positionne en faveur d'une « assistance sous forme de projet Congo-Kinshasa »[189]. C'est-à-dire que ce projet coordonné par l'OMS puisse bénéficier de l'apport supplémentaire de fonds belges mis à disposition de l'organisation, « suivant les règles administratives en vigueur »[190]. La question de la convention continue cependant à diviser les autorités belges, les responsables de l'OMS de Genève et ceux de Brazzaville.

Le 18 mars 1968, par exemple, Janssens saisit Ansari par une correspondance dans laquelle il l'invite à passer à Anvers dans le cadre d'une réunion tenue en présence du représentant de l'Institut de Médecine Tropicale Prince Léopold au Congo, le Dr. Schyns. Cette autre concertation avait pour but de régler la question de l'affrontement au Congo entre Burke et Siebert. Ce que Janssens a appelé plus haut la différence « de climat entre OMS Genève et OMS Kinshasa ». La rencontre du 25 mars 1968 à Genève réunit Van Bilsen, Longerstaey (représentant permanent de la Belgique auprès des Nations Unies), les Drs Dorolle et Bernard, Ansari et Bellerive.

Outre la question de « l'internationalisation de la campagne contre la trypanosomiase en République démocratique du Congo » qui est abordée, il est surtout question d'étudier les modalités de financement par la Belgique de ce projet. Les autorités belges proposent alors une contribution de $ 300 000 à $ 700 000 par an, sur une durée de 5 ans. La contrepartie était, comme nous l'avons dit plus haut, le maintien du personnel belge au Congo. C'est pourquoi, Candau trouve « difficile » de retenir dans l'organisation, les huit membres du personnel belge ne répondant pas aux critères de recrutement des experts OMS[191]. Face à la réticence du DG/OMS, l'administration belge suggère même de doubler cette contribution, sous réserve que soit acceptée sa proposition. L'OMS allait accepter cette "aide" belge, lors de la réunion tenue à Genève, le 19 juin 1968, et à laquelle prennent part Ansari, H. F. Cummings, et M. Siegel. Les différentes parties représentées s'accordent que le financement belge soit considéré comme « *a contribution to the Voluntary Fund for Health Promotion* », et que le personnel « *had no problem in appointing the three medical officiers as WHO staff members and treating the eight technicians as "agents"* »[192]. Outre ces mesures "arrangeantes" qui permettent de mettre en exergue les relations qui lient les normes internationales en matière de recrutement du personnel

[188] AOMS/GVA, « Lettre de Quenum à Candau », 2 février 1968.
[189] *Ibid*.
[190] *Ibid*.
[191] AOMS/GVA, « Lettre de Candau à Payne », 31 mai 1968.
[192] AOMS/GVA, « Lettre de H. F. Cummings, à Milton Siegel, réf. Budget 1.1. », 20 juin 1968.

et les intérêts, il est aussi décidé du recrutement des épidémiologistes et des entomologistes à affecter à l'étude de la situation de la THA en RDC. Par ailleurs, le groupe suggère aussi que la contribution du gouvernement de Bruxelles soit payée en franc belge, et que soit évalué le coût du projet, de même que les conditions dans lesquelles le personnel belge serait affecté au Congo. Et enfin, que ce serait sous forme bilatérale qu'allait être entrepris le plan d'opération, entre l'OMS et la RDC[193].

La conséquence logique de ces accords est la mise en œuvre d'un programme, sinon parallèle, du moins concurrentiel de lutte contre la THA au Congo. L'implémentation de ce programme à côté de celui du Président Mobutu et de son allié, le Prince Stéphane d'Arenberg, vient remettre en cause - sans le nier pour autant - « la souveraineté » des États, comme « principe permanent des relations internationales », ou du moins, les « fondements mêmes de l'universalisme réaliste »[194]. Elle soulève aussi l'épineuse question de la permanence en Afrique d'un colonialisme médico-sanitaire au service du maintien du prestige colonial et du capitalisme industriel occidental. Une situation qui fragilise en grande partie au moins, la cohésion des sociétés concernées. C'est ainsi par exemple que pour atteindre leur objectif, les responsables de l'OMS vont se servir d'un instrument qui apparaissait encore à leurs yeux, comme valable : la demande adressée par le ministre T. Bakamuenza au DR/AFRO, le 15 décembre 1967. En rapport avec cette demande, le Dr. Bernard recommande alors à Payne, de

> *suggest to RD/AFRO that, in answer to the request for assistance he has received from the Government of the Congo, Kinshasa, a WHO mission be sent on the spot assess the situation and draw up, in accord with the Government, a general plan of action for WHO's assistance. This plan could be based on the budgetary ressources which AFRO would consider allocating from the Regional budget and on an estimated contribution from the Belgian Government of $300.000. This exercise would, inter alia, meet the important point made by Mr. Siegel that the use of the Belgian contribution should be defined, not on the basis of the bilatéral assistance provided so far, but according to WHO's plans for the future*[195].

En choisissant d'ignorer la réaction du Président Mobutu face à l'attitude du ministre Bakamuenza, en rapport avec cette demande d'assistance, le Dr. Bernard entend rester dans la logique de la sauvegarde des intérêts en jeu, en se servant au mieux de toutes les opportunités qui s'offrent. Une telle manœuvre est bien risquée. L'OMS en a conscience. C'est pourquoi, Lucien Bernard suggère que « *to ensure the necessary liason and technical expertise, it would*

---

[193] *Ibid*.
[194] Voir C. Reus-Smit, « The constitutional structure of international society and the nature of fundamental institutions », in International Organization, Vol. 51, n°4, 1997, pp. 555-589.
Elle permet de dépasser la norme comme seul élément de la régulation et de la saisir plutôt comme "éléments du calcul coûts-bénéfices des acteurs". Voir à cet effet A. Klotz, C. Lynch, « Le constructivisme », p. 54.
[195] AOMS/GVA, « Lettre de Bernard à Payne, 12 juin 1968 », in WHO/OMS, Congo (K), AFRO 178.

be desirable, in my view, that Headquarters (Dr. Ansari) be associated with the WHO mission suggested »[196]. La présence d'un responsable de l'organisation de ce calibre (Ansari), allait créer l'illusion de l'urgence et surtout, la nécessité d'une intrusion belge *via* l'OMS, dans le champ politico-sanitaire d'un Congo pourtant "indépendant".

À la suite des accords entre l'OMS et les autorités de Bruxelles, le personnel médical belge affecté à la lutte contre la THA passe en 1969, à 19 équipes mobiles au total, réparties dans sept provinces. Cette répartition est rendue possible avec la création de nouvelles unités mobiles pour les foyers de Maniéma, du Nord-Katanga, du Lac Léopold II et de l'Ubangi[197]. Ces équipes y interviennent surtout, avec l'appui logistique du FOMETRO, en grande partie financé par le gouvernement belge[198]. Le Dr. Burke, alors Chef secteur médical de coopération belge et expert de l'OMS, est nommé « Directeur du Bureau Central de la trypanosomiase », par les autorités de Kinshasa.

Conclusion

Il s'agissait pour nous, dans ce chapitre, d'analyser le rôle des responsables de l'OMS, qui en constante interconnexion avec le colonat belge et le Gouvernement congolais, vont redonner sens aux principes libéraux qui fondèrent les premières OI de santé. Pour y parvenir, nous sommes partis du constat d'une quasi-éradication annoncée de la THA vers la fin des années 1950, afin de voir comment cette maladie re-devient à l'initiative du Gouvernement belge, une « cause sociale » justiciable d'une « intervention protectrice », mieux, l'objet d'une cristallisation de la part des "puissances" occidentales et de l'OMS. Cette démarche nous a permis de saisir cette "attention" accordée à la THA au lendemain de l'indépendance congolaise de 1960, comme un processus éminemment conflictuel, au principe d'âpres négociations et arrangements au service des intérêts des anciens colons et notamment des autorités belges. C'est en effet, Bruxelles qui, en voyant son contrôle sur le Congo lui échapper, va susciter "l'inquiétude" en évoquant l'hypothèse d'une résurgence épidémiologique de la THA. Probabilité que va également confirmer une certaine expertise occidentale. Le Gouvernement belge va recourir au nécessaire soutien de l'organisation, pour le maintien de ces équipes mobiles sur le terrain. Disposée à faire passer du simple au double, sa stratégique contribution

[196] *Ibid*.
[197] J. Brassine, « La coopération technique entre la Belgique et le Congo », p. 8.
[198] *Ibid*.

à l'OMS, dont l'intervention est contestée aussi bien par la nouvelle administration en place que par le Prince d'Arenberg. Convaincue de la difficulté de maintenir l'administration belge comme unique partenaire, l'organisation crée un programme parallèle de lutte contre la THA, à côté de celui que le Président Mobutu avait mis en place avec la collaboration du Prince belge.

Il ressort de cette confrontation que le Congo est l'un des pays qui va cristalliser l'attention d'une dizaine de pays occidentaux au lendemain des indépendances de 1960. Il est le prototype même des États d'Afrique centrale, au travers desquels on peut le mieux saisir l'un des enjeux qui justifient les actions des OI, comme l'OMS, dans la sous-région méso africaine. Cette analyse permet enfin de mettre à nu les ressorts d'une collaboration non dépouillée des présupposés colonialistes, qui structurèrent les premières OI de santé (OIHP/OHSDN), et donnèrent leur essence à l'OMS qui vit le jour, en 1948. Une organisation dont le processus de régionalisation aura nécessairement tenu compte des intérêts de chacune des "puissances" occidentales représentées et, surtout, de ceux des administrations coloniales (voir Chap. II). On n'est donc pas loin des années 1920 où la "mise en valeur des colonies" avait justifié la « prise en compte » des territoires d'Afrique dans les premières OI de santé (cf. Chap. I). C'est en tout la logique d'une histoire longue, partagée entre des ruptures et des survivances, qui donnent sens aujourd'hui encore aux actions des OI dans le continent. La fin de la guerre froide, dans les années 1980, constamment mobilisée comme prétexte, n'aura donc pas sonné le glas des batailles occidentales pour leurs intérêts en Afrique, sur les arènes de la « coopération sanitaire internationale ». Le chapitre suivant essaie, à sa manière, de mettre en valeur les jeux, enjeux, et difficultés de mise en œuvre des politiques de développement sanitaire en Afrique centrale, à partir de l'étude du cas de la lutte contre le paludisme.

Chapitre VI : De la mise en œuvre des politiques sanitaires de l'OMS en Afrique centrale : cas de la lutte contre le paludisme (1950-2000)

C'est dans un journal télévisé à France 2 (un média français), le 5 novembre 1998, que Gro H. Brundtland, Directrice Générale de l'OMS (DG/OMS), lance une nouvelle campagne de lutte contre le paludisme[1]. Elle annonce au passage que le paludisme demeure une "urgence planétaire". Les chiffres annoncés par la Directrice de cette instance internationale parlent d'eux-mêmes : entre 1,7 et 2,7 millions de personnes, dont la moitié des enfants de moins de 5 ans, meurent chaque année, pendant que 300 à 500 millions d'autres sont nouvellement infectées. Face à la gravité de la situation, l'appel de Brundtland trouve un écho favorable auprès de la "communauté internationale" qui se mobilise. Des OI du système des NU aux organisations humanitaires, en passant par les ONG, les associations de la société civile et religieuses, le paludisme suscite intérêts et passions divers. Il occupe aussi une place de choix au sein des débats actuels des milieux associatifs et scientifiques, comme c'était déjà le cas dans les années 1920, au début de la lutte internationale contre cette affection. Elle est reconnue aujourd'hui comme "endémie n°1" dans toutes les zones tropicales, notamment, en Afrique centrale, où on enregistre ses "plus forts" taux de mortalité, de morbidité et de létalité. Ce qui justifie le choix que nous avons voulu lui accorder dans cette thèse.

Du latin *palus, paludis* (marais), le paludisme est une maladie parasitaire causée par un protozoaire parasite du sang, le *plasmodium sp* (ou *hématozoaire de Laveran*), dont il existe quatre types pathogènes, pour l'homme : *P. falciparum*[2]*, P. ovale, P. vivax et P. malariae*. Elle se transmet par la piqûre d'un moustique appelé Anophèle femelle. La maladie se manifeste par des accès de fièvre intermittente, suivant un rythme caractéristique (fièvre tierce ou fièvre quarte), céphalées, poly-arthralgies et altération de l'état général. Il s'agit de l'une des affections les plus vieilles au monde. Les premières campagnes de lutte contre la malaria ont consisté en l'application des méthodes prophylactiques essentiellement locales, ayant presque toujours reposé sur la lutte contre les moustiques par la destruction des niches parasitaires et la promotion de l'utilisation des moustiquaires utilisés pour la première fois par les Egyptiens. C'est plus tard que naissent les premiers insecticides, comme le DDT (dichloro-diphenyl-

[1] Ladite campagne devait reposer sur le développement de l'accès aux médicaments, l'assainissement des marécages et le développement d'un vaccin.
[2] Seule espèce responsable des formes mortelles du paludisme.

trichloroethane) ou la DLD (dieldrine), utilisés jusqu'à leur interdiction, au début des années 1970, dans les zones de forte endémicité ou identifiées comme telles.

Le traitement curatif de cette affection, pour sa part, ne débute en occident que vers le XVI[e] siècle, avec la "découverte", au Pérou, de l'écorce de quinquina. La mise au point de la quinine à base de cette écorce ouvre la voie à de nouveaux traitements et prophylaxies. Les campagnes internationales de lutte contre le paludisme commencent avec la naissance de l'OHSDN, en 1923. Ces campagnes internationales sont toutefois interrompues par la Seconde Guerre mondiale. Elles reprennent à la fin des années 1940, avec la naissance de l'*United Nations Relief and Rehabilitation Administration* (UNRRA) et plus tard, en 1948, de l'OMS. Jusqu'à la fin des années 1960, le paludisme était encore un problème de santé publique en Europe et dans de nombreux pays des États-Unis. Il connaît à la suite des campagnes intenses de désinsectisation et de chimio-prophylaxie, une "éradication" quasi automatique. Les quelques cas qui y sont aujourd'hui recensés sont alors dits "d'importation". À *contrario*, dans certaines zones dites "en développement", où les campagnes internationales débutent presqu'à la même période, on constate que la situation n'a cessé de se compliquer.

En Afrique, par exemple, les "grandes campagnes d'éradication" de la maladie mises en place par les administrations coloniales, le FISE - Fonds International de Secours à l'Enfance devenu plus tard UNICEF - (principal pourvoyeur de fonds) et l'OMS (pourvoyeur du personnel technique d'encadrement), n'ont aidé qu'à empirer la situation, annihilant par le fait même toute tentative de développement desdits pays[3]. Les résultats de ces campagnes furent "désappointants", comme le constatent du reste J. Hamon et *al*.[4], non en raison du fait que le paludisme ne pouvait être éradiqué, le cas de son "éradication" en Occident étant illustratif. À l'opposé, certains auteurs, comme Thomas Zimmer, ont récemment mis en avant l'idée des « *utopian visions of a postwar world* », transformées en « *dream of eradicating diseases* », pour

[3] Voir par exemple l'important travail de J. Thuilliez relatif à l'impact du paludisme sur les résultats scolaires. L'auteur montre en effet qu'il existe un lien fort entre la malaria et les performances des enfants dans le primaire, en termes de résultats macroéconomiques. J. Thuilliez, « L'impact du paludisme sur l'éducation primaire : une analyse en coupe transversale des taux de redoublement et d'achèvement », in *Revue d'économie du développement*, Vol.17, 2009/1, pp. 167-201. Voir aussi R. I. Chima et *al*., « The economic impact of malaria in Africa : a critical review of evidence », in *Health Policy*, n°63, 2003, pp. 17-36.

[4] J. Hamon, J. Mouchet, G. Chavet, R. Lamuret, « Bilan de quatorze années de lutte contre le paludisme dans les pays francophone d'Afrique tropicale et à Madagascar. Considérations sur la persistance de la transmission et perspectives d'avenir », in *Bulletin de la Société de Pathologie exotique*, Tome 56, n°5, Septembre-Octobre 1963, pp. 933-971.

rendre compte de l'impossibilité qu'il y avait, dès le départ, à parvenir à une éradication effective du paludisme[5].

Si la popularisation des aspersions d'insecticides (le DDT en l'occurrence) ne débute qu'en 1945, c'est en effet en 1949 que la firme pharmaceutique française Rhône Poulenc-Specia produit, sous le nom de nivaquine, la chloroquine. Ce produit avait déjà fait l'objet de tests en 1926 par l'industrie allemande des colorants, de Bayer (IG Farben)[6]. Son abondante utilisation dans le cadre des "campagnes médicamenteuses de masse", aussi bien de manière prophylactique que thérapeutique justifie, pour bien des auteurs[7], la chloroquino-résistance (CQ-R) des *Plasmodium falciparum*. Ce constat confirmé vers la fin des années 1970 ouvre la voie, plus tard, à l'utilisation de nouvelles molécules. Le traitement de la malaria fait actuellement appel, pour les formes simples, aux dérivés de l'artémisinine combinés à des molécules telles l'amodiaquine ou la luméfantrine[8]. Pour ce qui est des formes graves, l'utilisation des sels de quinine, de l'artesunate et de l'arthemeter, autre spécialité du même groupe, est souvent prescrite. Ces nouveaux médicaments antipaludiques sont essentiellement produits par le laboratoire suisse Novartis[9], sous recommandation spéciale de l'OMS. Novartis interdit d'ailleurs depuis 2000, le dépôt d'un brevet pour tous les génériques, c'est-à-dire, tout médicament contenant de l'artémisinine ou un de ses dérivés semi-synthétiques comme l'artesunate, l'artemether ou leur métabolite commun la dihydroartémésinine. Ce qui lui confère le quasi-monopole du marché du paludisme dans le monde où 3,5 milliards[10] de

---

[5] Voir à cet effet la récente recension de son livre écrit en allemand faite par H. Tworek, Rezension zu: Zimmer, Thomas: *Welt ohne Krankheit. Geschichte der internationalen Gesundheitspolitik 1940-1970.* Göttingen 2017, in: H-Soz-Kult, 19.01.2018, www.hsozkult.de/publicationreview/id/rezbuecher-27273

[6] Appelée alors la plasmoquine (pamaquine, amino-8-quinoléine), elle est utilisée jusque dans les années 1980, en association avec la *rhodoquine* de Fournau (1930) et en 1932, l'*atabrine* (amino-9-acridine), dont l'un des effets indésirables était le jaunissement de la peau des patients. Les tests réalisés par Hans Andersag dans les laboratoires de IG Farben à Elberfeld en 1934 aboutissent à la mise au point de la *résochine* (codé SN-183), très toxique. Ce qui justifie la production deux ans plus tard de la *sontochine*. En 1941, de Bayer accorde les droits sur la *résochine* à sa filiale américaine Winthrop-Stearns (brevet n°2 233 970). Elle est testée cliniquement par le Dr. Philipe Jean Decourt des Laboratoires Rhône Poulenc-Specia en Tunisie sous domination allemande. Re-codifiée SN-6911, la *résochine* devient chloroquine en février 1946 et commercialisée en France dès 1949 sous le nom de *Nivaquine* et aux USA par Winthrop sous le nom d'*Aralen*. C'est l'idée promue par le brésilien Mario Pinotti dans l'usage prophylactique de la chloroquine en l'adjoignant à du sel de table, qui est utilisée en Amérique du Sud, en Asie et Afrique dès les années 1950. Elle serait la principale cause de l'apparition de la résistance des plasmodiums à la chloroquine.

[7] G. Charmot, F. Rodhain, « La chimiorésistance chez *Plasmodium falciparum*. Analyse des facteurs d'apparition et d'extension », in *Méd. Trop*. 1982, n°42, pp. 417-426. Voir aussi J. Le Bras et *al*., « Prise en compte des disparités de résistance de P. falciparum en Afrique dans la décision chimioprophylactique », in *Presse Méd*, 1998, n°27, pp. 1419-1423 ; etc.

[8] On parle alors d'ACT (Artémissinin-based Combination Therapy).

[9] Devenu depuis 2012 le premier groupe pharmaceutique au monde, avec plus de 6% du marché mondial de vaccins.

[10] La moitié de la population mondiale au début des années 2000.

personnes seraient exposées[11]. Parmi eux, l'Afrique en compterait près de 80%, avec plus de 90% de décès parmi les millions de victimes que fait cette maladie chaque année[12].

Le médicament apparaît de toute évidence comme un élément central des campagnes de lutte antipaludique. D'où les conflits qu'il participe à innerver. La "géopolitique" du paludisme sus-évoquée est à l'origine de la mobilisation des pouvoirs rivaux, étatiques, intra et internationaux, qu'il nous a semblé nécessaire de corréler avec la persistance du paludisme dans certaines parties du monde. Elle justifie, du même coup, un savoir pratique et opératoire de la conflictualité "résultant de l'expression plus ou moins violente de représentations contradictoires"[13].

Si certaines études abordent la question de l'existence du paludisme en zone tropicale et sa persistance, comme conséquence des conditions écologiques et socio-économiques[14] de ces régions et de leurs populations, d'autres, au contraire[15], les appréhendent comme le produit des erreurs techniques, volontaires ou non, de certains acteurs qui, par la distribution de masse de la chloroquine (nivaquine) associée à la pyriméthamine, auraient favorisé la pharmaco-résistance des *Plasmodium falciparum*[16]. Ce chapitre s'inscrit dans cette logique et se propose d'aller au-delà de ces analyses essentiellement techniques qui tentent de justifier la situation actuelle de cette affection. Contrairement aux idées défendues par T. Zimmer, notre analyse tente de mettre en avant l'argument suivant lequel, le *Malaria Eradication Programme* (MEP) était certes « ambitieux », mais pas aussi « utopique » que le prétend cet auteur. Pour mieux l'envisager, nous nous sommes proposé de nous appuyer sur un cas d'étude pratique, le Cameroun : identifié en 1956 comme unique Zone Pilote d'Expérimentation (ZEP) en Afrique

---

[11] WHO/OMS, « Paludisme », Aide-mémoire n°94, Janvier 2016, in http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs094/fr/

[12] Si ces chiffres de l'OMS sont contestables et servent très souvent de propagande à la levée des fonds auprès des bailleurs, il reste que le paludisme est bien réel et constitue un enjeu sanitaire international de taille.

[13] M. Borderon, C. Perchoux, « Le paludisme urbain à Brazzaville : hétérogénéité locale, enjeu global. De la géographie du risque aux stratégies de lutte antipaludique », in *Les "jeux" scalaires de la crise actuelle (financière, économique, sociale, sanitaire, etc.) : entre global et local et inversement*, juin 2010, Avignon, pp. 247-278.

[14] Voir M. Borderon, C. Perchoux, « Le paludisme urbain à Brazzaville », p. 247 ; J. Mouchet et *al*., « Le défi de la lutte contre le paludisme en Afrique tropicale : place et limite de la lutte antivectorielle », in *Cahiers Santé*, 1991, n°1, pp. 277-288 ; P. Gazin, M. Cot, V. Robert & D. Bonnet « La perception du paludisme en Afrique au Sud du Sahara », in *Ann. Soc. belge Méd. trop.*, Vol. 68, n°1, 1988, pp. 1-3 ; Fonds documentaire de l'ORSTOM, n°25791 ex1/M, côte B ; J. Hamon, J. Mouchet, G. Chavet, R. Lamuret, « Bilan de quatorze années de lutte », p. 933 ; etc.

[15] T. Zimmer – comme d'ailleurs de nombreux autres auteurs occidentaux intéressés à la question – défend par exemple l'idée que le paludisme aurait ré-émergé de manière « plus virulente » en raison de la perte de leur immunité par certaines populations. Voir à cet effet H. Tworek, Rezension zu: Zimmer, Thomas: *Welt ohne Krankheit.*

[16] Voir notamment J. Verdrager, *L'OMS et le paludisme. Mémoires d'un spécialiste de la malaria*, Paris, L'Harmattan, « Col. Acteurs de la science », 2005.

centrale. Notre étude entend ainsi, en menant une analyse transversale basée sur un jeu d'échelles (internationale, régionale, nationale et locale), parvenir à établir la nature complémentaire ou non, des politiques sanitaires mises en œuvre dans le cadre de la lutte antipaludique, en vue d'explorer l'essentiel des facteurs globaux responsables de la persistance de ce fléau.

Il est aussi question de mettre en exergue le rôle volontaire ou non des acteurs de la lutte contre cette pathologie, dans sa survivance, notamment dans les pays passibles d'"assistance technique". La présence sur le terrain du paludisme d'une diversité d'acteurs justifie une analyse approfondie de fonds archivistiques variés[17] et la mobilisation de plusieurs approches théoriques[18], qui donnent à voir comment leur comportement ou leur désintérêt a un impact sur la maladie et sa prise en charge, qui la rendent pérenne. Une telle étude tient nécessairement en compte le contexte socio-politique, économique et géographique, dans lequel émergent ces actions (I). Ceci donne des éléments d'éclairage qui permettent de postuler une pérennisation plus ou moins volontaire du paludisme tropical, probablement en rapport avec les intérêts économiques surtout, des grandes firmes pharmaceutiques occidentales, la complicité de l'OMS et d'une élite locale généralement véreuse (II).

I. Le paludisme : une parasitose millénaire et planétaire

Identifié comme l'une des maladies les plus vieilles au monde, le paludisme a toujours fait l'objet de nombreux efforts d'éradication de la part des communautés d'origines diverses. En Occident, par exemple, les campagnes intenses de désinsectisation et de chimio-prophylaxie sont parvenues à supprimer l'influence de ce "problème de santé publique" vers la fin des années 1960 (1). En zone tropicale, au contraire, et en Afrique centrale, notamment, ce fléau constitue aujourd'hui encore la première cause de mortalité, de morbidité et de létalité. Les actions menées ici contre cette affection n'ont conduit qu'à la mobilisation d'une diversité d'acteurs davatange engagés plus dans le "contrôle" de cette maladie, plutôt que son éradication apparemment possible (2).

[17] Il s'agit des archives de l'OMS à Genève, à Brazzaville et à Yaoundé, des archives nationales de la même ville, et enfin, des archives diplomatiques de Paris.
[18] Notamment l'approche culturaliste et le néo-institutionnalisme.

1. Le paludisme en Occident : chronique d'une lutte antipaludique millénaire

Les textes anciens des Sumériens, des Babyloniens, des Chinois et des Indiens, faisaient déjà allusion à des fièvres périodiques et intermittentes, parfois "associées à des convulsions et à des états de prostration conduisant parfois à la mort"[19]. C'est vers 400 av. J.C. en Grèce, que fut annoncée la première endémie de paludisme, en Europe. La maladie contribua en grande partie au déclin de la civilisation hellénique. La connaissance par les Grecs de cette affection leur donne cependant la possibilité de faire une distinction entre fièvres quotidiennes, tierces ou quartes. Pour ce qui est de Rome, elle en est vraisemblablement touchée vers 200 av. J.C. Son épidémie est rapportée par les auteurs grecs tels Pante, Térence, Cicéron ou Pline[20]. Mais, pour la plupart d'entre eux, et notamment pour Cicéron, l'origine de ces fièvres seraient liée aux "caprices des dieux", alors que certains attribuent des causes naturelles à l'affection. Dans ces deux territoires, ceux qui établissent une relation écologique avec la maladie entreprennent tôt des drainages préventifs. Il faut attendre le XVIII^{e} siècle pour voir le paludisme prendre son nom de "malaria" car, pour les italiens, les patients qui mouraient de fièvre intermittente étaient frappés de « mauvais air » ou de « mal'aria »[21]. En France, on parle plutôt de « fièvre des marais », d'où le mot *paludis* (marais en latin), qui devint paludisme.

Malgré les ravages causés par le paludisme en Europe, on n'était jamais parvenu à le traiter. C'est la colonisation espagnole en Amérique qui a permis de révéler l'écorce de quinquina, depuis longtemps utilisée dans ce continent, où il poussait dans la forêt des pentes de la Cordillère des Andes. On ne saurait aujourd'hui dire avec précision si les Indiens cultivaient ou non cette plante. Mais l'idée largement diffusée par une certaine littérature occidentale voudrait que le quinquina soit une plante qui y poussait toute seule à l'état "sauvage"[22]. Cette écorce est alors employée par les Indiens pour traiter les fièvres. La guérison de certains colons, notamment la Comtesse del Cinchon, l'épouse du vice-roi du Pérou, fit grand bruit. L'écorce ramenée en Europe par les jésuites d'Amérique du Sud parvient à guérir du paludisme le fils de Louis XIV. S'ouvre ainsi l'ère de la lutte stratégique pour l'acquisition des antipaludiques et notamment du quinquina. Louis XIV en premier dû acheter à prix d'or le secret, au médecin anglais Robert Talbot.

---

[19] Ces caractéristiques sont aujourd'hui encore, les principales manifestations du paludisme.
[20] J. Verdrager, *L'OMS et le paludisme*, p. 9.
[21] Voir notamment Horace Walpone.
[22] Sans doute pour bercer la bonne conscience de ceux qui croyaient et croient encore, que la seule civilisation qui ait pu exister jusque-là soit occidentale.

L'isolement de la quinine en 1820 par les chimistes français Pelletier et Caventou fait de ce produit le traitement de base de la malaria. On put en effet soigner le paludisme avant la découverte de son mode de transmission, en 1880, par Alphonse Laveran. L'incapacité de la quinine des Indes généralement taxée de "sauvage" à satisfaire à une demande de plus en plus grande conduit à son exploitation agricole dans les colonies anglaises et hollandaises, aux Indes, à Ceylan, en Indonésie, dans les îles de Java et de Sumatra, mais aussi dans les colonies portugaises du Cap vert, du Mozambique, de l'Angola, etc. L'avènement de la Seconde Guerre mondiale place, une fois de plus, ce médicament au cœur des enjeux stratégiques durant le conflit. L'Indonésie est en effet le premier producteur mondial de la quinine. Son occupation par le Japon, le 9 mars 1942, au lendemain du débarquement des troupes du Général Mitoshi Imamura, vient tout brusquement couper le ravitaillement de l'Occident, en ce "précieux" produit. Le coup porté aux troupes alliées par ce "revers médical" cause une hécatombe : les troupes mises en déroute par le paludisme sont bien plus nombreuses que celles tuées par les armes[23]. Il en est de même, pour les Anglais et les Australiens faits prisonniers de guerre dans les camps de la rivière de Kwai à Kanchanaburi.

Ce bref rappel historique nous permet de mettre en valeur la dimension conflictuelle du médicament, comme ayant toujours constitué un enjeu crucial dans la lutte contre le paludisme dans le monde, comme nous le verrons plus loin. Privé de quinine, les États-Unis initient tôt, une série de recherches dans le but de trouver un médicament synthétique de remplacement[24]. Il est question, pour eux, d'éviter de nombreuses pertes dans leurs troupes pendant le conflit, et en cas d'une éventuelle autre guerre. C'est ainsi par exemple qu'ils utilisent, avant la fin de la Seconde Guerre, l'atébrine (quinacrine), très toxique, puis la chloroquine fabriquée en France sous le nom de nivaquine et aux États-Unis sous celui d'*Aralen*. La chloroquine est alors un médicament "remarquable" et bon marché, qui est actif aussi bien comme préventif que comme curatif. Il consacre l'ère de la lutte chimio-prophylactique contre la malaria en Occident. À côté de cette lutte médicamenteuse se mène une autre contre les vecteurs de la maladie, grâce aux insecticides à action rémanente et notamment le DDT et la DLD.

C'est en effet en 1874 que le DDT est synthétisé en Allemagne par Othmar Zeidler. Quelques années plus tard, en 1939, ses propriétés insecticides sont révélées à Bâle par Paul

[23] J. Verdrager, *L'OMS et le paludisme*, p. 12.
[24] *Ibid*.

Hermann Muller de Geigy[25]. Entre 1943 et 1945, les tests réalisés aux États-Unis par James Gahan et Arthur Lindquist attestent les effets résiduels des aspersions domiciliaires[26]. Les tout-premiers essais de terrain ont lieu en Italie, dans la commune de Castel Volturno, aux États-Unis, en Afrique et en Asie, dès 1944. C'est avec l'expert vénézuélien de l'OMS, le Dr. Arnoldo Gabaldon, qu'est réalisée, pour la première fois, la couverture totale d'un pays par des aspersions au DDT. C'est ainsi que se généralisent les aspersions, qui allaient jouer un rôle sinon central, du moins déterminant, dans "l'éradication" du paludisme en Occident. Le DDT a alors la propriété d'assurer une lutte imagocide, c'est-à-dire, contre les moustiques à l'état adulte, en ne sélectionnant que les espèces anthropophiles, à la suite d'une pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide rémanent[27]. Cette pulvérisation (fumigation) transforme alors leur lieu de repas habituel (les maisons) en pièges mortels, lorsque les effets répulsifs du produit n'ont pas opéré. Le succès est une révolution, du moins si l'on s'en tient aux données y relatives pour le cas de l'Ouest du bassin de la Méditerranée, en Asie, et en Amérique.

C'est en effet, à partir de 1954, qu'il devient évident que les frontières de la maladie avaient reculé dans bien de territoires, notamment aux États-Unis, au Venezuela, en Guyane britannique, en Italie, en Grèce, etc. Un tel constat conduit à l'adoption, la même année, d'un "plan pour l'éradication du paludisme" (PEP). Même si en 1951, on avait déjà observé les premiers signes de résistance en Grèce, qui étaient dus essentiellement à l'utilisation de milliers de tonnes de DDT dans les plantations. Ceux-ci signalent l'urgence d'une éradication "à bref délai" du paludisme. En tête de ces propositions, les plus grands experts de l'OMS, comme le vénézuélien le Dr. Pampana, qui dirigeait déjà, en 1936 le secrétariat de la « Commission de la SDN contre le paludisme ». Il consacre d'ailleurs un ouvrage à la question en 1969[28]. Au début des années 1960, on ne compte plus que quelques cas de paludisme en Europe[29]. L'Italie, les Pays-Bas, la France, la Hongrie, la Pologne et la Tchécoslovaquie, l'Ukraine et la Biélorussie s'en sont déjà débarrassés complètement à cette date[30]. Cependant que dans onze pays de la région européenne de l'OMS, la lutte reste intense et l'éradication prévue pour plus tard en

[25] Geigy était une société de l'industrie chimique suisse fondée en 1758 par Johann Rudolph Geigy-Gemuseus. C'est en 1857 que l'un de ses ascendants Johann Rudolph Geigy Merian construit à Bâle un moulin pour la production des pigments, puis des fuchsines synthétiques. La société se concentre au début des années 1930, à la production des teintures et dès 1935, des insecticides.
[26] D. Roberts, R. Tren, *The Excellent Powder. DDT's Political and Scientific History*, Dog Ear Publishing, 2010.
[27] J. Mouchet et *al*., « Le défi de la lutte », p. 280.
[28] E. Pampana, *A text book of Malaria Eradication*, Oxford, Oxford University Press, 1969.
[29] L. J. Bruce-Chwatt, *The Rise and Fall of Malaria in Europe: A Historico-Epidemiological Study*, Oxford, Oxford University Press, 1981.
[30] « 1962 : Fin du paludisme en Europe », *in Le Courrier de l'Unesco*, 13e année, avril 1960, p. 16.

1962. Il s'agit de la Roumanie, de l'Espagne, du Portugal, de l'Union soviétique, de la Grèce (pays le plus impaludé d'Europe), etc. Quant à l'Algérie, le Maroc, et de la Turquie, reconnus comme territoire présentant un "problème particulièrement difficile", on envisage pour plus tard, "de grands efforts pour se débarrasser de l'infection"[31].

C'est en tout environ 727 millions d'individus qui n'y sont plus réellement menacés, soit prêt de 53% de l'ensemble de la population exposée. Le paludisme est officiellement "éradiqué" dans 37 pays, sur les 143 où il était originellement endémique. La menace reste cependant minimale, dans 16 territoires, tandis que, dans 90 autres, le risque reste particulièrement élevé. Ce sont notamment certaines parties de l'Amérique (du Sud notamment), de l'Asie du Sud-Est, et pratiquement toute l'Afrique tropicale. De nombreux arguments vont dès lors être mobilisés pour justifier l'éradication du paludisme dans certaines zones et pas dans d'autres. Ce sont entre autres : l'amélioration des conditions sanitaires, la prise en charge efficace de la maladie, et surtout, l'amélioration des conditions socio-économiques. C'est dire, en tout cas que l'éradication de ce fléau est due au développement desdites zones. À *contrario*, l'impossibilité d'obtenir des résultats similaires, surtout dans les zones passibles "d'assistance technique", est justifiée par leur "non-développement", c'est-à-dire, leurs caractériqtiques socio-économiques, ou encore la disparition chez la plupart de ces populations de leur immunité, à la suite des campagnes de désinsectisation au DDT, comme l'a tout récemment encore soutenu T. Zimmer[32]. Un discours sans doute pertinent, mais aussi simplificateur qu'il convient de re-questionner, si l'on veut éviter d'enfermer l'histoire du paludisme tropical dans des stéréotypes dans lesquels continue à l'enfermer aujourd'hui encore, une certaine opinion.

[31] *Ibid*.
[32] H. Tworek, Rezension zu: Zimmer, Thomas: *Welt ohne Krankheit*.

Illustration 2 : Le Paludisme



Illustration de M. Aouamri.

2. Le paludisme en zone tropicale : le cas de l'Afrique

Les travaux actuels sur le paludisme en Afrique en font un foyer dans lequel l'affection est la plus dominante[33]. Il convient de revisiter l'histoire du continent, si l'on veut comprendre ce qui le caractérise, et les discours construits autour de cette affection. C'est en effet dans l'Antiquité que remontent les premières descriptions des cas de fièvres palustres. Des références soulignent l'existence de cette maladie vers 2700 av. J.-C., notamment dans les écrits hiéroglyphiques et pictographiques de l'Egypte antique. La paléopathologie récente confirme en effet l'importance de cette parasitose sur les momies nouvellement étudiées. Redoutant les piqures de moustiques, les Égyptiens sont alors les inventeurs de la moustiquaire comme le

[33] J. L. A. Webb Jr, *The Long Struggle Against Malaria in Tropical Africa*, New York, Cambridge, Cambridge University Press, 2014. Voir aussi, du même auteur, *Humanity's Burden. A Global History of Malaria*, Cambridge, Cambridge University Press, 2009.

confirment les écrits d'Hérodote vers 430 av. J.-C.[34]. Plus encore, ils inventent un répulsif c'est-à-dire, « un remède pour empêcher les moustiques de piquer »[35]. La récurrence annuelle de cette affection est alors liée à la crue du Nil qui, lorsqu'il inonde les terres cultivées et le Delta, entraîne une explosion des anophèles. Les primo-infestations et les réinfestations sont ainsi responsables sinon des simples accès palustres, du moins des fièvres bilieuses hémoglobinuriques, souvent mortelles comme c'est le cas aujourd'hui encore[36]. Et seuls les enfants nés à cette période d'inondation étaient particulièrement affectés. L'accent est alors porté sur la prévention.

Dans le reste de l'Afrique, l'histoire du paludisme est essentiellement liée aux chroniques des explorateurs, des voyageurs, des missionnaires et des commerçants qui, pendant plusieurs siècles, ont payé un lourd tribut dû à cette affection sur le continent. Elle a en effet été à l'origine de nombreux échecs et de pertes impressionnantes, lors de la conquête de l'Afrique[37]. C'est le cas notamment en Algérie où les troupes françaises perdent au moins un soldat sur quatre, et à Madagascar où la conquête du territoire se transforme en véritable "désastre sanitaire" dû essentiellement aux fièvres palustres. L'armée de la France y perd un tiers (1/3) de ses effectifs, soit près de 5000 hommes. Il en est de même lors de la construction du Canal de Suez, mais bien encore, de celle des voies ferrées de plusieurs colonies d'Afrique, et notamment celles du Cameroun allemand et du Congo-Océan restées tristement célèbres. De nombreux explorateurs n'osent pas pendant longtemps s'aventurer dans le continent. Ceux qui prennent le risque y meurent en grand nombre. Le capitaine James Kensington Tuckey de la *Royal Navy*, par exemple, et son équipe, qui remontent le fleuve Congo, le 9 août 1816, sont décimés le 9 septembre de la même année aux environs d'Isangila : 21 morts au total[38].

De nombreux autres explorateurs et colons firent les frais de cette affection, notamment Richard Francis Burton, John Hanning Speke, David Livingstone, Henry Morton Stanley, etc.

---

[34] B. Ziskind, « Le paludisme, un fléau de l'ancienne Egypte », in *Revue du Praticien*, Vol. 59, avril 2009, pp. 586-589. Hérodote rapportait alors : « Contre les moustiques qui sont innombrables chez eux, les Egyptiens … qui habitent dans la région des marais ont un moyen de protection : chacun y possède un filet qui lui sert le jour à pêcher le poisson, mais qui la nuit a un autre usage : l'homme en enveloppe la couche sur laquelle il prend son repos et se glisse dessous pour dormir ». Cf. Hérodote, *Œuvres complètes*, trad. André Barguet, Paris, Fayard, 1995.

[35] Papyrus Ebers n°846. Il s'agit pour eux de s'enduire de l'huile de moringa fraîche. Voir aussi B. Ziskind, « Le paludisme », p. 586.

[36] B. Ziskind, « Le paludisme », p. 587.

[37] Voir P. D. Curtin, *Death by migration. Europe's encounter with the tropical world in the nineteenth century*, Cambridge, Cambridge University Press, 1989.

[38] L. Sabakinu Lukwikilu, « Politique de lutte contre le paludisme. Cas de l'ancienne province de Léopoldville (1888-1960) », Université de Kinshasa, Licence en sciences historiques, 2011.

Traumatisés pour la plupart par cette maladie, les Européens considèrent l'Afrique comme "le tombeau de l'homme blanc" mais aussi, comme une terre où le paludisme sévit de façon "holoendémique"[39]. La description qui en est faite, au début des années 1950, par l'administration coloniale française est significative de l'influence de ce sentiment : « la situation de l'Afrique à cet égard est certainement plus sérieuse. Le nom est moins évocateur que celui de la maladie du sommeil, l'affection est moins spectaculaire mais l'endémie est plus uniformément répandue et plus meurtrière encore »[40]. Si l'on considère ce point de vue des étrangers européens, comment comprendre que les populations de cette partie du monde n'aient pas été "exterminées" avant leur arrivée. Il nous semble en effet que l'argument d'une population immune ou semi-immune généralement brandi ne soit pas suffisant. Il apparaît alors évident que c'est bien parce que les communautés locales avaient développé des méthodes originales à la fois prophylactiques et thérapeutiques de lutte contre cette maladie, comme ce fut le cas déjà dans l'Égypte antique.

Les travaux fondamentaux de nosologie et de nosographie effectués par le Sultan Njoya[41], souverain du royaume bamum au Cameroun avant l'arrivée des Allemands dans ce territoire témoignent par exemple de l'importance des connaissances élaborées en rapport avec cette pathologie, comme pour bien d'autres, et même des moyens de les prendre en charge. L'incapacité des colonisateurs à pouvoir interpréter les écrits y relatifs, la prétendue "mission civilisatrice", et surtout la volonté affichée de domination, les conduisent à conclure fatalement sur le fait que le continent devait être "sauvé" des épidémies, et notamment du paludisme. Un discours de la domination et de l'exploitation qui, comme nous l'avons déjà souligné dans les chapitres précédents, avait justifié l'annexion des « Territoires d'Outre-Mer » (TOM). La lutte antipaludique dans les colonies est véritablement engagée pour sauver les Européens très exposés et leur permettre ainsi de poursuivre l'œuvre d'exploitation coloniale (cf. Chap. I). Cette lutte est plus tard abordée sous l'angle de la "mise en valeur des colonies", ou mieux, sous celui du nécessaire "progrès économique et social" des territoires à dominer.

---

[39] Nous revenons plus loin sur cette expression et son origine.

[40] ADP, « Note au sujet d'une action sanitaire commune en Afrique », in MAE/DAP, Paludisme, Projet de création d'un bureau de la C.C.T.A. pour la lutte contre le paludisme, (avril-juin 1951 et s.d.), Afrique-Levant, CCTA 50, K.23.5, E12.

[41] Le Sultan Njoya avait en effet développé une écriture de 500 signes : le *Shu-mom*. Celle-ci est réduite plus tard à 80 signes. Le Sultan en assure la diffusion et l'enseignant dans les écoles créées par lui. Il écrit outre ses traités de nosographie et de nosologie, un livre d'histoire de plus de 1.100 pages au moyen de l'écriture royale, dont une réplique est aujourd'hui encore disponible au *Pitt-Rivers museum* à Oxford. L'emploi de cette écriture est interdit par l'administration coloniale française à son arrivée en 1916.

La protection des populations locales ne devint alors une préoccupation majeure que lorsqu'on prit conscience que la main-d'œuvre avait commencé à être affectée, du fait surtout de l'interdiction et de la répression des processus locaux de médication et de médicalisation, notamment dans les territoires sous administration coloniale française. Ce qui causait un véritable tort à l'exploitation coloniale. Les débuts de la lutte contre le paludisme dans les colonies sont donc à corréler avec la domination et l'exploitation coloniales, qui l'avait rendue nécessaire, dans le but de faire fonctionner l'économie des métropoles par l'accroissement de la productivité dans les colonies.

Il convient de noter que pour échapper aux travaux forcés, certains individus adoptaient "la profession de malade"[42]. L'interdiction des processus locaux de médication et de médicalisation, et la sauvage répression qui s'en suivit, surtout dans les territoires sous domination française, est significative de cette volonté de "modernisation". La première étape de la lutte engagée par les administrations coloniales était essentiellement anti-larvaire. Elle consistait aux drainages et au mazoutage des gites. Ce n'est que plus tard, après la deuxième Guerre mondiale, que le DDT intervient dans cette lutte. On envisage alors des plans de « *House-spraying* ». Quant à la chimio-prophylaxie, elle va se servir du sulfate de quinine, dont la production était faite pour le cas du Cameroun, dans les plantations coloniales de Dschang, à l'Ouest du pays. Les colons utilisaient aussi la preaquine, la quinacrine, et plus tard, la nivaquine et la prémaline, suivant les "idées de chaque utilisateur local".

À l'issue de la Première Guerre mondiale, le projet de "mise en valeur des colonies" formulé par Albert Sarraut et repris à son propre compte par l'OIHP et l'OHSDN (voir Chap. I) donne lieu, en 1924, à la mise en place d'une "commission spéciale pour le paludisme". L'une des missions qui lui est confiée est "l'étude des moyens les plus appropriés pour contrôler le paludisme sur le plan mondial", en vue de réduire son impact. Face à la réticence des "puissances" coloniales à voir l'OHSDN intervenir directement sur leurs possessions, c'est à la *Rockefeller Foundation* qu'est confiée la lutte contre ce fléau dans le continent. Disposant de ses propres experts, ses ressources financières et ses laboratoires, cette fondation étatsunienne entend mener une lutte "à grande échelle" contre le paludisme. Cette action de la *Rockefeller Foundation* est à inscrire dans le cadre général du projet de l'internationalisme wilsonien, c'est-à-dire, de l'expansion de l'impérialisme étatsunien. La Fondation développe dans ce sens un certain nombre d'activités "d'assistance" dans de nombreux pays, notamment en Amérique du

[42] Voir R. J. Cornet, *La bataille du rail*, Bruxelles, éd. L. Cuyers, 1958.

Sud, en Asie et en Afrique. Le laboratoire d'études scientifiques créé à Tallahassee en Floride, en 1930, se consacre essentiellement à la question de la malaria.

Lorsque naît l'OMS en 1948, la lutte contre le paludisme est identifiée comme première "priorité de santé"[43]. L'organisation entreprend une lutte antipaludique dans laquelle elle bénéficie du soutien du FISE devenu plus tard UNICEF. Elle envoie dans les zones impaludées pour œuvrer auprès des gouvernements ses experts. C'est dans cette logique que le Dr. Morin est affecté au Cameroun, en 1953, où il travaille aux côtés des directeurs successifs du Service d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie (SHMP), Languillon et Chastang. Morin est remplacé, quelques années plus tard, par le Dr. Najera, puis en 1957 par le Pr. Livadas. Ils sont aidés dans leurs tâches par des entomologistes français de l'ORSTOM (actuel IRD)[44] qu'on retrouve dans toutes les missions partout en Afrique : il s'agit de Jean Mouchet, de Jean-Pierre Adam, de Jean Hamon et du lieutenant-colonel Jean Gariou[45], puis au début des années 1960 - pour le genre - , de madame H. Bailly-Choumara.

[43] Yves Beigbeder en fait allusion dans son ouvrage sur l'OMS. Il écrit en effet : « La première Assemblée mondiale de la Santé a déterminé l'orientation future des activités de l'Organisation, en se basant essentiellement sur les recommandations de la Commission intérimaire : elle a réparti les divers problèmes en catégories par ordre d'importance. Le paludisme, l'hygiène de la maternité et de l'enfance, la tuberculose, les maladies vénériennes, la nutrition et l'assainissement formèrent la catégorie des questions prioritaires », in Y. Beigbeder, *L'Organisation mondiale de la santé*, p. 25. Que le paludisme vienne en tête de ces priorités montre l'importance des enjeux qu'il constituait déjà à cette époque.

[44] C'est en 1937 sous le Gouvernement Léon Blum que l'idée de promouvoir la recherche dans les colonies françaises est émise pour la première fois. Ceci conduit à la mise en place de l'Office de Recherche Scientifique Coloniale (ORSC) créé par la Loi n°550 du 11 octobre 1943. L'Office de la Recherche Scientifique et Technique Outre-Mer (ORSTOM) voit le jour pour sa part, à la suite de l'adoption de l'ordonnance du 24 novembre 1944 portant création dudit Office. Il naît du souci du Gouvernement provisoire de la République française de rétablir les relations coloniales entravées par la guerre. L'ORSTOM devait ainsi contribuer à donner un nouvel essor à la politique coloniale. Il devient après les indépendances (le 5 juin 1984) Institut Français de Recherche Scientifique pour le Développement en Coopération (en gardant le nom d'ORSTOM), puis Institut de Recherche pour le Développement (IRD) le 5 novembre 1998. L'objectif initial assigné à cet organisme s'est poursuivi et tant à se perpétuer sous l'apparence de la coopération bilatérale et multilatérale essentielle dans les relations Nord-Sud. Voir C. Bonneuil, P. Petitjean, « Les chemins de la création de l'ORSTOM, du Front populaire à la Libération en passant par Vichy, 1936-1945 : recherche scientifique et politique coloniale », in R. Waast et P. Petitjean (dir), *Les Sciences hors d'Occident au XX^e siècle*, Paris, ORSTOM, 1996, pp. 113-161.

[45] O. Noël, « L'évolution du paludisme au Cameroun, de 1948 à 1960. Campagnes organisées avec l'aide de l'O.M.S. et de l'U.N.I.C.E.F. », in *Médecine d'Afrique noire*, n°21, du 1^er au 15 novembre 1960, pp. 433-434.

Image 20 : Bâtiment du SHMP du Nyong et Sanaga : Yaoundé/Jamot (Cliché S. Ayangma, 13 juillet 2011)[46]



À côté de la lutte anti-vectorielle, les équipes ainsi constituées des experts de l'OMS et des techniciens des administrations coloniales engagent, dans le continent, une lutte chimio-prophylactique qui va conduire à de nombreuses expériences médicamenteuses de masse, menées les unes par le concours des Laboratoires Spécia, c'est-à-dire, la firme pharmaceutique française Rhône Poulenc, et les autres (les plus importantes), par l'OMS et l'UNICEF (FISE)[47]. Les résultats de ces campagnes, menées simultanément dans plusieurs zones du monde, justifieraient la situation actuelle du paludisme en zone tropicale surtout, ainsi qu'il peut être observé sur la carte ci-dessous.

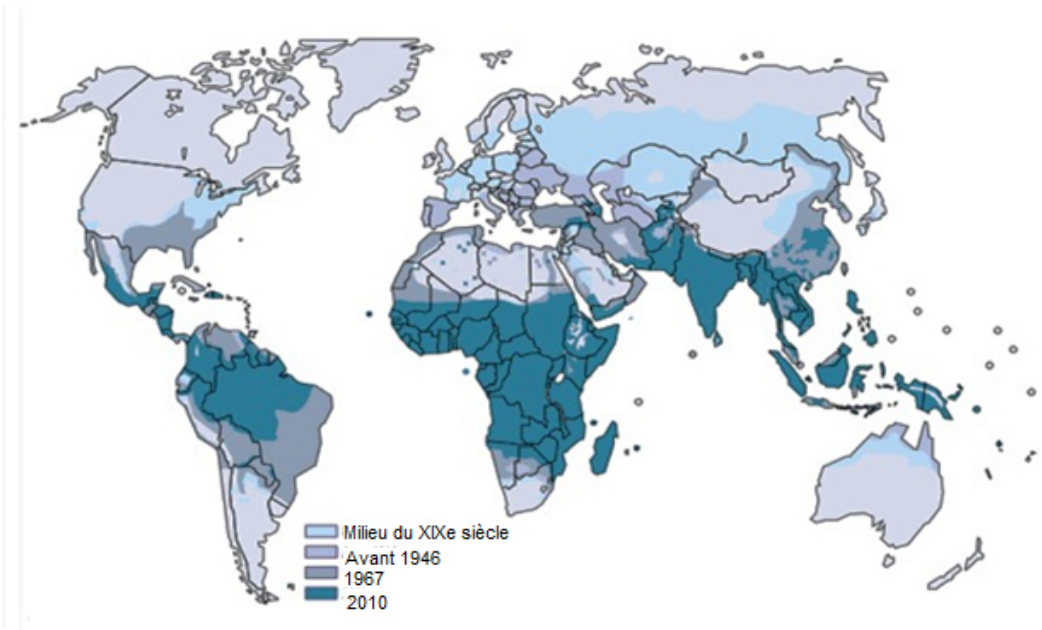
Cette cartographie du paludisme tend néanmoins à diviser bon nombre de chercheurs. Elle va, pour certains, de l'Atlantique à l'Océan indien, et du Sahara au Kalahari, en bordant les îles voisines comme Madagascar[48] (cf. carte 4). Pour d'autres, au contraire, la distribution spatiale de cette affection est bien connue dans les continents comme l'Amérique et l'Asie, mais pas en Afrique[49]. Quelle que soit la géographie considérée, les chiffres eux semblent s'uniformiser. Les experts internationaux estiment au lendemain de la naissance de l'OMS que

[46] Les SHMP sont créés au Cameroun en 1954, par la décision n°08573DSS/PE (cf. ANY, « Création des secteurs SHMP », 1954, 2AC 1594.), du médecin colonel Vaisseau, alors directeur des services de la santé du Cameroun. Le bâtiment représenté en photo ci-dessus est toujours utile et abrite aujourd'hui encore, certains services du MSP notamment la Division de la Recherche Opérationnelle en Santé (DROS), à l'arrière de cette façade.
[47] O. Noël, « L'évolution du paludisme », p. 434.
[48] J. Mouchet et *al*., « Le défi de la lutte », p. 278.
[49] C. Lengeler, B. Genton, « Cartographie du paludisme : les nouveaux outils et leur utilisation », in *Revue médicale suisse*, n°2301, 2000.

les données épidémiologiques du paludisme en Afrique étaient inexistantes. La cartographie qu'ils dressent en 1952 de la situation épidémiologique de la région africaine, telle que déterminée par la première Assemblée mondiale de la santé (AMS), ne tend que trop bien à le confirmer (voir carte 5). Ce qui semble trahir une fois de plus leur ignorance, ou du moins, leur connaissance approximative de la situation épidémiologique du continent.

Quoi de plus normal, dans une Afrique où jusqu'en 1956, seul 12% de la population avait été soumise à des examens et environ 8% au traitement à la chimio-prophylaxie antipaludique, comme ce fut le cas au Sénégal[50] ? Au Congo belge, par ailleurs, J. Rodhain affirme, en 1951, en rapport avec les statistiques du paludisme dans ce territoire que les « données sont fractionnaires et de valeur très inégale […]. Force nous est d'avouer que nous n'avons que des indices et des impressions »[51].

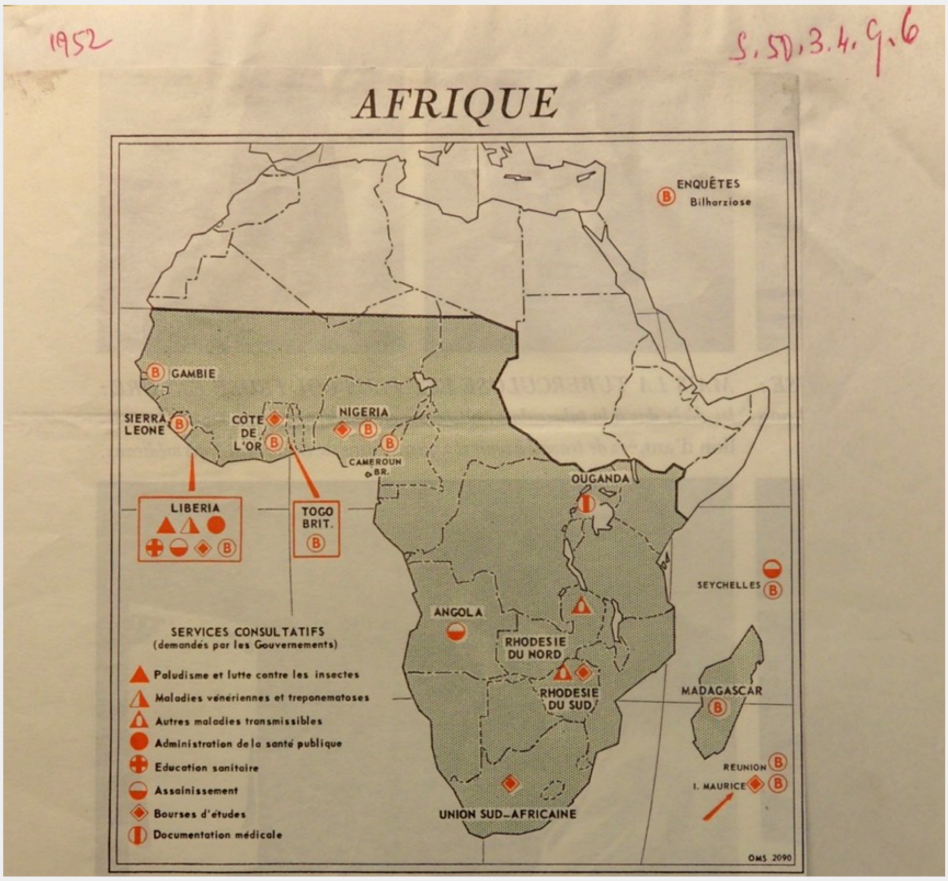
Carte 4 : Répartition mondiale du paludisme du milieu du XIX^{e} siècle à 2010, (auteur : S. Ayangma)



Source : Plan d'action mondiale contre le paludisme (Roll back malaria/RBM), www.rollbackmalaria.org/gmap/fr/index.html

[50] T. Ngoye, V. Poutrain, « L'évolution des savoirs et des pratiques médicales : l'exemple de la lutte contre le paludisme au Sénégal », in *Presses de Sciences Po*, « Autrepart », 2004/1 (n°29), pp. 81-98.
[51] J. Rodhain, « Compte rendu des travaux des commissions chargées d'étudier l'organisation de la lutte contre le paludisme au Congo belge et au Rwanda-Urundi », (extrait du *Bulletin de l'Institut Royal Colonial belge*, Tome 22, fasc. 3, 1951), Gembloux, 1951.

Carte 5 : Cartographie de la situation épidémiologique du paludisme dans la région africaine (1952)



Source : ADP, MAE/DAP, Bureau Régional "Afrique". Création du Bureau Régional pour l'Afrique, juin 1947-octobre 1950, 372QO/330 NUOI 1947-1950, S50. 3. 4. G. 6.

De nos jours, le développement des statistiques en matière de santé permet d'avoir une idée plus ou moins précise. L'OMS estime en effet qu'environ 90 des 110 millions de cas de paludisme identifiés, de par le monde, se trouvent en Afrique. Soit un total de près de 90% dans le continent seulement. On estimait, au début des années 1990, qu'au moins 270 millions de personnes y étaient porteuses du parasite le plus létal : le *Plasmodium falciparum*[52]. Ceci permet d'évaluer, à plus de 800.000 par an, le nombre de décès touchant essentiellement les enfants de 0 à 5 ans, et les femmes enceintes.

Pour J. Mouchet et *al*., il convient d'observer une grande prudence dans l'utilisation de ces estimations, parfois faussées par les difficultés qui caractérisent la réalisation des

[52] J. Mouchet et *al*., « Le défi de la lutte », p. 278.

diagnostics. Une prudence est aussi nécessaire dans l'utilisation de ces chiffres surtout lorsqu'on sait qu'ils font généralement l'objet de moult manipulations, pour inciter à l'action, les bailleurs de fonds d'origines diverses, aujourd'hui engagés sur ce "front". Pour ne citer que les plus anciens, on avait déjà en 1969 l'USAID que représentait son administratrice le Dr. Hannah. On avait aussi le PNUD, dont les discussions furent engagées la même année entre le Dr. L. Bernard et son compatriote Paul-Marc Henry, dans le cadre d'une possibilité d'assistance de cette institution à la "*Malaria Program Eradication*" (MEP). L'une des plus importantes implications, depuis le début, des OI sur ce terrain du paludisme est celle de l'UNICEF, que représentait son Directeur H. R. H. Labrouisse. Un autre acteur historique de cette lutte contre le paludisme est la *Rockefeller Foundation*, comme précédemment souligné.

La lutte contre le paludisme, en Afrique surtout, n'a cessé d'attirer de nouveaux bailleurs de fonds. Elle mobilise, outre les autres OI du système des NU, les ONG, les organisations humanitaires, les associations de la société civile, les États, les communautés locales, les individus volontaires, etc. En 1998, avec la relance de la campagne mondiale de lutte contre le paludisme en Afrique, on passe au niveau du BR/AFRO, de un à sept partenaires institutionnels. Il s'agit de l'*United States Agency for International Development* (USAID), du *Center for Disease Control and Prevention* (CDC), du *Department for International Development* (DFID), du Consortium pour la lutte contre le paludisme, de la Coopération belge, de la *Japan International Cooperation Agency* (JICA) et de l'*Australian Agency for International Development* (AusAID)[53]. À ceux-ci, viennent s'ajouter la Banque mondiale (BM), la Banque africaine de développement (BAD), la Bill & Melinda Gates Foundation, etc. Ce flux de partenaires autour de la question du paludisme rend ardue aujourd'hui, toute tentative de les dénombrer. Cette multiplication d'acteurs autour de ce fléau vient souligner s'il en était encore besoin, les nombreux intérêts en jeu autour de cette affection, dont le financement a été multiplié par 20, depuis le début des années 2000[54]. N'y a t-il pas lieu de voir dans ces efforts, une volonté de contrôle pérenne de la maladie, plutôt que son éradication ? Les campagnes de propagande pour la promotion des moustiquaires imprégnées, dont l'utilisation est aujourd'hui estimée à plus de 70 % dans le continent, ne permettent-elles pas d'étayer ce point de vue ?

[53] OMS, *Défis, conflits et succès. Bilan de dix années à la tête du Bureau régional*, p. 14.
[54] « Le paludisme régresse dans le monde mais l'Afrique concentre toujours plus de 80% de cas », *par Jeune Afrique avec AFP*, du 17 septembre 2015, [en ligne], consulté le 18 mars 2016. URL : http://www.jeuneafrique.com/265040/societe/paludisme

Faut-il, dès lors, continuer à considérer le médicament et autres produits intervenant dans le cadre de la lutte contre les maladies comme le fruit d'un progrès scientifique désintéressé ?

L'UNICEF apparaît, de toute évidence, comme "le plus gros acheteur et fournisseur de moustiquaires imprégnées d'insecticide (ITN) dans le monde", avec plus de 24 millions de moustiquaires achetées en 2006 seulement[55]. Cette question de moustiquaires – nous le verrons plus loin –, vient elle aussi mettre à nu la « dimension affairiste » du paludisme (cf. Chap. VII). Elle alimente ainsi de violents conflits à plusieurs échelles, au détriment de millions d'enfants condamnés aujourd'hui encore à mourir de paludisme. Une maladie dont la persistance est à corréler avec les actions de certains acteurs, leurs intérêts ou désintérêts, et probablement avec l'interdiction des aspersions DDT.

3. Controverse autour de l'interdiction du DDT

La controverse que soulève aujourd'hui encore la question de l'interdiction du DDT mérite d'être, au passage, soulignée. Elle fait du débat autour du DDT, un sujet complexe, d'une brûlante actualité, et dans laquelle il convient de s'avancer avec beaucoup de prudence. Le DDT a longtemps été utilisé à titre préventif en agriculture. Cette utilisation s'est faite de manière extensive et sans contrôle aucun. Ce produit devient très tôt la victime de son succès, en raison surtout de son coût assez faible de production[56]. C'est ainsi qu'en 1972, le produit est interdit aux États-Unis par l'agence de l'environnement. Cette interdiction est due au fait que sa persistance dans l'environnement a été confirmée, bien que son degré de toxicité restait assez controversé. Sous la pression des associations environnementalistes étasuniennes en effet de nombreuses campagnes sont menées en vue de son interdiction généralisée dans le monde. Elles obtiennent gain de cause. Ce qui expliquerait, pour certains auteurs, la résurgence de l'épidémie de paludisme dans le monde et notamment dans les pays du Sud où la maladie n'avait pas encore pu être éradiquée[57].

Tout semble en effet avoir commencé en 1976, lorsque dans un rapport, le comité d'experts OMS sur les insecticides tente de dresser le point sur la question. Ledit comité estime en effet que 29% des populations (soit 256 millions de personnes) vivant en zone impaludée –

---

[55] Voir Unicef/santé, « Paludisme », [en ligne], consulté le 23 mars 2016. URL : http://www.unicef.org/french/health/index_malaria.html

[56] J.-P. Krivine, « DDT et lutte contre le paludisme : la réécriture de l'histoire », in *Science et Pseudo-science*, n°308, avril 2014, [en ligne], consulté le 23 mars 2016. URL : http://www.pseudo-sciences.org/spip.php?article2271

[57] L. Battino, *Paludisme et DDT : Chronique d'une tragédie occultée*, Paris, L'Harmattan, 2010.

, c'est-à-dire, en Amérique, en Europe, dans le bassin méditerranéen et le Sud-est asiatique – sont impactées par un problème de résistance. Le même comité dit ne pas disposer d'assez de données pour l'Afrique[58]. Les experts soutiennent par ailleurs que cette résistance pour laquelle au moins 71% des individus seraient à l'abri n'est pas due à l'inefficacité de l'insecticide. Au contraire, utilisé comme il l'était dans le cadre des campagnes de lutte antipaludique, c'est-à-dire, essentiellement par pulvérisation ciblée à l'intérieur des maisons et autres lieux d'habitation, le DDT qui avait montré ses effets irritant et répulsif conservait, malgré tout, son efficacité vis-à-vis des moustiques même les plus résistants[59]. En conclusion de leur rapport de 1976, les experts soutiennent qu'il conviendrait, pour les zones où les programmes d'éradication sont toujours en cours, un « haut niveau de pression en insecticide »[60]. Ils ajoutent même que « les plans anti-paludisme qui visent à une large et significative suppression de la transmission, dépendent aujourd'hui lourdement de l'usage des insecticides, d'une façon ou d'une autre »[61]. Le livre de référence – non traduit en français – de Donald Roberts et Richard Tren : *The Excellent Powder. DDT's Political and Scientific History*[62], tente, le long de ses 400 pages, de donner une analyse détaillée de l'histoire du DDT. L'ouvrage décrit ainsi, référence à l'appui, les différentes influences des campagnes pour le bannissement de cet insecticide, les positions parfois complaisantes des agences internationales comme l'OMS et les implications de tels mouvements sur la santé des populations des zones impaludées.

Cette version des faits est par ailleurs violemment contestée par de nombreuses associations écologistes surtout, dont le journaliste Stéphane Foucart s'est tout récemment fait le porte-parole, dans les colonnes de *Le Monde*[63]. Pour Foucart qui s'appuie essentiellement sur l'ouvrage de Naomi Oreskes et d'Erik Conway[64] pour étayer son propos, cette « légende forgée et diffusée par les milieux néoconservateurs américains », n'est rien moins qu'une « fable dépourvue de tout fondement »[65]. Pour l'auteur et les autres protagonistes qui partagent cette vision en effet la réalité relèverait du fait que le DDT avait commencé à perdre du terrain dans la lutte anti-vectorielle autour de 1970, en raison de l'apparition, dans certaines régions, des résistances des anophèles à cet insecticide. Cette vision surtout défendue par les milieux

[58] OMS, « 22e rapport du comité d'experts de l'OMS sur les insecticides », OMS, Genève, 1976.
[59] OMS, « Insecticide resistance and vector control », 17e rapport du comité d'experts de l'OMS, OMS, Genève, 1970.
[60] *Ibid*.
[61] OMS, « 22e rapport du comité d'experts », p. 32.
[62] D. Roberts, R. Tren, *The Excellent Powder*.
[63] S. Foucart, « La fable de l'interdiction de l'insecticide DDT par les écologistes », *Le Monde*, 25 avril 2014.
[64] N. Oreskes, E. Conway, *Merchants of Doubt*, Bloomsbury Press, 2010.
[65] S. Foucart, « La fable de l'interdiction de l'insecticide ».

scientifiques occidentaux a tout récemment encore été reprise par T. Zimmer, comme le rapporte Heidi Tworek[66].

La même logique est celle qui, par ailleurs, a toujours été largement défendue et diffusée par Greenpeace notamment. Oreskes et Conway qui inspirent, pour leur part, Foucart soutiennent qu'un telle posture est du fait des partisans du *statu quo*, dont l'objectif est de nourrir la controverse en entretenant doute et confusion autour d'un consensus scientifique établi. Puisque la vérité scientifique n'est pas un « aboutissement », mais un « processus »[67] dans le sens où le veulent ces deux historiens des sciences, le débat autour de la question du DDT est loin d'être tranché, et divisera, pour longtemps encore, les chercheurs intéressés à la question. Pour ce qui nous concerne, notre propos n'est pas tant de savoir si oui ou non le DDT est responsable de la situation actuelle du paludisme tropical, mais de dresser au contraire, un état des lieux de ce qui a été fait dans l'effort de lutte antipaludique, du comment de cette action, en vue d'identifier ce qui reste à faire pour parvenir à une éradication effective de cette affection : principale meurtrière en Afrique centrale.

II. L'OMS et le paludisme en Afrique centrale : entre projet d'éradication et contrôle pérenne d'une "holoendémie"

Deux mesures de lutte contre le paludisme ont généralement été envisagées jusqu'à ce jour dans les sociétés où sévit la malaria. Il s'agit de la lutte anti-vectorielle et de la lutte chimio-prophylactique. Si la lutte anti-vectorielle consiste à combattre les anophèles femelles, responsables de la transmission de la malaria à l'homme, la lutte chimio-prophylactique, elle, s'appuie sur l'administration régulière de médicaments, de manière aussi bien préventive que curative. L'application sur le terrain de ces méthodes dites "modernes" de lutte antipaludique vont toutefois être appliquées de manière différente, suivant les contextes, et compte tenu d'un certain nombre de préjugés, et surtout des enjeux économiques divers des puissances coloniales (1). Ce qui débouche sur la persistance d'un paludisme tropical, dans la plupart des pays dits "insuffisamment développés", et notamment en Afrique centrale (2).

---

[66] Paraphrasant Zimmer, Tworek souligne : « *The program [Malaria Eradication Program] used the pesticide DDT to spray millions of houses and fields, leading to environmental destruction. In some places, malaria even re-emerged more virulently, because populations had lost their immunity to the disease* ». Voir à cet effet, H. Tworek, Rezension zu: Zimmer, Thomas: *Welt ohne Krankheit*.

[67] N. Oreskes, E. Conway, *Merchants of Doubt*, pp. 62-63.

1. Lutter contre le paludisme en Afrique : un enjeu de taille

Rappelons, avant toute chose, que c'est dans un contexte international de compétition et de conflit entre Washington et Moscou que les autorités soviétiques mettent en avant l'idée de l'impossibilité d'une éradication du paludisme. Le but d'un tel positionnement est de contrecarrer les actions des États-Unis engagés dans ce combat depuis 1950, au moment même où l'URSS et ses alliés n'étaient plus membres des OI du système des NU, et donc de l'OMS. À leur retour à l'organisation, à la veille des années 1960, il convient de battre en brèche les efforts entrepris par l'adversaire. En faisant en effet prévaloir l'idée d'une impossibilité d'éradiquer le paludisme – principal programme de l'heure – Moscou entend faire ombrage aux options depuis toujours soutenues par Washington, et ainsi faire prévaloir l'idée du « développement des services de santé de base » : l'un des piliers des SSP auxquels on aboutit en 1978. Ce conflit surtout idéologique, de même que la Guerre froide qui bat son plein à cette époque, vont considérablement impacter le processus de lutte contre cette affection, et justifier, en grande partie au moins, l'abandon du *Malaria Eradication Program* (MEP), et donc l'échec des campagnes antipaludiques, comme le soutient du reste S. Litsios[68]. Ce détail semble être occulté, depuis lors, par certains milieux scientifiques et des auteurs qui, comme T. Zimmer, défendent la thèse de l'impossibilité d'éradiquer le paludisme, en l'inscrivant dans le régistre des « *utopian visions of a postwar world* ». Une telle précision vise à mettre en valeur, les enjeux qui structurent le jeu de la lutte contre le paludisme en Afrique surtout, depuis au moins le début en 1950, des actions de l'OMS dans ce sens.

C'est en effet au début des années 1950 que la question de la santé dans le continent, et notamment celle du paludisme, cristallise l'attention des experts de l'OMS et des administrations coloniales, se plaçant ainsi au cœur des enjeux divers. En plus du Bureau Permanent International de la tsé-tsé et de la trypanosomiase (BPITT) créé au lendemain de la conférence de la tsé-tsé et de la trypanosomiase tenue à Brazzaville en février 1948, les colons entendent mettre en place, et « à bref délai », un bureau du paludisme (cf. Chap. II). Comme pour le BPITT qui avait pour but de contrecarrer l'action de l'OMS dans les territoires dominés, le bureau qu'espèrent mettre en place les administrations coloniales a pour but de jouer le même rôle[69]. L'intérêt et la priorité accordés très tôt par l'OHSDN et plus tard par l'OMS à cette

[68] S. Litsios, « Malaria control », pp. 255-278.
[69] Ceci permet de conclure que ces deux affections ont toujours été au cœur des enjeux socio-économiques de santé divers en Afrique. Il n'est pas exclu que les récentes analyses qui postulent la résurgence d'une THA en RDC s'inscrivent dans la même logique.

question – depuis au moins la première AMS – ont en effet contraint les "puissances" coloniales à s'y investir, avec notamment le soutien financier et technique de Washington et des autres institutions étatsuniennes, comme *Rockefeller Foundation* et l'USAID.

C'est au cours de la conférence de la Commission pour la Coopération Technique en Afrique au Sud du Sahara (CCTA), tenue à Lisbonne en janvier 1951, que les "puissances" coloniales décident de réunir un comité de travail pour l'étude des modalités de la création « d'un bureau de la C.C.T.A. pour la lutte contre le paludisme ». La création de ce bureau tarde toutefois à voir le jour, à cause de la divergence des points de vue des colons notamment français et anglais, sur la question. Pour l'administration coloniale française, le bureau doit voir le jour avant la session prochaine du CCTA qui devait se tenir en juin 1951, pour que la commission puisse faire entendre sa voix à la prochaine AMS, relativement à la position coloniale sur les priorités à accorder à la lutte contre le paludisme : « vous connaissez […] les objections qui risquent de nous être opposées en raison du rôle régional que l'O.M.S. s'apprête à jouer en Afrique »[70], écrit le 4 avril 1951, le Quai d'Orsay à son ambassadeur Massigli en service à Londres. Celui-ci avait été chargé de se rapprocher aussi bien du Gouvernement britannique que du secrétariat de la CCTA, pour « les inviter à prendre position devant notre suggestion »[71]. La réponse du *Foreign Office* quelques jours plus tard est catégorique. Il estime en effet que « cette réunion ne devait pas se tenir à une date aussi rapprochée »[72]. Pour le Gouvernement britannique au contraire, « une telle réunion ne pourra avoir des résultats utiles que lorsque la Commission régionale africaine de l'Organisation mondiale de la santé aura été constituée et que ses attributions auront été définies avec précision ».

La GB, nous l'avons vu dans le second chapitre de ce travail, s'était toujours montré favorable à la création d'un BR/AFRO, une idée que redoutait au plus haut point le Quai d'Orsay. Le choix des britanniques se justifie : « toute initiative que la C.C.T.A pourrait prendre en matière de lutte contre le paludisme risquerait […] de conduire à une dispersion des techniciens et des moyens disponibles et à des doubles emplois ». Or, la mise en place préalable de cette Commission régionale africaine offrait à leur avis, à la CCTA, les chances d'une collaboration réussie. C'est cette idée anglaise qui prima, comme le souligne un télégramme du

---

[70] ADP, « Télégramme de la direction générale des affaires politiques - direction Afrique à l'ambassadeur de France à Londres, Massigli », Paris, 4 avril 1951, in MAE/DAP, Paludisme, Projet de création d'un bureau de la C.C.T.A. pour la lutte contre le paludisme, (avril-juin 1951 et s.d.), Afrique-Levant, CCTA 50, K.23.5, E12.
[71] *Ibid*.
[72] ADP, « Lettre de Massigli, l'Ambassadeur de France à Londres à Robert Schuman, ministre français de affaires étrangères », 27 avril 1951, in MAE/DAP, Paludisme, Projet de création d'un bureau de la C.C.T.A. pour la lutte contre le paludisme, (avril-juin 1951 et s.d.), Afrique-Levant, CCTA 50, K.23.5, E12.

Quai d'Orsay, le 28 avril 1951. Elle débouche même sur la conclusion par l'administration coloniale française, de l'inutilité de la création d'un tel bureau qui entraînerait « la multiplication et la dispersion des efforts ».

C'est en juin 1949, à la 2e AMS, tenue à Rome, que fut présentée par le DG/OMS, le Dr. Chishlom, la proposition de convoquer une « Conférence du paludisme en Afrique équatoriale ». Le comité d'experts du paludisme recommande alors au sortir de cette AMS d'accorder à cette conférence, « une priorité de rang élevé ». L'objectif est de parvenir à l'organisation d'une rencontre purement technique, et non nécessairement intergouvernementale. « Purement technique » car, les États-membres associés de l'organisation n'ayant pas de techniciens, s'y verraient tout naturellement exclus. Les efforts déployés par les "puissances" coloniales, pour s'assurer un "contrôle absolu" des activités de l'OMS, imposent du coup, une organisation conjointe OMS/CCTA, en « raison du caractère technique » de ladite conférence[73]. Les termes de la collaboration entre les deux parties sont arrêtés de commun accord. Vingt-huit (28) experts au total sont invités à Kampala pour participer à cette conférence, en plus de 12 autres non pris en charge par l'OMS. Comme organisations invitées, on a, entre autres, la FAO et le FISE. La conférence s'ouvre effectivement le 27 novembre 1950 à 16 heures, à l'hôtel de ville de Kampala, sous la présidence du Dr. R. S. F. Hennessey, Directeur des services médicaux d'Entebbe (Ouganda). Y sont également présents, le Gouverneur de l'Ouganda, Sir John Hathorn Hall, et le Dr. Pierre Dorolle, DG/OMS adjoint et porteur d'un message du SG/ONU.

Il s'agit d'une conférence essentiellement coloniale du paludisme, compte tenu de l'origine et des nationalités des experts représentés (voir annexe 2). L'ordre du jour qu'on y adopte est la version provisoire proposée par le DG de l'OMS, et approuvé par les États coloniaux membres de la CCTA. Il porte sur les « *malaria eradication pilot projects based primarily on the use of residual insceticides* »[74]. Au terme de cette conférence, il est principalement recommandé aux Gouvernements responsables de l'administration des territoires africains, c'est-à-dire, aux administrations coloniales, d'entreprendre, « aussitôt que possible, la lutte antipaludique par des méthodes modernes, quel que soit le degré initial d'endémicité et sans attendre le résultat de nouvelles expériences »[75]. La "lutte antipaludique

[73] OMS, « Rapport de la Conférence du paludisme en Afrique équatoriale », Série de Rapports techniques n°38, OMS, Genève, avril 1951.
[74] AOMS/GVA, « The malaria eradication programme in the African region », janvier 1965, in WHO/OMS, Programme for Malaria Eradication in AFRO, M2/372/3 AFRO, Chemise 5.
[75] OMS, « Rapport de la Conférence du paludisme », p. 25.

par des méthodes modernes", telle qu'envisagée à Kampala en 1950 supposait en réalité, l'abandon systématique des méthodes locales, et la poursuite de la répression des processus locaux de lutte anti-vectorielle et prophylactique, dans les territoires administrés par la France notamment. La lutte entreprise était supposée s'engager indifféremment, et sur la base de données approximatives, c'est-à-dire, sans « données générales dignes de foi »[76], dans presque tout le continent. Malgré l'absence reconnue par tous de ces données générales, la conférence coloniale du paludisme crée le néologisme de "holoendémie" (superlatif absolu de "hyperendémie"), dans le but de traduire "la profondeur de l'atteinte palustre de certaines régions du continent". C'est ainsi qu'au lendemain de cette « *African Malaria Conference* », sont systématisées les aspersions de DDT, dans les zones endémo-épidémiques d'Afrique, « quel que soit leur degré d'endémicité »[77]. Le but de ces campagnes quasi "hasardeuses" de lutte anti-vectorielle systématisée vise à pallier l'importance des problèmes démographiques, économiques et sociaux causés par le paludisme en Afrique[78].

Les « succès apparents » de la lutte contre la malaria par le DDT en Amérique, en Inde et dans certaines régions d'Europe (Grèce, Italie, Sardaigne, Chypre) et leur écho dans les colonies sont les raisons principales qui conduisent les administrations coloniales à s'investir de façon "particulière" dans la lutte contre cette affection dans le continent. En effet, ces « succès apparents » comme les désignent, par ailleurs l'administration coloniale française, « ont été à plusieurs reprises exploités contre les Gouvernements responsables en Afrique souvent accusés, à la tribune de l'O.M.S. de se dérober à leur devoir de techniciens »[79]. Il apparaît donc clairement qu'ils vont être utilisés par les nationalistes, dans le cadre de leurs revendications anticolonialistes. C'est pour donner "satisfaction" à leurs requêtes que l'OMS propose, lors de la réunion de Kampala, de mettre en place des « équipes de démonstration ». Ils manifestent par le fait même, leur volonté de s'intéresser de plus près à cette question du paludisme en Afrique. Ceci marque le début de la participation locale de l'OMS dans le continent, malgré le fait qu'un bureau régional de l'OMS n'y avait pas encore été installé.

Toutefois, en engageant de telles actions, l'OMS ne disposait pas de spécialistes (malariologistes et entomologistes), encore moins de connaissance sur la situation en matière de paludisme dans les différents territoires sous domination coloniale. Ses seules expertises et

[76] *Ibid*.
[77] *Ibid*.
[78] ADP, « Note au sujet d'une action sanitaire commune en Afrique ».
[79] *Ibid*.

connaissances étaient celles que pouvaient lui offrir les administrations coloniales, qu'elles eurent été fondées ou non, ou alors qu'elles eurent simplement servi à justifier les "bienfaits" de l'œuvre coloniale, ou mieux, de la « mission civilisatrice », de la « mise en valeur » des colonies, en réaction aux attaques répétées des nationalistes et de leurs revendications devenues de plus en plus vives. Les responsables de l'OMS, quoi qu'il en soit, se trouvent dans l'obligation de collaborer. D'où l'organisation conjointe par exemple dès 1951, des cours sur le paludisme en Afrique, notamment celui de Lagos qui bénéficie de la collaboration de la CCTA, seule habilitée à fournir "maîtres et élèves"[80], tous issus de la métropole.

Une autre stratégie adoptée par la CCTA est la constitution urgente des « "équipes d'intervention" - personnel mixte utilisant les ressources en personnel des pays membres de la CCTA ». Elles devaient être tenues « en réserve et mobilisées éventuellement, dès que serait connu le désir de l'O.M.S. de voir une situation particulière faire l'objet d'une enquête et d'une démonstration de lutte »[81]. Pour les "puissances" coloniales, laisser l'OMS – et donc les États-Unis principaux pourvouyeurs de fonds – accomplir toute seule son œuvre en Afrique risquerait « d'être portée plutôt au crédit de l'Organisation internationale qu'à celui des puissances administrantes en tant que telles »[82]. Ces enjeux qui ont motivé l'intervention conjointe des administrations coloniales, des États-Unis et de l'OMS dans la lutte contre le paludisme, semblent justifier aujourd'hui encore la situation de cette affection devenue persistance à cause surtout des choix politiques et techniques de certains acteurs.

2. L'OMS et le paludisme en Afrique : lutter contre une "holoendémie" ?

L'Afrique est exclue, dès 1956, de la stratégie globale d'éradication du paludisme. Cette exclusion du continent donne lieu à la création de certaines zones où allaient être testées les possibilités d'une éradication de ce fléau. Seul le Cameroun est retenu en Afrique centrale, comme Zone Pilote d'Expérimentation (ZPE). On y teste les deux mesures de lutte en vigueur (anti vectorielle et chimio-prophylactique). Seulement certains choix politiques et techniques, dans l'application de ces mesures, justifient très tôt le passage du projet "d'éradication" au "contrôle" pérenne du paludisme.

---

[80] *Ibid*.
[81] *Ibid*., p. 5.
[82] ADP, « Note concernant l'action à entreprendre en Afrique par la C.C.T.A. contre le paludisme », in MAE/DAP, Paludisme, Projet de création d'un bureau de la C.C.T.A. pour la lutte contre le paludisme, (avril-juin 1951 et s.d.), Afrique-Levant, CCTA 50, K.23.5, E12.

2.1. La lutte anti-vectorielle contre le paludisme en Afrique : les origines d'une résistance des vecteurs en milieu tropical

2.1.1. La lutte anti-vectorielle par fumigation

Si les sources disponibles ne permettent pas d'évaluer l'impact de la lutte anti-vectorielle contre le paludisme en Afrique, depuis ses origines, il reste cependant évident, qu'il existait des moyens locaux parfois efficaces utilisés pour contenir la propagation des anophèles. Avec l'interdiction et la répression de la pratique de la médecine locale taxée de "fétichisme", ou de "sorcellerie", dès le début de la colonisation, et la popularisation des traitements intradomiciliaires au DDT, à partir de 1945, on assiste à un abandon presque systématique de la plupart de ces activités. C'est en 1923 cependant que l'OHSDN inscrit le paludisme dans son programme de travail comme "priorité de santé". De même, quatre "grands programmes" sont inscrits sur la liste des priorités de l'OMS, par la « Commission intérimaire », le 1er juillet 1948. Il s'agit, dans l'ordre du paludisme, de l'hygiène de la maternité et de l'enfance, de la tuberculose, et des maladies vénériennes. Deux principes de base avaient guidé ce choix : le fait que ces projets se prêtaient à une action internationale dans le domaine sanitaire et "l'importance primordiale" acquise par ces problèmes « par suite de la guerre »[83]. Au cours des travaux de ladite « Commission du Programme », deux idées s'affrontèrent au cours des discussions : celle de l'Ukrainien, le Dr. O. A. Bogomolets qui se positionnait en faveur de la nécessaire application de la chimio-prophylaxie de la population comme mesure essentielle du programme antipaludique. Opposé à Bogomolets, l'Italien le Pr. G. A. Canaperia et l'Américain, le Dr. P. F. Russell, qui soutenaient à *contrario* que la nécessaire pulvérisation dans les maisons du DDT, qu'ils considéraient comme « arme principale de lutte contre le paludisme »[84], suffirait à éradiquer le "mal". La question est alors soumise à un groupe de travail. Le rapport que présenta Paul Russell à la 6e session de la « Commission du Programme », le 5 juillet 1948, prévoyait alors l'adoption de conventions sanitaires internationales destinées à empêcher l'importation des anophèles dans les régions où cette protection est nécessaire.

---

[83] AOMS/GVA, « Commission du Programme : Quatre programmes de l'OMS sur la liste de priorité (discussion sur le paludisme), Communiqué de Presse n°216, OMS/CP/2, 1er juillet 1948, in WHO/OMS, WHO1_101_1_18.pdf (fichiers numérisés 2e génération).

[84] AOMS/GVA, « Commission du Programme. Lutte contre le paludisme : hygiène de la maternité et de l'enfance », Communiqué de Presse n°221, 2 juillet 1948, in WHO/OMS, WHO1_101_1_18.pdf (fichiers numérisés 2e génération).

La proposition de Russell est violemment rejetée par le délégué de l'Union sud-africaine, qui argua que « de tels accords tendaient à créer des barrières commerciales entre les pays et à donner naissance, dans les États même, à un sentiment de sécurité plein de danger »[85]. La question du paludisme est de nouveau renvoyée au groupe de travail auquel on adjoint cette fois le délégué de l'Afrique du sud. Le groupe s'accorde le lendemain, sur la résolution d'une lutte à "grande échelle contre le paludisme", c'est-à-dire, une lutte qui allait associer chimio-prophylaxie et lutte anti-vectorielle avec aspersions systématique d'insecticides – et notamment le DDT et la DLD – et dans laquelle Washington allait assurer l'essentiel des charges financières.

La précipitation et l'euphorie des premiers "succès" de lutte anti-vectorielle par aspersion de DDT donnent lieu à l'adoption en 1955, à la 8e AMS tenue à Mexico, d'un « Programme mondial d'éradication du paludisme ». Prenait ainsi forme, le rêve de l'épidémiologiste américain Frederick Lowe Soper (concepteur du programme global d'éradication du paludisme), et de nombreux autres hygiénistes des États-Unis, de voir s'interrompre la transmission de l'affection, par des campagnes d'aspersions de DDT limitées dans le temps. À la suite des cas de résistances observés en Grèce dès 1951, on passe des épandages massifs aux aspersions intradomiciliaires du DDT. Le programme est ainsi implémenté en Europe, en Afrique du Nord, dans certaines zones d'Asie et en Amérique latine. L'Afrique sub-saharienne est jugée « *"not ready" and excluded from the supposedly "global" initiative, which therefore ignored the territories that produced 90% of the malaria cases and deaths in the world at that time* », ainsi que le montrent M. Cueto et avant lui, S. Martin et *al*.[86].

C'est en effet, dès 1956, que le 6e comité d'experts du paludisme confirme que l'Afrique particulièrement serait exclue de cette stratégie globale d'interruption de la transmission par pulvérisation intradomiciliaire. Cette exclusion s'explique de l'avis des experts, par la "particularité" des vecteurs rencontrés dans ce continent, le manque de connaissance pour interrompre la transmission et aussi le manque de moyens financier et de personnel qualifié. C'est dans cette dynamique que sont créées des Zones Pilotes d'Expérimentation (ZPE), où allaient être testées les "possibilités d'éradication du paludisme" dans le continent. Si la lutte

---

[85] AOMS, « Sixième séance de la Commission du Programme. Discussion générale sur le paludisme et la tuberculose », Communiqué de Presse n°228s, 5 juillet 1948.

[86] Voir à cet effet S. Martin, I. B. Alilio, C. Bygbjerg, J. G. Breman, « Are multilateral malaria research and control programs the most successful ? Lessons from the past 100 years in Africa », in *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, n°71, (Suppl 2), 2004, pp. 268-278. Voir aussi M. Cueto, *Cold War, Deadly Fevers: Malaria Eradication in Mexico, 1955-1975*, Washington, D.C., Woodrow Wilson Center Press (Co-published Johns Hopkins University Press), 2007.

antipaludique se poursuit timidement dans les autres parties du continent, il n'en est pas de même en Haute-Volta (actuelle Burkina-Faso), au Nigeria, au Libéria, au Dahomey (actuel Benin), au Tanganyika en Uganda et au Cameroun car, ces territoires avaient été préalablement constitués en vastes terrains d'expérimentation de cette "éradication". L'OMS et ses experts allaient y appliquer des aspersions à dose réduite d'insecticides, comme le confirment bon nombre de rapports d'experts, notamment pour le cas du Cameroun, unique ZPE en Afrique centrale.

En tant que ZPE, le Cameroun est divisé en deux sous-zones : la zone du Nord et celle du Sud, à l'exclusion des autres parties du pays. Dans la zone Nord par exemple, les opérations commencent plus tôt en 1953, avec pour but de « prouver que l'éradication du Paludisme est possible dans une "zone holoendémique sahélienne" par les pulvérisations seules ou par leur association à des mesures de chimio-prophylaxie de masse ». Cette zone couvre un espace restreint, en 1959, situé entre les 14^{e} et 15^{e} degré Est et les 10^{e} et 11^{e} degrés Nord, soit une superficie de 7 500 km^2, concernant près de 200 000 individus. L'ensemble des travaux épidémiologiques avait été placé sous la responsabilité de l'entomologiste de l'ORSTOM, J. Mouchet. Aux côtés de Mouchet, le médecin-lieutenant, le Dr. C. Giordano, Chef de service du projet antipaludique du Nord et le paludologue de l'OMS, le Dr. P. Cavalié. Les experts décidèrent d'appliquer, dans une zone, uniquement des insecticides, dans une autre, une association d'insecticide et de chimio-prophylaxie. On compte, alors en 1960, dans la zone à insecticide seule, un indice plasmodique allant de 12 à 61%, contre un indice allant de 10 à 15 % où était appliquée l'association des mesures de lutte. Aucune interruption de la transmission n'est acquise dans cette sous-zone. On conclut alors que « l'échec des opérations au Cameroun Nord n'est pas le seul qui ait été enregistré en zone de savane »[87].

La seconde sous-zone est celle du Sud (zone pilote de Yaoundé) qui couvre elle aussi environ 7. 500 km^2. Elle concerne en 1960, près de 232 781 habitations, pour une population "protégée" estimée à 220 000. Ici, interviennent au début des années 1960, le médecin-lieutenant-colonel le Dr. R. Chastang, alors chef de la section paludisme du Service d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie (SHMP), le Pr. G. A. Livadas, consultant paludologue de l'OMS. Cette zone est pulvérisée de 1953 à 1960. Les résultats officiels font état d'un abaissement "spectaculaire des indices" plasmodiques comme on peut l'observer dans ce tableau :

---

[87] AOMS/GVA, « Rapport sur la Lutte Antipaludique au Cameroun en 1962 », par le médecin Général P. M. Bernard, Conseiller technique au ministère de la coopération, expert paludologue, in WHO/OMS, Malaria Eradication in Cameroons – Reports only, M 2/372/3 (b) Cameroons, Chemise 1 et 2.

Tableau 11 : Lutte antipaludique au Cameroun : baisse des indices plasmodiques chez les nourissons et les enfants de 2 à 9 ans

	1953	1959	1960
Nourrissons	36,8 %	0 %	0 %
Enfants de 2 à 9 ans	40,6 %	0, 22 %	0 %

Source : Extrait du rapport sur la lutte antipaludique au Cameroun en 1962[88]

Les chiffres que présente le Dr. P. M. Bernard dans ce rapport ne s'éloignent pas de ceux présentés deux ans plus tôt par le Pr. G. A. Livadas. Ce dernier écrivait alors, en 1960, dans un rapport au Dr. C. A. Alvarado, directeur de la division "*Malaria Eradication*" au siège de l'OMS à Genève : « la transmission du paludisme doit être considérée comme interrompue dans l'ensemble de la Zone Pilote d'Essai de Yaoundé »[89]. Cette interruption annoncée du paludisme dans la ZPE de Yaoundé n'est pas un cas isolé. L'utilisation du DDT au Sri Lanka, par exemple, a permis de réduire de 2 800 000 à 17, les cas de malaria, entre le début des aspersions et l'interdiction de son utilisation. Par ailleurs, 500 millions de personnes sont sauvées du paludisme en Europe, en Amérique, de la Finlande à la Floride, grâce à ces aspersions[90].

Le constat par l'expert de l'OMS Livadas, de la quasi éradication du paludisme, à Yaoundé, conduit à la tenue d'une réunion au ministère de la santé publique du Cameroun, le 17 février 1960. Celle-ci regroupe les représentants de l'OMS (le Pr. Livadas et le Dr. Maffi), ceux de l'UNICEF (le Dr. Pierret et M. Berouti), et ceux des gouvernements camerounais (le Dr. Tchoungui) et français (le médecin-lieutenant-colonel le Dr. Merle, médecin chef du SHMP, et le médecin-lieutenant-colonel Chastang, Chef de la section "Paludisme" du SHMP). Cette réunion est consacrée à « l'étude des problèmes posés par les campagnes antipaludiques du Cameroun ». Sur proposition de Livadas et de Chastang, on décide, au cours de cette rencontre, de suspendre toute aspersion d'insecticide dans la ZPE. Les conséquences de ce choix aboutissent au dépistage à la fin de 1960, de 325 cas de paludisme : 21 cas autochtones, 130 sporadiques et 71 indéterminés. Le nombre de cas recensés passe à plus de 2

[88] *Ibid*., p. 3.
[89] AOMS/GVA, « Rapport final, par Professeur Dr. G. A. Livadas, consultant O.M.S. », in WHO/OMS, Malaria Eradication in Cameroons – Reports only, M 2/372/3 (b) Cameroons, Chemise 1 + 2.
[90] R. Bates (éd.), *What Risk* ? (Science, Politics & Public Health), Butterworth & Heinemann, Oxford, UK, 1997. Voir aussi P. Lutgen, « L'interdiction du DDT a causé des millions de morts. Quand tout renaît à l'espérance… », [en ligne], consulté le 23 mars 2016. URL : http://www.mitosyfraudes.org/Pesti/ddt-lut.html

274 en 1961, avec plus de 795 cas autochtones[91]. La réapparition de ces nouveaux cas s'accompagne de celle des *A. Gambiae*, principal vecteur pour l'homme en Afrique subsaharienne.

Au vu de ce qui vient d'être analysé, il se pose la question de savoir si le paludisme avait effectivement été éradiqué dans la ZPE du Cameroun[92], ou la suppression de la transmission qui semblait acquise en 1960 n'était qu'un leurre ? Comment comprendre et interpréter l'attitude des experts vis-à-vis de cette situation ? Tout semble, en tout cas, aller dans le sens de la poursuite, ou du moins, du maintien de façon pérenne, d'une "assistance technique" qu'on n'était pas prêt à abandonner. C'est du moins ce qui ressort de la conclusion du conseiller technique, paludologue du ministère français de la coopération, P. M. Bernard : « une surveillance de plus en plus active s'impose ». Et mieux qu'une surveillance accrue, on passe du "projet d'éradication" à celui de "pré-éradication".

C'est en 1962 qu'est conçue la philosophie de la « *pre-eradication projects* », presque généralement admise comme principe, lors de la 4e Conférence sur la malaria en Afrique tenue à Yaoundé en juillet de cette année. Un concept sinon ambiguë, du moins vide, et mal assimilé par les États, comme en témoigne le directeur du BR/AFRO, le Dr. A. Quenum le 31 mars 1966, dans une correspondance au DG/OMS, le Dr. M. G. Candau. Le DR/AFRO précise : « l'ambiguïté du terme "Pré-éradication du Paludisme" est responsable de bien des méprises pour différents gouvernements ». Treize pays au total sont intégrés dans ce nouveau programme, dont la priorité est désormais accordée, au « développement de l'infrastructure des services sanitaires de base », et le renforcement de "l'aide matérielle"[93]. On peut alors s'interroger sur le type "d'infrastructure" qu'il aurait fallu "développer", pour des aspersions intradomiciliaires d'insecticides qui avaient fait leurs "preuves" ailleurs. Il importe tout aussi bien de se questionner sur le type d'"aide matérielle" dont on avait besoin pour une telle opération, et la finalité de cette dernière. Autrement dit, n'y a-t-il pas lieu de voir dans cette attitude des acteurs internationaux engagés dans la lutte contre le paludisme en Afrique, la volonté d'entretenir cette affection plutôt que de la voir être éradiquée ? Mieux, la conduite de certains de ces experts ne s'inscrit-elle pas en droite ligne du projet de "contrôle absolu" et

[91] AOMS/GVA, « Rapport final, par Professeur Dr. G. A. Livadas, consultant O.M.S. », in WHO/OMS, Malaria Eradication in Cameroons – Reports only, M 2/372/3 (b) Cameroons, Chemise 1 + 2.
[92] Notons que même si cette éradication avait été effective, on aurait assisté tôt ou tard à une ré-infestation de cette zone. La lutte antipaludique entreprise dans les deux sous-zones ne concernait qu'environ 15. 000 Km^2 sur les plus de 400. 000 Km^2 que comptait le Cameroun français à cette époque.
[93] AOMS/GVA, « The malaria eradication programme in the African region », Chemise 5.

pérenne des politiques sanitaires – et, par ricochet, des campagnes de lutte contre les maladies – des territoires africains, comme il avait très tôt été formulé par les ex-puissances coloniales (voir Chap. II) ?

Pour le Cameroun, le programme de "pré-éradication" est prévu pour deux ans. Financé par l'OMS à $ 93 400, soit environ 23 millions de FCFA. Un financement réservé au payement du personnel international, les bourses d'études, le matériel de laboratoire, et 9 véhicules Renault 4 CV[94]. Pour ce qui est de la contribution du Gouvernement camerounais, elle s'éleve à 52 millions de FCFA par an, essentiellement destinés au payement du personnel local, aux tournées, au fonctionnement et l'équipement, et au transport. Aucune action n'est prévue en rapport direct avec la lutte antipaludique proprement dite. L'allocation de tels types de contributions, par ailleurs, priorisés par la plupart des OI et des ONG intervenants dans les pays du Sud, semble satisfaire aux attentes d'une élite locale plus souvent véreuse. Ce genre de contribution est alors à l'origine de nombreux conflits d'intérêts et de la plupart des détournements de fonds au niveau local, puisqu'il n'offre que de minces garanties de contrôle. Dans un mémorandum anonyme signé à Yaoundé, le 27 juillet 1962, l'auteur, sans doute un responsable de l'OMS en service au Cameroun précise :

> C'est bien dommage que les promesses faites tout récemment de participation active de l'OMS aux dépenses locales ait (sic) rendu ce travail plus difficile, nous obligeant, sans engager l'OMS à une sorte de compromis qui se traduit en une augmentation du nombre de véhicules à être fourni par l'OMS, plutôt qu'une participation aux dépenses locales qui n'offrirait entre autre aucune possibilité réelle de contrôle de l'utilisation rationnelle des fonds[95].

Ce programme de "pré-éradication du paludisme" au Cameroun, rappelons-le, vise, entre autres, le renforcement du "système de surveillance expérimentale", et l'aménagement du service national d'éradication du paludisme (S.N.E.P.), nouvellement créé. Plutôt que de la considérer du point de vue de "l'éradication mondiale", la question du paludisme au Cameroun et en Afrique au Sud du Sahara, en général, est devenue un "problème local de Santé Publique", dans lequel n'était plus envisagées de solutions définitives à longue échéance, mais où étaient désormais cherchés "les moyens de faire face immédiatement aux besoins les plus urgents des populations"[96]. Un discours qui rappelle, en tout point de vue, les présupposés inégalitaires et dominateurs au principe des premières OI de santé et même de l'OMS. Des principes également

---

[94] AOMS/GVA, « Rapport sur la Lutte Antipaludique au Cameroun en 1962 », par le médecin Général P. M. Bernard, Conseiller technique au ministère de la coopération, expert paludologue, p. 7.
[95] AOMS/GVA, Mémorandum, Yaoundé le 27 juillet 1962, in WHO/OMS, Plans of operation and related correspondance, malaria eradication in Cameroons, M 2/372/3 (A) Cameroons, Chemise 2.
[96] AOMS/GVA, « Rapport sur la Lutte Antipaludique au Cameroun en 1962 ».

inspirés des projets de "mise en valeur" des colonies formulés par Sarraut au début des années 1920, ou encore de "l'assistance technique aux pays insuffisamment développés", suggéré par Truman en 1949.

Doit-on, dès lors, considérer le passage du projet d'éradication à celui de pré-éradication comme un aveu d'échec, un changement de stratégie, de priorité ou simple habillage rhétorique ? Il n'est pas exclu que ce changement de discours ait un lien avec l'accession à "l'indépendance", en 1960, de la plupart des territoires dominés, et du Cameroun, le 1er janvier de la même année. Un tel revirement semble viser la mise en exergue de l'incapacité des États nouvellement "indépendants", en tant que territoires "insuffisamment développés", à pouvoir parvenir à l'éradication du paludisme comme l'ont fait les "grandes puissances". Il entendrait aussi justifier une nécessaire "assistance technique" que les administrations coloniales, sans exception, vont perpétuer au sein des ex-colonies, avec l'aval des OI du système des NU, et notamment de l'OMS. L'article I du fameux "Plan bipartite d'opérations pour un programme de pré-éradication du paludisme au Cameroun", signé au lendemain des "indépendances" entre le Cameroun (le 8 décembre 1962) représenté par son ministre des affaires étrangères J. F. Betayene et l'OMS (le 18 octobre 1962), représenté par le Dr. Soliman, permet d'illustrer ce propos. Il stipule :

> Le présent document et l'Accord de base conclu (sic) entre le Gouvernement de la République Française et les organisations participant au Programme Elargi d'Assistance Technique le 31 mai 1954 définissent les relations entre le Gouvernement et l'OMS pour l'exécution de ce projet ; les articles du présent Plan d'opérations doivent être interprétés à la lumière de l'Accord de base[97].

Ne pourrait-on pas, dès lors, affirmer que la persistance du paludisme en zone tropicale est à corréler avec l'attitude de certains acteurs intervenant dans ce secteur, dans le but de pérenniser les interventions des puissances étrangères dans ces zones ? Notons toutefois que l'une des principales raisons de l'échec des campagnes d'éradication du paludisme par aspersion des insecticides en Afrique serait la question de leur dosage, contrairement aux présupposés d'ordre environnemental et socio-économique, généralement mobilisés. C'est, en tout cas, ce qui semble ressortir d'un rapport rédigé, le 20 février 1959, par les experts des « Laboratoires de développement technique » (*Technical Development Laboratories*), une structure située à Savannah, en Géorgie aux États-Unis. Les auteurs insistent sur la question

[97] AOMS/GVA, « Plan d'opérations pour un programme de prééradication du paludisme au Cameroun », in WHO/OMS, Plans of operation and related correspondance, malaria eradication in Cameroons, M 2/372/3 (A) Cameroons, Chemise 2.

des dosages d'insecticides et des cycles de traitement du DDT et de la DLD dans les "*Malaria Eradication Programme*" (MEP). Ce rapport est produit en réaction à celui de 1953 dans lequel G. Mac Donald et G. Davidson[98] se penchaient sur l'emploi varié suivant les pays, desdits dosages.

Si une dose de 2mg/m^2 de DDT tiendrait sur une période de 4 à 6 mois et 12 mois, suivant les conditions climatiques et les surfaces aspergées, il fallait environ 0,6 mg/m^2 de DLD, pour environ 6 mois ou plus, dans les mêmes conditions qu'avec le DDT, expliquent les auteurs de ce rapport. Si ce standard est celui voulu par les experts, il restait cependant que dans certaines zones du monde, il était utilisé 1mg/m2 de DDT pour le même intervalle de temps et parfois plus, notamment, en Inde coloniale, zone étudiée par les auteurs. Il en a été pareil presque partout en Afrique, et notamment au Cameroun.

Toujours dans la même logique, le Pr. Livadas fait plutôt référence à la rigueur qui aurait manqué durant ces aspersions au Cameroun en raison, surtout, des voies de communication. Dans son rapport de 1960, l'expert souligne :

> […] les conditions particulières dans lesquelles la Campagne-Sud s'exécute n'ont pas permis une application rigoureuse des insecticides. Une proportion oscillant autour de 20% au minimum de la population de la région se trouve entièrement en dehors du rayon d'action des insecticides à cause principalement des voies de communication[99].

Le cas de la ville Djoum au Cameroun tend à remettre en cause cette justification de l'expert de l'OMS. Les aspersions dans cette partie Sud du pays n'ont pas tenu compte des normes réglementaires en vigueur, quoiqu'offrant l'avantage d'une « *relative isolation and comparatively easy access from Yaoundé* »[100]. Les dosages de DDT ici sont bien de 1mg/m^2 et 0,6 mg de DLD pour un intervalle de temps variant entre 9 mois et un an[101].

En conclusion de leur rapport évoqué plus haut, les experts du laboratoire étatsunien postulent que : seule la toxicité de l'insecticide ne suffit pas à influencer le choix de l'un au détriment de l'autre (la DLD étant reconnue plus toxique). Aussi, les facteurs, comme le coût, le transport, le travail et la période de transmission, sont bien d'autres éléments qui dictent l'option ou influencent la sélection et le dosage des insecticides. Les différences de dosage, semblent-ils vouloir justifier, sont la conséquence non pas seulement de "l'impraticabilité",

---

[98] G. Mac Donald et G. Davidson, « Dose and Cycle of Insecticide Applications in the Control of Malaria », *Bulletin of World Health Organization*, Vol. 9, n°6, 1953, pp. 785-812.
[99] AOMS/GVA, « Rapport final, par Professeur Dr. G. A. Livadas, consultant O.M.S. », in WHO/OMS, Malaria Eradication in Cameroons – Reports only, M 2/372/3 (b) Cameroons, Chemise 1 + 2.
[100] Voir « Report on visit to Cameroun, 29 july to 6 august 1964, by Dr. S. Goriup, MO/MAL », in WHO/OMS, Malaria Eradication in Cameroons – Reports only, M 2/372/3 (b) Cameroons, Chemise 4.
[101] AOMS/GVA, « Rapport final, par Professeur Dr. G. A. Livadas ».

mais aussi et surtout des "difficultés économiques" auxquelles font face certaines régions, comparativement à d'autres[102]. Contrairement à ce qui semble ressortir de ce rapport d'expertise, il est connu aujourd'hui que la résistance des moustiques n'est pas due à l'inefficacité des insecticides. De même, l'usage du DDT tel qu'il est fait dans le cadre de la lutte contre le paludisme n'exige pas un épandage massif, mais bien, une simple pulvérisation ciblée à l'intérieur des habitations[103].

En juillet 1959, les *A. gambiae* sont déclarés résistants à la DLD au Nord Cameroun. Ce constat avait déjà été fait plus tôt au Nigéria, en Haute Volta (actuel Burkina Faso), au Libéria et en Côte d'Ivoire. Son usage n'est pour autant pas suspendu, mais considérablement réduit par rapport au DDT. Jusqu'à son interdiction en effet le DDT représentait 77% du tonnage des insecticides utilisés contre les vecteurs de la maladie, compte tenu de ses effets moins dangereux, lors de sa manipulation. Le DDT est en plus, comme le montrent de nombreux rapports d'expertise, l'insecticide le plus persistant dans les maisons où il était pulvérisé, celui qui limitait le plus le nombre d'épandages, et le moins onéreux à fabriquer. Toutes ces propriétés du DDT font de ce produit un instrument de lutte contre le paludisme plus ou moins accessible au pays les plus "démunis". Comment comprendre alors les exigences en matière de coût, de transport, ou de travail, dont l'impact aurait rendu utopique la lutte antipaludique en zone tropicale et en Afrique centrale, notamment ? Si l'argument récemment mobilisé par T. Zimmer – celui de la perte de leur immunité par certaines populations – reste pertinent pour expliquer l'abondon des campagnes d'aspersion au DDT, et donc de leur échec, il est loin d'être le seul valable. Une autre raison de l'échec des campagnes d'aspersion au DDT en Afrique serait la qualité des insecticides utilisés. C'est du moins ce qui semble sortir d'une correspondance du Dr. P. Cavalié, au Dr. M.A.C. Dowling, Conseiller régional au près du DR/AFRO. Dans cette correspondance signée à Maroua au Cameroun, le 30 octobre 1960, Cavalié écrit :

> La situation ici a changé du tout au tout depuis votre passage fin Septembre : le DDT a perdu son efficacité très vraisemblablement vers le 15 Septembre et nous avons une importante transmission dans les endroits mieux pulvérisés, sans qu'il soit question de résistance ou

[102] AOMS/GVA, « Insecticide dosages and treatment cycles of DDT and Dieldrin on Malaria Eradication Programs », Rapport du *Technical Development Laboratories* (*Technology Branch*), Savannah-Georgia, 20 février 1959, in WHO/OMS, « Study on Dosage and Cycle of Insecticides in Malaria Eradication », M2/445/11, Chemise 1 + 2.

[103] Les enquêtes orales menées auprès des communautés locales en Afrique ont permis de constater que ces campagnes d'aspersion intradomiciliaire d'insecticides sont restées vivantes dans la mémoire collective. Certains informateurs n'hésitent pas à vanter les mérites de ce produit qui les débarrassait tant des moustiques, que de cafards et autres insectes nuisibles.

> autre échappatoire mondain. Le DDT ne dure pas 6 mois dans ces régions, c'est indiscutable[104].

Pour Cavalié et Mouchet qui avaient fait ce constat, il n'y avait pas de doute que ce DDT qui avait une durée d'action inférieure à trois mois fût de mauvaise qualité. Et la question que pose Cavalié, malgré sa prudence, semble aller dans ce sens : « Nous aimerions savoir si, par un hasard vraiment impitoyable, nous n'aurions pas utilisé du mauvais DDT ? »[105]. L'explication que donne Dowling au Dr. L. J. Bruce-Chwatt quelques semaines plus tard semble confirmer les inquiétudes des experts de Maroua. Dowling écrit : « *I have reason to believe that the DDT used in the first spraying was very old stock which had been standing in Yaoundé for several years* »[106]. En guise de conclusion à sa correspondance, Bruce-Chwatt souligne : « *However, it is a most unfortunate development at this stage, just as things were going so extremely well* »[107]. Dans sa correspondance du 12 décembre, Dowling souligne plutôt : « *The house surfaces in this project area are unusual in that they consist almost 80% of thatch* »[108]. Cet argument "technique" allait suffire pour régler la question des insecticides apparemment périmés qui auraient été insidieusement employés. Les orientations politiques et les choix techniques de certains experts ont eu des conséquences certaines sur la résistance des vecteurs, comme le souligne Cavalié : « on trouve des femelles gorgées et gravides dans des cases BIEN (sic) traitées d'une façon régulière, et il y a 3 mois seulement (cycle d'entretien) alors que toute recherche était négative il y a un mois et demi »[109].

Au « Congrès de médecine tropicale et du paludisme » tenu toutefois à Téhéran en 1968, il est admis que l'éradication de la malaria n'est pas possible partout. Un argument qui comme précédement analysé, est mobilisé pour la première fois par Moscou, pour contrecarrer les actions étatsuniennes en faveur de la lutte contre cette affection. Cette vision désormais largement admise fait émerger le concept de « lutte à long terme » et plus tard, l'idée de l'abandon des campagnes d'aspersion du DDT bientôt revendiquée par les milieux écologistes occidentaux. La stratégie du "contrôle" du paludisme est ainsi entérinée par la 31e Assemblée mondiale de la santé (AMS) en 1978. L'année suivante, l'agence internationale publie une liste

---

[104] AOMS/GVA, « Lettre de Cavalié à Dowling, Maroua le 30 octobre 1960 », in WHO/OMS, Programme for Malaria Eradication in Cameroons, M 2/372/3 Came.
[105] *Ibid*.
[106] AOMS/GVA, « Correspondance de L. J. Bruce-Chwatt à M. A. C. Dowling, 10 novembre 1960 », in WHO/OMS, Programme for Malaria Eradication in Cameroons, M 2/372/3 Came.
[107] *Ibid*.
[108] AOMS/GVA, « DDT in North Cameroun. Correspondance de M. A. C. Dowling à L. J. Bruce-Chwatt », 12 décembre 1960, in WHO/OMS, Programme for Malaria Eradication in Cameroons, M 2/372/3 Came.
[109] AOMS/GVA, « Lettre de Cavalié à Dowling ».

de 12 causes principales supposées entraver les efforts d'éradication du paludisme, dans les zones où il restait endémique (voir en annexe 7). On avait pourtant pris conscience, dès le lancement des mesures d'éradication du paludisme, en Afrique au début des années 1950, que les méthodes employées étaient inefficaces et défectueuses. Or, les échecs identifiés après les indépendances, sont sans cesse corrélés par les experts de l'OMS, à

> *[the] apparent low priority assigned by the governments to malaria as a health problem ; limited financial ressources ; the need for re-adjusting from the established practice of reasonably high standards in dispensary services to the more elementary and basic type of service facility required at the periphery for the eventual support of malaria eradication programm ; a tendancy to confusion arising out of WHO's simultaneous assistance to projects in the development of basic health services planned along traditional lines*[110].

Le passage du projet "d'éradication" à celui de "pré-éradication" se résume désormais au simple contrôle de l'affection. Les conséquences de tels choix stratégiques sont catastrophiques, comme le relève J. Mouchet, qui a été lui-même, l'un des experts les plus actifs dans la mise en œuvre de ces mesures. Pour cet auteur, l'abandon au Cameroun et ailleurs en Afrique, de la "stratégie d'éradication" du paludisme au profit de celle d'un simple "contrôle" a considérablement handicapé les organismes de santé publique, en rendant impossible toute définition des objectifs et des limites même de ce contrôle[111]. Mais à côté de cette conséquence essentiellement managériale que relève Mouchet, il y eut bien d'autres, et notamment des conséquences sociales et techniques plus ou moins lourdes que nous abordons plus loin.

On peut toutefois voir au-delà de la pertinence des causes identifiées par les experts de l'OMS comme obstacle à la lutte antipaludique, comment s'opérationnalise la conception du "développement" dans les OI. C'est-à-dire, comment s'implémente la logique de « l'assistance technique aux pays insuffisamment développés » formulées vers la fin des années 1940, par l'ONU et ses IS. Une logique basée sur un système essentiellement inégalitaire, dont la conséquence fut, dans le cas d'espèce, la pratique du « deux poids deux mesures ». Pour justifier l'impossibilité de ces pays à parvenir à l'éradication du paludisme, le discours de l'OMS était presque toujours le même : les programmes d'éradication ne pouvaient démarrer car, les conditions d'obtention et de maintien de l'interruption de la transmission, dans toutes les éventualités épidémiologiques n'étant pas réunies[112], faute, disait-on, d'infrastructures sanitaires et administratives[113].

---

[110] AOMS/GVA, « The malaria eradication programme in the African region », chemise 5.
[111] J. Mouchet et *al*., *Biodiversité du paludisme dans le monde*, Paris, John Libbey Eurotext, 2004.
[112] Voir 9e Comité d'Experts (OMS 1962).
[113] *Ibid*.

Sous prétexte de leur retard socio-économique, les doses de DDT et de DLD aspergées dans les pays passibles "d'assistance techniques" étaient de toute évidence insuffisantes[114] et leur qualité parfois douteuse, pour stopper la transmission du paludisme[115], ainsi qu'il en a été en Europe et aux États-Unis. Insuffisantes étaient aussi les quantités de chloroquine (Nivaquine), dont la consommation avait été rendue obligatoire pour tous les enfants et pour toutes les femmes enceintes.

2.1.2. La lutte anti-vectorielle par les moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII)

Comme pour le cas du Cameroun précédemment évoqué, de nombreux travaux permettent aujourd'hui de mettre en valeur le lien existant entre l'interruption des aspersions intradomiciliaires au DDT et la situation actuelle de la malaria, en zone tropicale. Pour O. Branch et *al*. par exemple, il n'existait que quelques cas de *P. Falciparum* au Pérou, en 1960. Mais au lendemain de l'interdiction des aspersions au DDT, on assiste à une montée fulgurante de l'incidence parasitaire[116]. Au Sud du Cameroun (Evodoula), des travaux réalisés par J. Rageau, J.-P. Adam, et E. Rivola en 1953 avaient déjà révélé des conclusions similaires[117]. La disparition des anophèles liée aux aspersions de DDT à laquelle font allusion ces auteurs - confirmée en 1954, après trois années d'aspersion - est suivie par un indice parasitaire, chez les nourrissons qui était passé à 0 et 0,82, chez les enfants[118]. Une étude menée plus de dix années après, par J. Coz et *al*. en Haute-Volta[119], a permis de mettre en perspective l'efficacité du DDT dans l'action contre les *A. funestus* et *A. gambiae*[120]. Pour J. Coz, B. Attiou et D. Somda,

---

[114] 1mg/m^2, au lieu de 2mg, et parfois moins de 0,5mg/m^2 comme le soutiennent certaines études.

[115] J. Mouchet, J. Hamon, « Les problèmes techniques de l'éradication du paludisme en Afrique », *Médecine tropicale et paludisme*, 1963, pp. 39-48. Pour ces auteurs en effet, le DDT envoyé en Afrique était irritant et la toxicité des traitements pariétaux insuffisante. De nombreuses autres sources sont concordantes à ce sujet.

[116] O. Branch et *al*. « Clustered local transmission and asymptomatic *Plasmodium falciparum* and *Plasmodium vivax malaria* infections in a recently emerged, hypoendemic Peruvian Amazon community » in *Malaria Journal*, 2005, Vol. 4, n° 27, 16 p.

[117] Pour ces auteurs, « dans toutes les habitations traitées par pulvérisation murale de DDT en 1950, nous avons assisté à une disparition spectaculaire des Anophèles », in J. Rageau, J.-P. Adam, & E. Rivola, « Étude préliminaire sur la biologie d'Anopheles gambiae, Giles 1902 dans les régions forestières du Sud Cameroun », in *Annales de Parasitologie* Vol. 28, n°5-6, 1953, pp. 425-449.

[118] P. Carnevale, J. Mouchet, « La lutte antivectorielle au Cameroun. Passé-présent-avenir. Réflexions », in *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, Vol. 94, n°2, 2001, pp. 202-209. Voir aussi P. Carnevale, J. Mouchet, « Lutte antivectorielle et lutte antipaludique », in *Médecine Tropicale*, Vol. 50, n°4, 1990, pp. 391-398. Il convient de souligner qu'au Nord du pays, on aboutit à des résultats contraires en raison de la présence de bétail qui diversifierait le régime alimentaire des anophèles.

[119] Actuel Burkina Faso.

[120] J. Coz et *al*., « Expériences en Haute-Volta sur l'utilisation des cases pièges pour la mesure de l'activité du D.D.T. contre les moustiques », in *Bull. Org. Mond. Santé*, n°33, 1965, p. 435.

l'utilisation de ce produit serait même responsable de plus de 80% de protection contre la malaria. Plus récemment (2001-2002) encore en Inde, N. S. Sharma et son équipe montrent comment les aspersions au DDT ont pu favoriser le passage de 60-70% à 0% du taux parasitaire, chez les enfants dans six villages de ce pays. Les auteurs concluent que le DDT était efficace même dans les zones où les moustiques étaient résistants, en raison de ses propriétés[121]. La publication de ces différents travaux vise à remettre en cause la vision aujourd'hui largement diffusée, du caractère dangereux du DDT, qui aurait poussé les associations écologistes à revendiquer son interdiction.

Malgré cette convergence de résultats sur l'efficacité du DDT, ce produit est brusquement interdit au début des années 1970, sous la pression des milieux écologistes, notamment Greenpeace[122] et *Environmental Defence Fund* (EDF), et à la suite de la publication, en 1962, de l'ouvrage *Silent Spring* de la biologiste et zoologiste étatsunienne Rachel Louise Carson[123]. Comme raison évoquée : le DDT s'accumulerait dans la chaîne alimentaire et menacerait la vie de certaines espèces d'oiseaux (les martinets notamment). Cela suffisait-il à en interdire les campagnes d'aspersions intradomiciliaires ? Une étude menée par J. Mouchet, en 1994, insiste sur le fait qu'à l'intérieure des habitations où il était pulvérisé, le DDT n'avait aucun impact environnemental[124]. Ces effets n'ayant été constatés qu'à la suite des campagnes massives de désinsectisation en agriculture. Si certains auteurs se positionnent contre ce qu'il est convenu d'appeler « éco-colonialisme »[125], d'autres, au contraire, dénoncent un « génocide technologique »[126], en raison des conséquences entrainées par l'interdiction du DDT. Pour le chimiste luxembourgeois, le Pr. Pierre Lutgen, l'interdiction du DDT, qui était due surtout à la pression des firmes chimiques occidentales et notamment étatsuniennes, cachait des intérêts

[121] S. N. Sharma et *al*., « Impact of DDT spraying on malaria transmission in Bareilly District, Uttar Pradesh, India », in *Journal of Vector Borne Disease*, n°42, 2005, pp. 54-60.
[122] L'interdiction du DDT fut la première grande victoire obtenue par cette ONG.
[123] R. Carson (ed), *Silent Spring*, Houghton Mifflin, Boston, 1962. Cet ouvrage aujourd'hui reconnu par certains auteurs comme « alarmiste » et « passionné » a constitué un tournant décisif dans la naissance de l'environnementalisme en Occident.
[124] J. Mouchet, « Le DDT en santé publique », in *Cahiers Santé*, n°4, 1994, pp. 257-262.
[125] C. Sibieude, T. Sibieude, *Les rouages économiques de l'environnement : 64 dossiers-clés, 58 cas concrets, 68 schémas, 397 définitions*, Paris, les Editions de l'Atelier, 1993. Pour ces auteurs, l'intégration de la revendication écologique dans l'économie de marché est bien entendu le marché financier touché par la vague verte. L'écologie étant à leur avis, l'un des avatars du « renouveau protectionniste ».
[126] Voir à ce propos les travaux du prix Nobel de la Paix N. E. Borlaug, « Plaidoyer pour le DDT et autres pesticides », *Courrier de l'UNESCO*, Vol. 25, n°2, 1972, pp. 4-12.

économiques certains[127]. Tout cela peut sembler bien exagéré, mais ne modifie pas grand-chose sur les questions que l'on est en droit de formuler en rapport avec ce choix.

Sous recommandation spéciale de l'OMS, le DDT est remplacé par d'autres insecticides, les pyréthrinoïdes. Il s'agit des insecticides dits de « troisième génération », copiés sur les pyrèthres naturels, qui tendent à augmenter leur toxicité et leur photostabilité. Analogues synthétiques des pyréthrines[128], les pyréthrinoïdes deviennent, dès lors, les insecticides les plus utilisés aussi bien en agriculture, en horticulture qu'en santé publique. Les formes utilisées dans la lutte contre les moustiques ou les parasites sont la perméthrine, la resméthrine, la sumithrine, la deltaméthrine, etc. La majorité d'entre eux est produite par les firmes pharmaceutiques occidentales dont les plus importantes sont la firme américaine Dow Chemical Co., la société suisse Syngenta ou le géant allemand de Bayer.

Les pyréthrinoïdes qui sont des produits d'une toxicité considérable agissent alors par contact, en tuant presqu'immédiatement les insectes par effet de choc neurotoxique. Prescrits comme alternative aux pesticides organochlorés (le DDT notamment), les organophosphorés (pyréthrinoïdes de synthèse) en plus de coûter dix fois plus chers ont la propriété d'être à l'origine de plus de 40% de résistance des *P. Falciparum*, contrairement au DDT qui n'en produisait que 13%[129]. Potentiellement cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques, les pyréthrinoïdes auraient aussi des effets neurotoxiques sublétaux, surtout chez les enfants. Elles produiraient, un dysfonctionnement de la perméabilité de la barrière hématoencéphalique, dans le développement du cerveau[130], de même qu'une perturbation du système endocrinien[131].

---

[127] P. Lutgen, « L'OMS recommande le DDT », [en ligne], consulté le 13 août 2016. URL : https://plutgen.wordpress.com/2007/09/30/loms-recommande-le-ddt-2/

[128] Ce sont des substances naturelles présentes dans les fleurs de chrysanthème.

[129] F. Santolamazza et *al*., « Distribution of *knock-down resistance* mutations in *Anopheles gambiae* molecular forms in west and west-central Africa » in *Malaria Journal*, n°7, 2008, p. 74.
Il est aujourd'hui démonté que le développement des résistances au DDT observées au stade larvaire étaient dues à une utilisation agricoles abusives. Cette faible résistance n'altérait cependant pas l'effet répulsif de ce produit qui conservait malgré tout son efficacité. Benny Michels va dans ce même sens encrivant : « *If a mosquito is "DDT resistant", it will not die, but will be irritated by the DDT and fly outside. This irritant effect means that DDT continues to be moderately effective even in locales where DDT resistance is considered widespread. In either case, whether DDT kills or irritates the mosquito, the opportunity for the mosquito to bite a person with malaria and carry the infection to another person is lost* ».

[130] C. Sinha et *al*., « Mosquito repellent (pyrethroid-based) induced dysfunction of blood-brain barrier permeability in developing brain », in *Int. J. Devl. Neuroscience*, n°22, 2004, pp. 31-37. Voir aussi L. Hénault-Ethier, « Health and environmental impacts of pyrethroid insecticides: What we know, what we don't know and what we should do about it », *Executive summary and littérature review. Équiterre*. Montréal, Canada. 68 p. [en ligne], consulté le 13 août 2016. URL : http://www.equiterre.org/publication/revue-de-litterature-sur-les-impacts-des-insecticidespyrethrinoides-sur-la-sante-et-len.

[131] L. Hénault-Ethier, « Health and environmental impacts », p. 2.

Le lancement, vers la fin des années 1990, de la campagne internationale de lutte antipaludique par Gro H. Brundtland ouvre la voie à l'utilisation massive de moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII)[132], recommandée par l'OMS et l'UNICEF. On assiste alors à de grandes campagnes de "distribution" des moustiquaires imprégnées, surtout aux pyréthrinoïdes dans toutes les zones endémiques d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine. Des études récentes[133] révèlent toutefois que seuls 40% de protection est assurée avec les MII sur une population d'individus dormant sous moustiquaire[134]. Cette proportion de 40% est à comparer avec les 80% de cas protégés, lors des aspersions au DDT. Une autre étude entreprise en RDC, a pu montrer que la moustiquaire Olyset Net® (l'une des moustiquaires recommandées par l'OMS), aboutit après trois mois d'utilisation seulement à la résistance la plus accrue de toute l'histoire du paludisme, des anophèles aux insecticides (de l'ordre de plus de 20%)[135]. La MII Olyset Net® est d'origine chinoise. Fabriquée par l'entreprise Sunitomo chemical Co. Ltd, elle est distribuée par la compagnie PSI dont le nom commercial est « mama séréna »[136].

Le contrôle de qualité initié en 2003 par l'OMS sur les moustiquaires en polyester prétraitées de pyréthrinoïdes (perméthrine et deltaméthrine) a révélé que sur 120 échantillons de 4 marques différentes, la concentration en substance active était toujours inférieure à 50% et parfois seulement de 10% de la norme. Cette concentration connaissait une baisse vertigineuse de l'ordre de 70 à 90% après un seul lavage de la MII. Ce qui induit que l'efficacité toxique de la majorité des MII utilisées à la suite des grandes campagnes de "distribution" lancées par l'OMS et l'UNICEF est très faible. Pour 1/3 d'entre eux, seuls moins de 10% de moustiques sont tués par contact.

---

[132] Encore appelées Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide à Longue Durée d'Action (MILDA).

[133] F. Darriet, R. N'Guessan, P. Carnevale, « Évaluations en cases-pièges de l'effet protecteur de moustiquaires non imprégnées d'insecticide dans la prévention des piqûres d'Anopheles gambiae s.s. », in *Cahiers d'Études et de Recherches Francophones*/Santé n°10, 2000, p. 413-417. Voir aussi F. Darriet et *al*., « Impact de la résistance aux pyréthrinoïdes sur l'efficacité des moustiquaires imprégnées dans la prévention du paludisme : résultats des essais en cases expérimentales avec deltaméthrine », in *SC. Bull. Soc. Pathol. Exot*., n°95, 2000, pp. 131-134.

[134] *Ibid*.

[135] B. Zawadi Musaka et *al*., « Évaluation de la Sensibilité et Résistance des Anophèles gambiae ss aux Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide », in *International Journal of Innovation and Scientific Research*, Vol. 10, n°2, octobre 2014, pp. 312-317. Les auteurs concluent : « La moustiquaire imprégnée de la perméthrine à 2% de marque Olyset net est efficace contre les Anophèles gambiae. La résistance de ce vecteur due à cet insecticide devient plus inquiétante à partir du troisième mois de son utilisation. La maille de cette moustiquaire étant de 4mm de diamètre ne limiterait le contact permanent entre l'homme et le vecteur, ce qui explique la pérennisation de cette endémie de notre aire d'étude en dépit de la vulgarisation des moustiquaires faite par les organismes sanitaires », p. 312.

[136] *Ibid*., p. 313.

Les noms commerciaux de quelques-unes de ces moustiquaires largement utilisées et répondant aux standards de l'OMS (WHO/WHOPES STANDARD) nous sont connus. Il s'agit, pour celles prétraitées à la Deltaméthryne, de la Mosquito-Nilo-Vital-Net®, la Cinq sur Cinq Tropic®, la Treck®, la Totem®, la Cabin®, la Permanet®, etc. Pour celles imprégnées à la perméthrine, nous avons, entre autres, la Moskitul®, la Hamaca®, la Bangla®, etc. La moustiquaire en polyester « Mosquito-Nilo-Vital-Net® », par exemple, est un produit de la société française NILO-VITAL qui est dirigée par France Lotteau et a son siège à Lille. Non subventionnée par les États et les bailleurs de fonds étrangers, cette moustiquaire, comme les autres, coûte environ 40 euros, soit un peu plus de 26 000 francs CFA.

Comme données chiffrées, les MII permettraient environ 40% de la réduction des infections, avec une réduction de la mortalité infantile oscillant entre 15 et 18%, en cas d'une couverture assurée à 100%. Malgré ces résultats modestes qui rendent hypothétique l'atteinte de l'objectif visé d'éradication du paludisme, le nombre d'utilisateurs des MII n'a pas cessé de s'accroître dans les zones de forte endémicité. Le Cameroun, par exemple, a connu une explosion vertigineuse d'utilisation de moustiquaires, passant ainsi de 33% de moustiquaires "distribuées" en 2011 à 66% en 2013. Soit un peu plus de 8.000.000 de moustiquaires. L'UNICEF est aujourd'hui le premier acheteur et promoteur de l'utilisation de ces outils potentiellement dangereux, avec plus de 24 millions de moustiquaires achetées en 2006, et plus de 25 millions autres délivrées en 2010, pour une valeur estimée, pour cette année seulement, à environ 92,5 millions de francs suisses[137], collectés auprès des donateurs suisses[138]. Serait-il alors maladroit de mettre en rapport ces dons avec les intérêts économiques des firmes pharmaceutiques occidentales, et notamment Novartis ? Il ne fait aucun doute que tel n'est pas l'intention de ces millions d'hommes et de femmes de "bonne volonté", qui se soucient du devenir sanitaire du continent africain. Mais il reste aussi pertinent qu'il est économiquement plus rentable, de vendre[139] des moustiquaires plutôt que de voir le paludisme être éradiqué. Ce qui constituerait un manque à gagner inestimable pour ce géant pharmaceutique, qui détient le quasi-monopole du marché des antipaludiques. On est alors tenté de se demander contre quoi protègent les MII, qui protègent-elles en réalité et pour quelles fins ?

---

[137] Unicef, « Approvisionnement et logistique : Moustiquaires », [en ligne], consulté le 13 août 2016. URL : http://www.unicef.org

[138] *Ibid.*

[139] Ce qui est présenté aux yeux de l'opinion comme « distribution gratuite des moustiquaires » serait en fait des dons sous forme de prêt que les États consentent auprès des bailleurs de fonds étrangers. Ces « dons » constituent aujourd'hui une part importante de la dette publique extérieure de la plupart des États du continent.

Si la question faisant appel à la responsabilité des acteurs, au sujet des 3 millions d'enfants qui meurent sous les tropiques chaque année, ne saurait être du ressort de l'historien, celle des mobiles qui auraient conduit à de tels choix politiques a déjà donné lieu à plusieurs débats. Pour le Pr. Charles F. Wurster par exemple (responsable scientifique et fondateur de *Environmental Defence Fund*), cet excédent de la population dans les pays pauvres doit disparaître[140]. Le Pr. Van Den Bosch de l'Université de Californie, pour sa part, s'étonne de l'intérêt qu'on porte au niveau mondial, à ces enfants de couleur dans les pays pauvres[141]. C'est dans la même veine que le vice-président et sénateur américain Al Gore, dans son ouvrage *Earth in the Balance: Ecology and Human Spirit*[142] conclut que l'interdiction du DDT a sauvé la vie de certains Américains. Il s'inscrit par-là dans la logique de son compatriote, le biologiste et écologue Paul R. Ehrlich pour qui la poursuite de l'utilisation du DDT aurait conduit à une explosion démographique en Afrique[143]. Pour l'ensemble des auteurs sus-évoqués, il conviendrait de mettre en rapport ces choix techniques et politiques, avec la nécessité « d'équilibre démographique ». Un point de vue qui semble refléter, en partie au moins, les croyances d'une certaine opinion occidentale.

Pour l'historien, au contraire, se permettre de mener une telle analyse serait verser dans les théories du complot, même si des travaux récents d'éminents chercheurs font se rencontrer « environnementalisme global » – ou tout simplement étatsunien –, malthusianisme et « utopies militaires »[144]. S'inscrire dans cette logique impose, pour l'historien, un minimum de réserve, en raison surtout de la conscience que l'on a, de la responsabilité parfois tout entière, des élites politiques locales africaines, dans la prise de certaines décisions. Nous revenons par exemple plus loin, sur le choix de ces élites, de privilégier l'achat de certains produits médicamenteux, les spécialités, notamment – en raison des intérêts privés qu'ils leur procurent –, au détriment des médicaments génériques, moins coûteux et bénéfiques, pour les populations (cf. Chap. VII). La conséquence de la promotion entêtée par l'OMS, les OI, comme l'UNICEF et les responsables politiques africains, de l'utilisation des MII est relevée par J. F. Trape et *al.*, dans leur étude de cas, menée sur les habitants du village Dielmo au Sénégal. Pour ces auteurs :

---

[140] C. F. Wurster, *DDT wars: Rescuing Our National Bird, Preventing Cancer, and Creating the Environmental Defense Fund*, Oxford & New York: Oxford University Press, 2015.
[141] G. Jackson, TNA News, 6 décembre 2000, www.newaus.com.au/news166ddt.html.
[142] Al Gore, *Earth in the Balance: Ecolgy and the Human Spirit*, Houghton Mifflin, Boston, 1992.
[143] P. R. Ehrlich, *The Population Bomb*, Ballantine Books, 1968.
[144] Voir à cet effet T. Robertson, *The Malthusian Moment: Global Population Growth and the Birth of American Environnementalism*, New Brunswick, Rutgers University Press, 2012. Voir aussi sur le même sujet, J. D. Hamblin, *Arming Mother Nature. The Birth of Catastrophic Environnementalism*, New York, Oxford University Press, 2013.

> *In Senegal the National Malaria Control Programme noticed very low levels of resistance to pyrethroids in 2006-2007 but very high levels in 2010 and a resurgence of malaria in many areas. This clearly shows that this build-up of resistance is a consequence ot the distribution of 6 million LLINs (long lasting nets impregnated with pyrethroids)*[145].

Les travaux de C. Antonio-Nkondjio et *al*. pour le cas du Cameroun ne s'éloignent pas de cette logique[146]. C. Czeher et *al*. pour leur part insistent sur ce même phénomène au Niger, où la résistance aux insecticides des MII est passée 0,5% en 2005 à 7,2 en 2007[147]. Le Dr. Diego Buriot, sollicité, en 2008, pour effectuer un audit sur la lutte contre le paludisme dans la région africaine de l'OMS, semble abonder dans le même sens[148]. Il précise ainsi au cours de l'entretien qu'il nous a accordé, en février 2017, que : « philosophiquement, ça semblait une bonne idée d'imprégner les moustiquaires, mais il n'y avait aucune raison pour qu'il n'y ait pas de résistances qui se développent »[149].

La résistance aux pyréthrinoïdes pourrait ainsi apparaître alors comme le principal élément responsable du maintien de la situation du paludisme, depuis le début de l'utilisation massive des MII, vers les années 2000. C'est du moins ce que semblent soutenir L. Norris et *al*. pour qui, « *Resistance of African malaria mosquito coincident with increased use of ITNs* »[150]. Cette évidence avait conduit plus tôt en 2006, à la réintroduction du DDT, dans les campagnes de lutte antipaludiques[151]. Comment expliquer et comprendre ce revirement, ou mieux, ce retour en grâce du DDT que comme la reconnaissance de ses vertues, et donc de son efficacité dans les campagnes de lutte antipaludiques ? Cette reconnaissance tardive de l'importance du DDT ne vient-elle pas battre en brèche les arguments des écologistes qui ont conduit à son interdiction au début des années 1970 ? Quoi qu'il en soit, il importe de souligner que la décision de réintroduire le DDT dans les campagnes de lutte antipaludiques n'a pas

---

[145] J. F. Trape et *al*., « Malaria morbidity and pyrethroid resistance after introduction of insecticide-treated bednets and artemisinin-based combination therapies: a longitudinal study », in *The Lancet Infectuous Diseases*, Vol. 11, n°12, 2011, pp. 925-932.

[146] C. Antonio-Nkondjio et *al*., « Anopheles gambiae distribution and insecticide resistance in the cities of Douala and Yaoundé (Cameroon): influence of urban agriculture and pollution » in *Malaria Journal*, n°10, 2011, p. 154. Les auteurs écrivent : « *For over a decade now, major malaria control efforts in the country have been directed toward adult mosquito control including use of impregnated bed nets, screens, insecticide sprays and coils. The national malaria control programme has distributed over two millions impregnated bed nets since 2000, mainly to urban dwellers. However, this has had a limited impact on the disease burden* ».

[147] C. Czeher et *al*. « Evidence of increasing Leu-Phe knockdown resistance mutation in *Anopheles gambiae* from Niger following a nationwide long-lasting insecticide-treated nets implementation », in *Malaria Journal*, n°7, 2008, p. 189.

[148] Entretien avec D. Buriot, Genève-Lyon, le 8 février 2017.

[149] *Ibid*.

[150] www.pnas.org, vol. 112, n°19, 12 mai 2015.

[151] C'est effet le 17 mai 2004 à Stockholm que fut signée la Convention du même nom, relative aux produits chimiques persistants. Ladite Convention est ratifiée par une cinquantaine de pays. Le DDT à nouveau autorisé le 16 septembre 2006 est aujourd'hui utilisé par au moins 20 de ces pays. Cette utilisation serait responsable de la réduction de près de 80% des cas de malaria.

nécessairement été suivie d'effets, et sa mise en application est restée une simple déclaration d'intention tant pour les OI et les bailleurs de fonds étrangers que pour de nombreuses autorités des zones encore affectées par la malaria.

2.2. La lutte chimio-prophylactique contre le paludisme en Afrique : l'émergence d'une pharmaco-résistance des plasmodiums

2.2.1. Vers une nivaquinisation sauvage des masses

Pour ce qui est de la lutte prophylactique contre le paludisme, elle se fait par l'usage de la chloroquine (nivaquine)[152]. Utilisée dans bien d'autres territoires, la consommation de la chloroquine est rendue obligatoire, pour les enfants en âge pré-scolaire et scolaire, et pour les femmes enceintes, dans les pays où le paludisme était considéré comme endémique. Les écoles sont priorisées, en raison du fait qu'elles constituent le lieu par excellence de "l'éducation sanitaire poussées des masses". Les églises et autres lieux de culte, les centres de santé et les lieux publics, comme les marchés vont servir à la même cause. Pour ce qui est des écoles par exemple, elles offrent l'avantage d'être des milieux bien organisés rassemblant des groupes d'individus bien spécifiés, notamment les enfants et les femmes enceintes, ce qui justifie, en grande partie au moins, l'intervention dès les premières heures, du FISE (UNICEF), dans ce projet de lutte antipaludique. Au Cameroun par exemple, les campagnes scolaires de lutte chimioprophylactique sont conjointement organisées par le Commissariat Général de la Santé Publique et à la Population (CGSPP) et le Secrétariat d'État à l'Enseignement. Le rôle assuré par les inspecteurs primaires, les autorités locales, les responsables médicaux de la zone rurale, et les instituteurs dans le contrôle administratif de la consommation effective de ces médicaments par les élèves ou de leur stockage donne une idée précise de comment s'articulent les logiques globales, locales et communautaires.

Un cas pratique de l'opérationnalisation des campagnes chimioprophylactiques est rapporté pour l'exemple du Cameroun par le Dr. Augusto Rodriguez Noguer, Conseiller régional en matière de malaria en Afrique dans une lettre au Dr E. B. Weeks (Chef du service du *Malaria Pre-eradication Programme*) le 12 août 1969 :

> *In Cameroon, in 93 health posts now regularly treating malaria suspected cases with a single dose of chloroquine, 10mg/kg is the distributing standard dose ; 5mg/kg is given to school children weekly and to expectant mothers and under five children, overnightly, the*

[152] Voir O. Bouchaud, C. Longuet et J.-P. Coulaud, « Prophylaxie du paludisme », in *La Revue du praticien*, Vol. 48, n°3, 1998, pp. 279-286.

cumulative effects of this repeated treatment preventing the developement of the erythrocytic forms[153].

Pour ce qui est des dosages, ils se faisaient de manière différente, suivant qu'on se trouvait en zone francophone ou anglophone :

[…] we always advise WHO field staff or governments, when required, on total weight of drug (base) to each age groupe – under 1, 1-3, 4-6, 7-10, 11-16 and over 16 - and we usually specify the number of tallying tablets, 100mg, or 150 mg, when dealing with either French - or English-speaking countries[154].

Il convient de rappeler qu'avant 1956, tous les cas présumés de paludisme et toute population se trouvant en zone d'essai étaient automatiquement soumis à la consommation de la chloroquine. La quinine restait cependant un médicament tout aussi populaire. Elle était administrée, soit par voie parentérale, soit par voie orale[155]. La quinine injectable (administrée par voie parentérale) particulièrement a handicapé de milliers d'enfants, dont bon nombre gardent aujourd'hui encore des séquelles[156]. D'autres conséquences de ce produit généralement surdosé sur les populations sont bien identifiées, notamment la fréquence des fièvres bilieuses hémoglobinuriques[157]. Les expérimentations chimioprophylactiques engagées, dès 1956, se font par l'administration des antipaludiques, soit isolement, soit en association. Leur objectif officiel était de « rechercher les méthodes d'application pratiques convenant aux conditions locales »[158].

En association par exemple, les experts de l'organisation prescrivent alors de la chloroquine et de la pyriméthamine. Les résultats de ces essais menés par J. Schneider, Langillon, et Delas, sont publiés entre mars et avril 1957, dans le *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*. Ils concernent en tout 250 enfants de moins de 9 ans, du village de Guirvidig dans le Diamaré, qui avaient été soumis à la consommation, une fois par semaine, durant toute la durée de l'expérience (3 mois), de ½ comprimé, soit 75 mg de chloroquine et

[153] AOMS/GVA, « Malaria control activities in the African region. Correspondance de Noguer à Weeks », 12 août 1969, in WHO/OMS, Programme for Malaria Eradication in AFRO, M2/372/3 AFRO, Chemise 6.
[154] *Ibid*.
[155] P. Carnevale, J. Mouchet, « La lutte antivectorielle au Cameroun. Passé-présent-avenir. Réflexions », in *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, n°94, 2 bis, 2001, pp. 202-209.
[156] Les cas de jeunes littéralement paralysés ou invalidés par ces injections à la quinine, hantent aujourd'hui encore la mémoire collective africaine, comme il nous a été donné de le constater lors de nos enquêtes de terrain. Il est en effet courant de rencontrer aujourd'hui encore, dans les villes d'Afrique, des jeunes personnes marchant en traînant derrière eux, un pied paralysé par ces injections.
[157] P. Carnevale, J. Mouchet, « La lutte antivectorielle au Cameroun », p. 203.
[158] AOMS/GVA, « Rapport sur la chimioprophylaxie dans les écoles du Cameroun en tant que mesure de santé publique, dans le cadre de la lutte contre la morbidité globale et l'absentéisme scolaire », in WHO/OMS, Malaria Eradication in Cameroons – Reports Only, M 2/372/3 (b) Cameroons, Chemise 5.

6,5 mg de pyriméthamine. Cette dose correspondant en effet à la moitié de la dose normalement prescrite lors de la conférence sur le paludisme de Lagos en 1955.

Si les résultats, à la fin de la période expérimentale, permettent de conclure à une chute de l'indice splénique de 71% à 4%, et d'un passage de l'indice parasitaire de 67% à 0%, le retour de la saison de pluie, quelques mois après (5 mois), s'accompagne d'une « remontée brutale » des indices pendant cette saison, qui laisse de l'avis du rapporteur, « apparaître que l'association utilisée était devenue incapable de protéger efficacement les enfants »[159]. Une façon fort bien élégante de traduire les conséquences auxquelles on était parvenu, c'est-à-dire, la résistance des plasmodiums à la chloroquine associée à la pyriméthamine. Les interprétations de ces résultats donnent toutefois lieu à la formulation de deux hypothèses : soit les doses de médicament étaient insuffisantes, soit alors il ne s'agissait simplement que d'une résistance à la pyriméthamine, comme on l'avait déjà observé dans d'autres zones d'expérimentation, notamment en Afrique, en Asie du Sud-Est et en Amérique du Sud. Pour "vérifier cette situation", il est décidé de poursuivre les expérimentations, en répartissant en trois groupes, les populations d'enfants soumises à la nivaquinisation dans les écoles, à la même fréquence, c'est-à-dire, une fois par semaine, pendant 20 mois. Cette nouvelle vague d'expérimentation se fait comme représenté dans le tableau suivant :

Tableau 12 : Expérimentations médicamenteuses au Cameroun

1er groupe	2e groupe	3e groupe
Traitement en association de chloroquine + pyriméthamine à la même dose (75mg + 6,5 mg)	Traitement à la double dose de pyriméthamine (25 mg)	Traitement à la double dose de chloroquine (300 mg)

Les résultats montrent un maintien de l'indice parasitaire presqu'égal à 8%, dans le 1er groupe et 6,1% dans le 2e, tandis que dans le 3e groupe, on note une baisse sensible passant de 5% à 2,9%[160]. Les conclusions sont similaires à celles de la première expérimentation : l'apparition d'une « chimiorésistance après administration pendant plusieurs mois consécutifs

[159] AOMS/GVA, « Rapport sur la chimioprophylaxie », p. 5.
[160] AOMS/GVA, « Rapport sur la chimioprophylaxie », p. 6.

de la pyriméthamine »[161]. Les experts de l'OMS restent convaincus que les « rapports isolés ont signalé dans diverses régions de l'Afrique la présence de souches de *P. falciparum* résistant à la chloroquine, sans toutefois pouvoir le prouver par un examen critique. C'est dans ce sens qu'une « Étude sur l'existence des souches de *P. falciparum* résistantes à la chloroquine », au Cameroun, est initié à nouveau en 1967, par le Dr. Samuel Abane, Chef du SEP et du Dr. J. Ochrymowicz, paludologue de l'OMS. Cette nouvelle étude supervisée par le Dr. Delfini (paludologue) et M. Caprari (technicien de l'OMS) reçoit une subvention de l'organisation s'élevant à $ 3 500, et doit porter sur une population de 623 941 élèves dans la période de 1966-1967.

Les prélèvements effectués sur 2 685 d'entre ces élèves aboutissent quasiment aux mêmes conclusions. Ces procédés de nivaquinisation sauvage[162] des jeunes africains, employés comme des cobayes, sont similaires à ce qui semble actuellement être fait, dans le cadre des campagnes de masse de "vaccination contre la poliomyélite". Prolongées jusque dans les années 1979 et au-delà, ces campagnes de nivaquinisation sauvage des masses africaines, se font sous la pression de l'ancienne "puissance" coloniale. C'est ce qui semble ressortir d'une correspondance du Dr. E. Haas transmise au DR/AFRO le 1er mai 1963 : « nous constatons que le Gouvernement Camerounais subit une nouvelle pression de la part des Autorités conseillères médicales françaises, pour que l'idée de l'éradication du paludisme soit abandonnée en faveur de l'ancien système de lutte antipaludique »[163]. Le Dr. Haas ajoute :

> […] il nous revient qu'il existe un plan qui prévoit l'application d'une chimioprophylaxie de masse au pays entier dans le but de réduire le paludisme. Les médicaments (Nivaquine) seraient fournis gratuitement au Cameroun pour accomplir cette tâche. Il n'existe, toutefois,

---

[161] *Ibid*.

[162] On évalue à plus de 40 millions de comprimés de nivaquine, le nombre total consommé dans les écoles pour 1964 seulement.

[163] AOMS/GVA, « Correspondance de E. Haas au Dr. Cambournac, DR/AFRO », 1er mai 1963, in WHO/OMS, Programme for Malaria Eradication in Cameroons, M 2/372/3 Came.
De l'analyse d'un nombre important de documents collectés aux archives de Paris, il est ressorti que le gouvernement français est généralement informé par l'OMS des futurs projets de ses ex-possessions longtemps avant leur mise en application. Elle peut ainsi user des toutes les méthodes pour la sauvegarde de ses intérêts sur ces territoires. Dans une lettre envoyée au médecin-général P. Bernard du ministère français de la coopération le 5 février 1962 par exemple, le Dr. Weeks (chef de la planification et exécution du programme à la division de l'éradication du paludisme) écrit en rapport : « Mon cher général, J'ai le plaisir de me référer à notre conversation téléphonique de la semaine passée. [...] Vous m'avez demander (sic) de vous indiquer les plans d'avenir de l'OMS dans ce pays. Je vous joins, à toutes fins utiles et pour votre information, une copie du projet de plan pour un programme de pré-éradication du paludisme au Cameroun, que nous sommes en train de négocier avec le gouvernement […] Je vous envoie ci-joint un document de travail […] qui, je crois, pourrait vous être utile ». Si cette attitude des responsables de l'OMS donne une idée de comment se font les politiques sanitaires en Afrique et du rôle joué dans ces politiques par les anciennes administrations coloniales, elle permet aussi de saisir l'OMS, comme une institution coloniale, ou du moins, au service des intérêts des pays occidentaux qui l'ont créé.

> quant à la quantité de médicaments qui seront fournis, ni sur les moyens qui rendront possible la distribution des médicaments, ni sur la durée de la campagne[164].

Ce que Haas perçoit comme "pression subie" par les autorités camerounaises, est à appréhender à notre avis, comme le produit de leurs négociations et arrangements avec les conseillers techniques français. Cette "pression" est répercutée sur ce technicien de l'OMS par Samuel Abane, qui lui aurait demandé au cours d'une réunion tenue d'urgence dans son bureau du S.N.E.P : « Que fait l'OMS ici ? Allez-vous en faisant votre "prééradication" attendre la mort de nombreuses personnes avant de procéder à l'éradication du paludisme ? ». Abane entendait, par là, devoir faire admettre l'idée française d'une chimioprophylaxie de masse de tout le pays à la nivaquine. Une pratique qui rappelle, à bien des égards, les campagnes de lomidinisation des masses pratiquées dans le cadre de la lutte contre la THA notamment, durant la période coloniale.

À la suite des pressions exercées par Abane sur certains techniciens de l'OMS, on aboutit quelques temps après à l'élargissement de la consommation de ce médicament à un nombre plus important de la population. Et ce, malgré l'apparente évidence des résultats de certains experts sur la chloroquino-résistance (CQ-R) des *Plasmodiums*, et les recommandations qu'ils donnaient à ce propos, notamment Haas qui semblait fondamentalement opposé. Cette mesure fait du Cameroun un pays de consommation massive et abusive des traitements collectifs, comme il en a été le cas, pour d'autres pays de la sous-région. La consommation prolongée de la chloroquine associée à la pyriméthamine semble donc être la principale cause de la chloroquino-résistance des *Plasmodiums falciparum* ainsi que le rapporte l'expert OMS de la malaria, Jacques Verdrager dans ses mémoires[165] publié à L'Harmattan, en 2005. Mais contrairement à ce que pense Verdrager, ne serait-il pas plutôt logique de conclure que le choix obstiné de l'OMS et de ses partenaires de poursuivre de telles mesures était lié, non pas simplement à la « peur de perdre la face », comme le souligne Verdrager, mais aussi et surtout, à un calcul mesuré des acteurs dont seuls l'intentionnalité et la rationalité instrumentale permettent de rendre compte ?

Dans leurs travaux, G. Charmot et *al*. pensent en effet que la chloroquino-résistance était attendue, en Afrique, et même que son apparition était contrôlée[166]. L'OMS disposait-elle

---

[164] *Ibid*.
[165] J. Verdrager écrit : « L'OMS se refusant d'admettre la réalité de peur de perdre la face, en a fait un sujet tabou, n'hésitant pas à utiliser la censure et l'intimidation et se livrant ainsi à l'une des plus grandes dissimulations de l'histoire de la médecine ». cf. *L'OMS et le paludisme*, p. 183.
[166] G. Charmot et *al*., « Abord géographique de l'épidémiologie de la chloroquino-résistance de *plasmodium falciparum* en Afrique tropicale », in *Ann. Soc. belge Méd. trop*., n°71, 1991, pp. 187-197.

des moyens nécessaires pour l'éviter ? Était-ce son intention ? L'histoire retient toutefois, qu'avec l'aval d'une certaine élite locale et la complicité de certaines "puissances" ex-coloniales, l'organisation a poursuivi avec entêtement les politiques d'administration sauvage de nivaquine et de pyriméthamine, malgré les cris d'orfraie de certains experts conscients des conséquences à long terme. Comment voir autrement ce choix, que comme étant en corrélation avec les intérêts capitalistes et mercantilistes de la firme pharmaceutique Rhône Poulenc-Specia, qui, comme nous l'avons précédemment souligné, était le producteur exclusif de la nivaquine (chloroquine) ?

2.2.2. La lutte chimioprophylactique de masse contre le paludisme en Afrique centrale : entre représentations et résistances

L'attitude des communautés locales n'a pas toujours été passive, face à la mise en œuvre des mesures internationales de santé liées aux campagnes de lutte chimioprophylactiques contre la malaria. Notons que les premiers cas de réticence des populations à se soumettre aux traitements sont observés, dès avril 1959, à Meskine, une localité du Nord Cameroun. Un taux de réticence évalué à cette date à plus 10%, sur une population estimée à près de 600 habitants, dont pratiquement 200 enfants. Elles sont également observées à Gazaoua, au sein d'une population frappée de lassitude, qui ne comprenait en réalité pas quelle utilité il y avait à consommer des médicaments alors qu'ils n'étaient pas malades. Les véritables résistances sont manifestées face à la violence des effets observés à la suite des injections de quinine. Les populations du Cameroun, comme celles de la plupart des pays d'Afrique centrale, devinent, dès lors, toutes formes de stratégies pour échapper à ces traitements qui, de toute évidence, semblaient leur faire plus de mal que de bien, et notamment les effets secondaires induits chez certains individus : prurit, éruptions cutanées, pigmentations ardoisées des ongles et des muqueuses, troubles de l'accommodation, opacification de la cornée, baisse de l'acuité visuelle, rétinopathie, céphalées, nausées, risques d'abcès au point d'injection, et de chocs anaphylactiques aux sulfites avec la forme injectable. Une autre conséquence non moins importante est la compromission de l'immunité acquise. Les rumeurs circulent en effet au sein de l'opinion publique qui dénonce les possibles propriétés "stérilisantes" des supposés traitements antipaludiques "qu'on imposait à nos enfants"[167]. Les "échecs" des campagnes de

[167] Entretien de groupe avec les communautés locales. Elig-Mfomo (Cameroun), 4 janvier 2018.

lutte chimioprophylactique contre le paludisme au Cameroun sont bientôt corrélés à ces résistances des populations localess.

Noguer, faisant allusion à l'administration des médicaments aux populations et des dosages appliqués, souligne : « … *we believe that our proposal is valid* »[168]. Si cette conclusion de l'expert en sa qualité de "conseiller régional", ne trahit pas seulement le caractère "spéculatif" et "hasardeux" des prescriptions faites sur le terrain, elle révèle aussi que les politiques sanitaires en Afrique comme ailleurs dans le monde, sont fondées sur les croyances de ces "tout-puissants experts" de l'OMS, entre les mains desquels repose la vie des populations passibles d'intervention humanitaire. Elle repose aussi sur celles des populations vers qui sont tournées les mesures sanitaires intra et internationales. Une étude de ces représentations sociales permettrait en effet de voir comment opèrent ces croyances aussi bien chez les populations que chez les experts eux-mêmes. Dans une correspondance du Dr. G. Houel au conseiller régional le 30 septembre 1969, le chef du programme de pré-éradication de la malaria à Genève (MPP/HQs) écrit :

> *In the highly malarious areas not yet covered by an organised control programme, the provision of antimalarial drugs (...), in order to relieve clinical symptoms in persons suffering from malaria in the most modest and cheapest form of help that can, and should, be provided to the affected population. However, we would not consider this as a "control operation", only as a palliative measure which is necessary on purely humanitarian grounds*[169].

On peut alors re-interroger les intentions réelles, des experts de l'OMS, sur la volonté qu'ils avaient ou non d'éradiquer le paludisme en Afrique. La correspondance de G. Houel est écrite dans le contexte. Elle précise qu'en 1969, en effet, environ 600 000 enfants sont soumis à la consommation hebdomadaire de chloroquine, dans les écoles du Cameroun seulement. G. Houel écrit : « *in this country, practically the whole school population, or some 600. 000 children, are regularly covered by once-weekly chloroquine distribution* »[170]. Il convient de souligner que le chiffre de 600 000 ne concerne que les jeunes scolarisés. Il est donc un chiffre bien insignifiant si l'on considère les autres tranches d'âge soumises au même traitement, ainsi que les femmes en âge de procréer et les enfants en âge préscolaire et non scolarisés, sur une population estimée, à la fin années 1960 à 6 millions, avec plus de 60% des jeunes de moins de 20 ans.

---

[168] AOMS/GVA, « Malaria control activities in the African region ». Correspondance de Noguer à Weeks, in WHO/OMS, Programme for Malaria Eradication in AFRO, M2/372/3 AFRO, Chemise 6.
[169] *Ibid*.
[170] *Ibid*.

2.2.3. La lutte antipaludique en Afrique de la fin des années 1990 à nos jours : entre flux de partenaires et *statuquo*

Officiellement, le paludisme est responsable aujourd'hui encore de plus de 36,03 % de morbidité au Cameroun[171], 36 % en RCA en 2014[172], 28,2 % au Tchad en 2012[173], etc. Si le paludisme est resté aussi préoccupant dans cette zone du monde, ce n'est pas seulement en raison des choix politiques et techniques de certains acteurs nationaux et internationaux, comme nous avons essayé de l'analyser dans les paragraphes précédents. La situation du paludisme, en Afrique centrale spécifiquement, est à mettre en rapport avec l'attitude des populations locales, peu soucieuses des conditions d'hygiène de leur environnement. Ce désintérêt de la population et des autorités municipales, pour les questions d'hygiène environnementale, permet en grande partie, au moins, d'expliquer la persistance de cette affection. Les photos suivantes faites récemment à Brazzaville au Congo, illustrent l'état des caniveaux des villes africaines, véritables nids de propagation des moustiques, et surtout de l'anophèle femelle, principal vecteur de la maladie.

Image 21 : État des caniveaux dans certaines villes africaines (Brazzaville)



Source : Phototèque OMS/AFRO

[171] Plan national de lutte contre le paludisme, 2010.
[172] « Réponse à la crise en Centrafrique, in *Bulletin hebdomadaire des Partenaires du secteur de la Santé,* n°17, 24 mars 2014 [en ligne], consulté le 23 mars 2016. URL : http://www.who.int/hac/crises/caf/sitreps/car_health_cluster_bulletin_24march2014.pdf
[173] Plan stratégique national de lutte contre le Paludisme 2014-2018.

La persistance de l'affection paludique en Afrique, comme dans les autres zones tropicales où elle est restée "endémique", a conduit l'OMS et ses partenaires à y envisager l'affection non en termes d'éradication, mais en termes de soulagement passager, c'est-à-dire, de contrôle, ou mieux, de « lutte à long terme ». Un choix conscient ou non, que l'on pourrait requestionner, à juste titre. Le discours des responsables de l'OMS et des autres acteurs internationaux de la lutte antipaludique, à la veille des années 2000, semble toutefois traduire une volonté de contrôle pérenne de l'affection palustre.

C'est vraisemblablement au lendemain de la confirmation par le Conseil exécutif (CE) de l'élection du Dr. Ebrahim Malick Samba comme DR/AFRO, en janvier 1995, et à l'initiative du Dr. Richard G. A. Feachem[174], représentant de la BM au CE, que le projet de lutte contre le paludisme en Afrique reprend vie, après environ deux décennies de balbutiements. Feachem aurait alors demandé à Samba qui rapporte ces évènements : « Ne pensez-vous pas qu'il serait temps que nous fassions quelque chose pour le paludisme en Afrique ? »[175]. C'est à la suite de cet échange que le Dr. Samba crée, avec le Dr. Deogratias Barakamfitiye, alors Chef du Programme de lutte intégrée contre les maladies, le premier « Groupe Spécial sur la lutte contre le paludisme dans la Région africaine »[176]. Une initiative essentiellement soutenue par l'USAID. La seconde phase de ce projet, débuté en 1997, débouche entre autres, sur l'accroissement du budget[177], conséquence de la démultiplication du nombre de partenaires, qui passe de un à sept, d'abord, comme précédemment souligné.

La tenue en janvier 1997 de la "Conférence Africaine du Paludisme de Dakar", vise à "remettre le paludisme sur l'agenda scientifique, médiatique et politique mondial". Elle débouche, en juillet de la même année, à la mise en place de la *Multilateral Initiative on Malaria* (MIM)[178], et, en avril 1998, sur la création de l'initiative *Confronting the Challenges of Antimalarial Drug Resistance in Africa*. Le mois suivant, Gro H. Brundtland, sur l'initiative du Dr. David Nabarro, lance la campagne *Roll Back Malaria* qui doit s'étaler sur 50 années, et dont l'Initiative africaine de lutte contre le paludisme (IAP) créée par le Dr. Samba, en est le

---

[174] Richard George Andrew Feachem est Professeur de *Global Health* à l'Université de Californie à San Francisco, et à l'Université Californie à Bekerley. Représentant d'abord la BM au CE de l'OMS, il est parallèlement Directeur de la santé, de la nutrition et de la population à cette banque, avant de devenir au début des années 2000, Directeur exécutif et fondateur du Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, et Secrétaire général adjoint des NU.
[175] OMS, *Défis, conflits et succès*, p. 14.
[176] *Ibid*.
[177] Le budget réservé au BR/AFRO pour le paludisme passe de 300 000 dollars US en 1995 à 9 millions de dollards US en 1997.
[178] Elle est alors considérée comme le prolongement de l'appel de Dakar.

volet africain. Cette campagne, qui voit ainsi le jour, dépend du financement de la BM, dans le cadre d'un partenariat avec l'OMS, l'UNICEF et le PNUD. Entre autres financements, celui de la Fondation Gates qui investit chaque année depuis l'an 2000, 1,2 milliards de dollars US dans la recherche sur le paludisme, sur un total d'environ 8 milliards pour la santé mondiale[179]. D'autres contributions viennent de nombreuses autres structures, comme l'Institut de Métrologie et d'Évaluation Sanitaire de l'Université de Washington à Seattle[180] qui aurait subventionné à plus de 105 millions de dollars US en 2008[181], la lutte contre le paludisme. Cet afflux de partenaires et de fonds ne fait qu'accroître au fil des années, les conflits autour de la lutte contre le paludisme, ou du moins, de son contrôle.

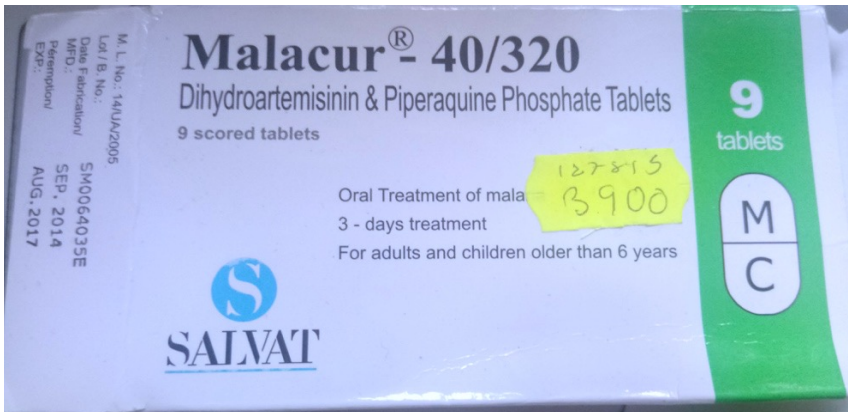
Un autre réseau, l'*African Malaria Vaccine Testing Network* (AMVTN) a aussi vu le jour, en vue de procéder aux essais de nouveaux "vaccins antipaludiques" et de leur développement, notamment en Afrique. Les mêmes causes produisant les mêmes effets, il ne serait pas maladroit d'envisager déjà les conséquences possibles de ces essais sur les populations, si ces vaccins étaient popularisés, comme on entend le faire[182]. Le journal *Le Monde* annonce en effet dans sa livraison électronique du 24 juillet 2015 l'autorisation imminente d'un vaccin contre le paludisme. Il s'agit d'un produit dénommé le "Mosquirix" du géant pharmaceutique britannique, GlaxoSmithKline (GSK). Ce produit dont le nom technique est « RTS, S/AS01 », a reçu un avis scientifique favorable du Comité des produits de santé à usage humain, de l'Agence européenne des médicaments (EMA). L'industriel européen précise qu'il n'a cependant pas l'intention de commercialiser ce produit dans l'UE[183]. La logique semble toute claire : c'est l'important marché de consommation des pays dits endémiques qui servira à nouveau de débouché. L'une des terres d'élection de ces essais semble en effet avoir déjà été identifiée. Il s'agit du Gabon, où un projet de faire vacciner plusieurs milliers d'enfants contre le paludisme a récemment été lancé.

---

[179] Dev Ray, « Le rôle de la Fondation Gates dans la lutte antipaludique a suscité récemment une controverse », in *Nouvelles trimestrielles de l'Association des Anciens de l'OMS*, QNT 71, janvier-mars 2008.
[180] En anglais *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME).
[181] Dev Ray, « Le rôle de la Fondation Gates », p. 7. Dev Ray qui signe cet article se pose la question de savoir « si l'argent résoudra les problèmes du monde ou s'il faudra aussi investir énormément dans le développement de la société en général ». C'est dire la dimension affairiste de cette maladie dont l'ancien fonctionnaire de l'OMS tente d'analyser l'un des aspects.
[182] Entre 2009 et 2011, 15 460 enfants ont été soumis à des tests dans sept pays d'Afrique, dont le Burkina-Faso, le Gabon, le Ghana, le Kenya, la Malawi, le Mozambique, et la Tanzanie. Voir OMS, « Développement du vaccin antipaludique », [en ligne], consulté le 03 avril 2016. URL : http://www.who.int/malaria/areas/vaccine/fr/
[183] P. Benkimoun, « Le premier vaccin contre le paludisme va être autorisé », in *Le Monde*, 24/07/2015, [en ligne], consulté le 03 avril 2016. URL : http://www.lemonde.fr/sciences/article/2015/07/24/le-premier-vaccin-contre-le-paludisme-va-etre-autorise_4697336_1650684.html

L'analyse du "nouveau" discours mondial considéré par certains auteurs comme "la prise de conscience internationale de la gravité croissante du paludisme"[184], n'est en réalité qu'une poursuite de la "rationalisation" d'une rhétorique de la domination. Elle a pour conséquence, une entrée en jeu de nouveaux réseaux d'acteurs[185] œuvrant pour la plupart, dans le sens de la sauvegarde des intérêts surtout économiques et capitalistes de l'Occident. L'un des aspects de la sauvegarde de ces intérêts est le souci d'écouler, dans les zones dites "endémiques" et de manière pérenne, les produits chimiques et pharmaceutiques des firmes occidentales. Ce qui participe, par conséquent, à la déstructuration des tissus pharmaceutiques locaux, mieux d'un pan important du domaine socio-économique, voire politique des pays en cause, comme nous verrons, dans le chapitre suivant. Le juteux marché des antipaludéens allait faire de grosses entrées difficiles à estimer, dans les laboratoires Rhône Poulenc-Specia d'abord, l'un des fleurons de l'industrie pharmaceutique française. Il est passé aux mains de la firme suisse Novartis depuis le début des années 2000. Les prix pratiqués aujourd'hui pour les nouveaux antipaludéens servent visiblement un intérêt économique certain. Ils sont vendus 3 à 4 000 frs CFA soit plus de 6 euros, dans un environnement où certains individus manquent parfois 1 euro pour satisfaire à leurs besoins quotidiens de base.

Image 22 : Boîte de comprimés antipaludiques (Malacur)[186]



[184] C. Rogier, J.-F. Trape, « Paludisme : Organisations, réseaux et initiatives nouvelles », in *Médecine Tropicale*, Congrès, Actualité du Pharo n°6, Marseille, France (03/09/1999), Vol. 59, n°2, 1999, pp. 55-56.
[185] Il s'agit notamment de plus d'une centaine de partenaires (bilatéraux, multilatéraux, privés, les ONG, organisations communautaires, les fondations, les institutions de recherche, les universités, etc.).
[186] Le Malacur® est un médicament antipaludique dont le nom générique est le Dihydroartemisinin-Piperaquine Phostate (DHA-PPQ). Il est produit, dans sa forme princeps, par la société pharmaceutique espagnole privée et intégrée, Salvat S.A. dont le siège est à Barcelone, avec une filiale à Miami. Le type ci-dessus, probablement un générique, est exclusivement fabiquée sous licence en Inde.

Ceci est en grande partie responsable de la création d'un marché parallèle de vente illicite de médicaments, dans bon nombre de pays en Afrique. La circulation massive des moustiquaires dites "imprégnées d'insecticides" (MII) devenue très courante dans le continent - comme évoqué plus haut - participe elle aussi, de cette volonté internationale de "contrôle" absolu et pérenne du paludisme plutôt que son éradication qui semble pourtant possible comme il a été analysé dans cette étude, pour le cas de l'Occident, et pour un laps de temps, dans le foyer d'essai de Yaoundé. Cette éradication est devenue plus que jamais nécessaire si l'Afrique compte un jour en finir avec les dégâts humains engendrés par ce fléau et ses implications socio-économiques et politiques.

Conclusion

L'objectif de ce chapitre qui s'achève était d'analyser le rôle de l'OMS dans les campagnes dites de "lutte antipaludique" menées par cette agence internationale dans les pays de l'Afrique centrale. Nous nous sommes, pour cela appuyé sur le cas du Cameroun, unique Zone Pilote d'Expérimentation (ZPE) de cette partie de la sous-région méso africaine, telle que définie par l'OMS, au début des années 1950. Cette analyse a tenté de mettre en exergue les choix des experts de l'OMS et des autres institutions internationales (UNICEF, PNUD, BM…), des "conseillers techniques" des ex-puissances coloniales, et des autorités politiques locales qui ont conduit au contrôle pérenne du paludisme plutôt qu'à son éradication.

Si les insuffisantes aspersions au DDT et à la DLD avaient entièrement contribué à rendre résistants les vecteurs, les *Plasmodiums falciparum*, pour leur part allaient devenir chloroquino-résistants de suite de l'administration jusqu'à la veille des années 2000, des doses insuffisantes et "hasardeuses" de chloroquine. La conséquence évidente de ces actions est la persistance du paludisme en Afrique centrale, comme c'est le cas dans le reste de la zone tropicale. Il s'agirait d'un choix mesuré et calculé des acteurs, probablement, c'est-à-dire, de l'OMS (principale pourvoyeuse de fonds et d'expertise) et des pays occidentaux (principaux pourvoyeurs des antipaludiques produits d'abord par l'industrie française Rhône & Poulenc, et actuellement par la firme suisse Novartis), et les autres OI comme l'UNICEF.

L'action des administrations locales et des communautés, parfois réfractaires à certaines politiques, est aussi à prendre en compte pour justifier la situation actuelle du paludisme. Pour faire circuler la chloroquine dans les zones dites endémiques, les experts internationaux et les autorités politiques locales ont dû envisager une consommation médicamenteuse de masse, dont

la conséquence la plus évidente est la pharmaco-résistance des *Plasmodiums falciparum*. Un procédé probablement intentionnel et capitaliste, dont l'un des biens fondés serait la vente en quantité industrielle des antipaludéens. La circulation massive des moustiquaires dites "imprégnées d'insecticides" (MII) participerait elle aussi, de cette volonté internationale de "contrôle" absolu et pérenne du paludisme plutôt que son éradication. Cette version des faits, si elle venait à être vérifiée, remettrait fondamentalement en cause l'hypothèse de l'écologie du milieu et le niveau de vie des populations comme unique et principale cause de la persistance de la pathologie, ainsi que tentent de le justifier M. Borderon et C. Perchoux, pour le cas de Brazzaville notamment[187]. Elle s'inscrirait alors en faux contre l'argument technique, administratif et infrastructurel lié au "non développement"[188], qui a été, durant plusieurs décennies – comme il en est le cas aujourd'hui encore – mobilisé comme raison fondamentale qui explique la persistance de cette maladie dans la zone tropicale et notamment, en Afrique.

Semblerait-il alors prétentieux de conclure que la situation de persistance actuelle du paludisme est à corréler avec les intérêts des "grandes puissances", et sert au mieux de débouché au capitalisme industriel occidental[189] ? Le scandale des aspersions insuffisantes d'insecticides et de l'administration exagérée des doses insuffisantes d'antipaludiques étaient en effet inutile, inefficace, et dangereuse. Une véritable hécatombe qui enlève aujourd'hui encore à l'Afrique et au monde, de milliers d'enfants surtout, en handicapant, par le fait même, toute tentative de développement socio-économique et politique. Si pour certains acteurs de la lutte antipaludique, l'intention réelle est d'œuvrer à son éradication, pour d'autres au contraire, l'enjeu réside dans la création des consommateurs de plus en plus nombreux, des produits pharmaceutiques occidentaux. Les conflits autour du projet de « lutte contre le paludisme » dans le monde et notamment de la commercialisation des produits médicamenteux – aussi bien les antipaludiques que l'ensemble des autres médicaments et vaccins – justifient à plusieurs égards, la déstructuration du tissu pharmaceutique local dans les pays en cause. Ils sont aussi

[187] M. Borderon, C. Perchoux, « Le paludisme urbain à Brazzaville », pp. 247-278

[188] Cet argument, il convient de le souligner, vise plutôt à justifier la nécessaire mise en place des services de santé de base "modernes", dont le rôle essentiel est "l'assainissement, l'éducation sanitaire" et surtout la "distribution des médicaments". Voir AOMS/GVA, « BHS Demonstration Zones - Cameroun - 2 », Lettre du Dr. M. E. Torfs conseiller en santé publique du projet Cameroun - 2 (services de santé de base), au Dr. L. J. Charles, conseiller régional AFRO du paludisme, 3 novembre 1965.

[189] En insistant sur ces aspects qui nous semblent historiquement vérifiables, notre intention n'est pas de conclure de façon péremptoire sur la question des origines de la persistance du paludisme en Afrique. L'intérêt pour nous, en ouvrant une telle brèche, est de participer aux débats en cours sur la question éminemment polémique des origines de cette persistance.

responsables de la mise en place d'un marché parallèle de vente illicite de médicaments, dans bon nombre de pays en Afrique. Autant d'aspects que se propose d'analyser le chapitre suivant.

Chapitre VII : L'impact de la mise en œuvre des politiques sanitaires de l'OMS en Afrique centrale

L'internationalisation de la santé publique est l'une des conséquences de la mondialisation[1]. Phénomène économique à l'origine, celle-ci a des répercussions tant politiques que socio-culturelles. Les interdépendances commerciales ont en effet créé une interdépendance sanitaire au principe des premières OI de santé, comme précédemment analysé (cf. Chap. I). Socialement et culturellement, la transnationalisation de la santé publique a initié, ou mieux, a accéléré le processus de diffusion des savoirs et savoir-faire en matière d'accès aux soins, et de prise en soins des personnes. Cette tendance à l'universalisation des modèles et manières de se soigner est à plusieurs égards responsable du « choc des civilisations »[2], des mutations et des résistances qui en découlent[3]. Le but de ce chapitre est d'analyser ces deux aspects (économique et socio-culturel) des conséquences de l'internationalisation de la santé publique dans les pays de la sous-région Afrique centrale.

Si les risques d'internationalisation de la maladie ont rendu désuète la conception « traditionnelle » de l'État[4], ils ont aussi eu pour conséquence une marchandisation à grande échelle des biens et des services[5], au nombre desquels les médicaments et les autres produits dont dépend étroitement la santé des personnes. Une telle marchandisation des produits médicamenteux, initiée en Afrique au lendemain de la Première Guerre mondiale[6], fait de la santé elle-même, une « marchandise » à laquelle n'ont plus désormais accès que ceux qui ont un pouvoir d'achat suffisant pour se la procurer[7]. Dans la bataille pour la préservation de la

---

[1] Il s'agit dans la perspective de Rocher, d'un processus d'intégration des marchés résultant de la libéralisation des échanges, de la libre circulation des capitaux, du recours à une main d'œuvre étrangère moins chère, dû à l'expansion et aux retombées des technologies de communication à l'échelle de la planète. Cf. G. Rocher, *«* La mondialisation », 2001, p. 21. Voir aussi L. Carroué, D. Collet & C. Ruiz, *La mondialisation*, Paris, Éd. Bréal, 2007.

[2] Voir à cet effet S. Huntington, « *The Clash of Civilizations ?* », in *Foreign Affairs*, Vol. 72, n°3, 1993, pp. 22-49 ; voir du même auteur, *The Clash of Civilizations and the Remaking of World Order*, New York, Simon & Schuster, 1996. Voir aussi R. F. Inglehart, « Choc des civilisation ou modernisation du monde ? », in *Le Débat*, n°105, 1999/3, pp. 23-54.

[3] B. R. Barber, *Djihad versus McWorld. Mondialisation et intégrisme contre la démocratie*, Paris, Desclée de Brouwer, 1996.

[4] P. Byass, « Epidemiology without borders: an anational view of global health », in *Global Health Action*, Vol. 2, n°1, 2009, DOI: 10.3402/gha.v2i0.2052.

[5] Serge Latouche fait pour sa part allusion à une « omnimarchandisation du monde », qu'il conçoit avant tout comme « la transformation de tout en marchandise, sans égard à la moindre préoccupation de justice ». Voir S. Latouche, « Bretton Woods et la pensée unique », in *Géopolitique Africaine*, n°9, 2003, pp. 149-158.

[6] Voir à cet effet S. R. Whyte, S. van der Geest et A. Hardon, *Social Lives of Medicine*, Cambridge, Cambridge University Press, 2002.

[7] F.-X. Verschave (éd.), *La santé mondiale entre racket et bien public*, Paris, Éd. Charles Léopold Mayer, 2004.

santé et la lutte contre les maladies, le médicament a toujours constitué l'instrument essentiel de l'accès à cette dernière, et le problème sanitaire central auquel fait face, sans exception, l'ensemble des pays du monde. Cette question du médicament, par ailleurs plus prononcée dans les pays du Sud, est d'autant plus cruciale que la santé publique internationale semble être devenue l'outil essentiel de la « promotion des politiques industrielles des firmes, quelles qu'elles soient, ou de leurs produits »[8]. La centralité du médicament, dans la santé publique, les conséquences et enjeux divers qu'elle entraîne ont conduit tôt, les acteurs nationaux et internationaux à établir une réglementation en la matière. La disparition au début des années 1980 de la protection par les brevets[9] de la plupart des médicaments découverts, entre 1950 et 1960, a eu pour conséquence une explosion quantitative dans les pays du Sud, du nombre de fabricants de médicaments génériques[10]. La multiplication de nouvelles industries pharmaceutiques dans ces pays, par ailleurs encouragée et soutenue par le Programme d'Action pour les Médicaments Essentiels/*Action Program of Essential Drugs* (PAME/APED) initié en 1982 par l'OMS, a cependant eu pour corollaire la chute brutale des prix de médicaments venus concurrencer ceux issus des industries occidentales. Ceci justifie en grande partie au moins, le choix de la plupart des pays occidentaux, d'étendre les politiques économiques libérales à l'ensemble des marchandises, et également aux médicaments. D'où une remontée en puissance de leur système de protection par les brevets.

Le renforcement du système des brevets, en rapport avec les médicaments vers la fin des années 1980, vient en effet poser avec acuité un problème d'accès dû surtout à la hausse des prix de ces derniers[11]. La création en 1994 de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) favorise la mise en place des accords sur le droit de propriété intellectuelle (DPI), qui se veulent être un processus de « fluidification du commerce international » reposant sur le développement des échanges et la réduction des entraves au commerce des pays occidentaux surtout. La

[8] M. Dixneuf, « Au-delà de la santé publique. Les médicaments génériques entre perturbation et contrôle de la politique mondiale », in *Revue française de science politique*, Vol. 53, 2003/2, pp. 277-304.
[9] On entend par brevet, un titre légal délivré par les pouvoirs publics et qui confère à son titulaire (le breveté), une exclusivité d'exploitation de son invention pour une durée déterminée. Celle-ci est fixée à 20 ans dans le cadre des accords sur les « Aspects du Droits de Propriété Intellectuelle qui touchent au Commerce » (ADPIC) que nous étudions plus loin. Le brevet pharmaceutique est spécifique aux médicaments ou tout autre produit ou outil à usage médical. Il est délivré pour le produit lui-même ou le précédé utilisé pour sa fabrication. Le brevet est supposé protéger le principe actif – autrement dénommé « nouvelle entité chimique » (NEC) ou « ingrédient pharmaceutique actif » (IPA) – d'une substance chimique ou biologique.
[10] C. Baxerre, « Pourquoi un marché ? », pp. 117-136.
[11] B. Remiche, J. Kors (éds.), *L'accord ADPIC : Dix ans après. Regards croisés Europe-Amérique latine*, Bruxelles, Larcier, 2007. Notons que cette question d'accessibilité aux médicaments se pose en termes financiers et structurels.

controverse que soulève aujourd'hui encore ces accords fait, au Sud, de la question de l'accès aux médicaments, face aux DPI, un sujet à la fois complexe et d'une brûlante actualité, comme permet de l'attester l'abondance de la littérature consacrée à cet effet.

C'est en effet au lendemain de la mise en place de l'APED que s'ouvre – dans un contexte international de récession économique – le cycle de négociations de l'*Uruguay Round*, alors proposé dans la « Déclaration de Punta Del Este » du 19 septembre 1986. Ces négociations qui sont une sorte de continuité, voire, l'aboutissement du GATT[12] signé, le 30 octobre 1947, débouchent, le 20 septembre 1986, sur l'adoption de cette déclaration dans laquelle les parties contractantes insistent, avant tout, sur les « problèmes relatifs au commerce des pays en développement »[13]. Il est en effet question de :

> *reduce the distortions and impediments to international trade, and taking into account the need to promote effective and adequate protection of intellectual property rights, and to ensure that measures and procedures to enforce intellectual property rights do not themselves become barriers to legitimate trade*[14].

C'est pour atteindre ces objectifs que les parties négociantes se donnent pour ambition « *to develop a multilateral framework of principles, rules and disciplines dealing with international trade in counterfeit goods, taking into account work already undertaken in the GATT* »[15]. Ledit plan de négociations dont la rédaction du projet « d'acte final » fut l'œuvre du suisse Arthur Dunkel alors directeur du GATT, fait l'objet de moult tractations qui en déterminent la réelle portée. L'enjeu d'une telle déclaration est, précise G. Feuer, la « croissance de tous les partenaires commerciaux et le développement des pays en développement »[16], dont doit étroitement dépendre « la prospérité économique et commerciale de la planète tout

---

[12] Rappelons que le *General Agreement on Tariffs and Trade* (GATT) – en français AGETAC (Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce) – qui est signé le 23 octobre 1947 par 23 pays, entendaient harmoniser les politiques douanières des parties signataires. Entré en vigueur l'année d'après (janvier 1948), ce traité de commerce, qui est en fait un accord multilatéral de libre-échange a pour but de faire baisser les prix pour les consommateurs, d'assurer une utilisation adéquate des facteurs de production, en favorisant par la même occasion l'emploi, dans les secteurs où chaque pays détient un avantage comparatif. Il est spécifiquement question, d'instaurer un « code de bonne conduite libérale et multilatérale ». Ce faisant, les parties signataires sous la houlette des États-Unis, entendaient libéraliser les échanges par l'abaissement des droits de douane et la réduction des restrictions quantitatives ou qualitatives aux échanges. Ces accords sont en quelques sortes, l'ancêtre de ceux ayant guidé l'action du FMI et de ma BM en matière de libéralisme économique et de politiques développementalistes.

[13] Voir GATT-FOCUS, n°41, octobre 1986. Voir aussi G. Feuer, « L'Uruguay Round, les pays en développement et le droit international du développement », in *Annuaire français de droit international*, Vol. 40, 1994, pp. 758-775. Cet auteur précise que l'adoption de cette déclaration le 20 septembre 1986, préfigure – au moins dans certains milieux occidentaux qui en parlent – le « déclin et même la disparition » du droit au développement.

[14] « Uruguay Round Agreement: Trips, preambule », [en ligne], consulté le 20 juillet 2017. URL : http://www.wto.org/english.docs_e/legal_e/27-trips_02_e.htm

[15] *Ibid*.

[16] Quatre des sept principes formulés à l'issue de ces négociations concernent les « pays en développement ».

entière »[17]. C'est en tout, une référence au principe de « solidarité » et de « souveraineté » qu'il convient de mettre en rapport avec les « fondements les moins contestables de l'idéologie du développement »[18]. Si l'*Uruguay Round* évolue jusqu'en 1994, après sept années de négociations, il débouche sur les accords de Marrakech du 15 avril 1994 à l'origine, le 1er janvier 1995, de l'OMC.

Le « Cycle d'Uruguay », dans sa phase finale, voit la participation des représentants de 123 nations en majorité issues du « Tiers-Monde ». Seulement, la « minceur de leur participation à l'économie mondiale, la vogue des idées libérales et le bruit de la querelle entre les États-Unis et l'Union européenne » auraient laissé passer sous silence leurs voix dans ce concert des « nations commerçantes »[19]. L'OMC qui voit le jour, dans ce contexte, met en place à son tour, les accords sur les « Aspects du Droit de Propriété Intellectuelle qui touchent au Commerce » (ADPIC)[20]. Texte annexé à l'accord instituant l'OMC, les accords ADPIC ont pour but d'intégrer les DPI[21] dans le système de la nouvelle organisation. Ils entendent appliquer les principes du système commercial international aux DPI. Les rapports des ADPIC à l'accès aux médicaments et aux questions de biotechnologie apparaissent, à plusieurs égards, comme évidents[22]. Cette question des DPI soulève en effet celle des brevets et de la brevetabilité des produits pharmaceutiques. Une question assez lointaine, dont l'internationalisation remonte aux expositions universelles de Vienne de 1873, de Paris (1878)[23], et qui prennent une forme particulière avec le traité de Paris de 1883[24] signé par 11 États[25]. Ce rappel apparaît éclairant, dans la mesure où il permet de retracer le cheminement

---

[17] G. Feuer, « L'Uruguay Round », p. 762.
[18] G. Feuer, H. Cassan, *Droit international du développement*, 2e éd., Dalloz, Paris, 1991.
[19] G. Feuer, « L'Uruguay Round », p. 759.
[20] En anglais, *Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights* (TRIPS).
[21] Il s'agit entre autres, des droits d'auteurs, marques de fabrique ou de commerce, de brevets, etc.
[22] Voir à cet effet E. Combe, E. Pfister, « Brevets et accès aux médicaments dans les pays en développement », in *Revue française d'économie*, Vol. 19, n°2, 2004, pp. 89-119 ; J. Watal, « Product Patents, Pharmaceutical Prices and Welfare Losses: a Simulation Study of Policy Options for India under the WTO TRIPS Agreement », in *World Economy*, Vol. 23, n°5, 2000, pp. 733-752, etc.
[23] Ces deux premiers congrès internationaux de la propriété industrielle qui réunissent respectivement 150 et 500 délégués, tous masculins, rassemble une vingtaine d'États. Ils s'achèvent par l'affirmation de l'importance des brevets et mènent à la création d'une commission permanente internationale chargée de rédiger le squelette d'une loi universelle en matières de brevets.
[24] La Convention de Paris est un traité ouvert, dans lequel les États signataires accordent la même protection et les mêmes privilèges aux demandeurs étrangers et locaux.
[25] Il s'agit de la Belgique, du Brésil, de l'Espagne, de la France, du Guatemala, de l'Italie, des Pays-Bas, du Portugal, de Salvador, de Serbie, et de la Suisse. Les autres représentants reportent plus tard leur signature. Il s'agit de l'Argentine, des États-Unis, du Luxembourg, de la Norvège, de la Russie, de la Suède, et de l'Uruguay. La convention de Paris entrée en vigueur en 1884 est complétée à Madrid en 1891, révisée à Bruxelles en 1900, à Washington en 1911, à la Haye en 1925, à Londres en 1934, à Lisbonne en 1958, et à Stockholm en 1967.

historique des pays africains, anciennement dominés, dans la consommation des produits pharmaceutiques venus d'Occident.

Le rapport des brevets, mieux, des accords ADPIC à l'accès aux médicaments dans les pays du Sud s'établit surtout au niveau des prix de ces produits médicamenteux[26]. Toutefois, si l'on convient que les accords ADPIC qui n'entrent en vigueur que très tardivement constituent aujourd'hui le principal obstacle de l'accès aux médicaments des pays du Sud, il reste constant qu'ils sont loin de constituer l'unique élément à l'origine de leurs difficultés sanitaires et pharmaceutiques. En effet, l'efficience et l'efficacité des systèmes nationaux de santé, les politiques mises en place, la formation du personnel de santé, etc., déterminent les modalités de production et de distribution des médicaments, et donc leur disponibilité et accessibilité. Ces différents facteurs justifient, à plusieurs égards, la situation actuelle du marché africain du médicament, et ses conséquences surtout économiques.

Si les rapports entre les OI, les firmes pharmaceutiques et les politiques sanitaires internationales semblent n'avoir porté un sérieux impact qu'au secteur économique lié aux marchés pharmaceutiques locaux, ces rapports au développement des médecines alternatives apparaissent aussi comme indéniables. Au début de la colonisation européenne, en Afrique, l'administration coloniale française surtout, a mis un accent particulier dans la lutte contre le déploiement des médecines locales généralement taxées de « sorcellerie », de « pratiques fétichistes », etc. Notons toutefois que ce déni de reconnaissance, ou mieux cette disqualification des médecines locales vise, à l'époque coloniale, à réduire toute concurrence à la médecine du pouvoir dominant. Les financements octroyés dans la période d'après sous forme de « dons » ou d'« aides » par les lobbies pharmaceutiques occidentaux tendent pour leur part, à limiter l'éclosion des médecines locales : principal obstacle au profit des industries chimico-pharmaceutiques. Ces « aides » dès lors viennent renforcer la déstructuration d'un secteur déjà fragilisé par près d'un demi-siècle de sauvage répression, et de tentatives échouées de restructuration au lendemain des indépendances. Ces obstacles rencontrés par les médecines locales sont aussi à corréler avec des conflits de leadership, une reconnaissance négative ou dévalorisante en marge du système biomédical, la promotion des intérêts privés d'une certaine élite, la montée en puissance du charlatanisme, etc.

---

[26] Les ADPIC sont considérés par de nombreux analystes comme étant le principal obstacle à l'accès aux médicaments. Cf. O.M.S. et H.A.I., *Les prix des médicaments. Une nouvelle approche pour les mesurer*, éd. 2003. Voir aussi, O.M.S., *Stratégie pharmaceutique de l'OMS : Cadre d'action pour les médicaments essentiels et politiques pharmaceutiques 2000-2003*, OMS, Genève, 2000.

Le présent chapitre entend, à partir d'une diversité de sources (primaires, secondaires et orales), analyser les conséquences des politiques internationales de santé, dans le développement sanitaire de la sous-région Afrique centrale. Il est question, à partir d'une approche transnationale et d'une étude approfondie des interconnexions entre acteurs institutionnels (OI, gouvernements, firmes pharmaceutiques), d'évaluer l'influence de ces politiques internationales de santé sur le plan économique, et notamment celui des marchés pharmaceutiques locaux (I), et sur le plan socio-culturel, en rapport avec les processus locaux de médication et de médicalisation (II).

I. Faits et méfaits économiques des politiques sanitaires internationales en Afrique centrale

Si, au départ, l'OMS est essentiellement financée par les États-membres, les crises des années 1970-1980 semblent avoir imposé de nouvelles logiques. On assiste en effet à un accroissement en importance du nombre des partenariats publics et privés de l'organisation, avec, comme risque majeur, la perte par ses autorités dirigeantes du contrôle des organes de direction[27]. Contribuant désormais aux trois quarts de son budget, ces partenariats de l'OMS[28] qui financent surtout des programmes spécifiques, exercent des pressions de tout genre sur les autorités de l'organisation et sur les acteurs étatiques, dans l'optique de faire prévaloir leurs intérêts. On aboutit, de ce fait, sur une « privatisation » partielle de l'OMS au détriment des États membres »[29] qui justifie, en partie au moins, la situation actuelle du marché africain du médicament. La présente section entend analyser la spécificité de l'influence économique des politiques sanitaires internationales (1), en insistant sur le cas particulier de l'Afrique centrale (2).

1. L'impact économique des politiques sanitaires internationales sur le secteur pharmaceutique africain

Ce paragraphe tente d'analyser et de comprendre l'érection, à l'échelle globale, d'une politique pharmaceutique "novatrice", entre 1970-1980, dans un contexte international de récession financière : la politique des « médicaments essentiels » (ME). Il ambitionne aussi de

---

[27] Y. Beigbeder, « Les partenariats de l'Organisation mondiale de la santé », in *Études internationales*, Vol. 41, n°2, 2010, pp. 233–251.
[28] Ce sont entre autres, la BM, l'UE, les fondations privées comme la Bill & Melinda Gates, les entreprises pharmaceutiques (Aventis, Boehringer…), etc.
[29] Y. Beigbeder, « Les partenariats de l'Organisation », p. 236.

saisir les rapports de cette politique aux soins de santé primaires (SSP) et à l'initiative de Bamako (IB), en vue d'évaluer son impact sur la restructuration/déstructuration du marché africain du médicament.

1.1. La politique des « médicaments essentiels » (ME) : origine et fondements

Parler de « médicaments essentiels » (ME) exige, avant toute chose, que l'on puisse tirer au clair la distinction qui existe entre médicaments originaux, médicaments génériques, et médicaments contrefaits. Si le premier type, encore appelé spécialités, princeps ou brevetés, représente ceux des médicaments reconnus comme nouveaux et innovants, et pour lesquels un brevet toujours valable a été délivré à son inventeur par les autorités compétentes d'un pays[30], le second type, les génériques, renvoie, au contraire, à la copie d'un médicament original, fabriqué sous licence (contractuelle ou obligatoire), ou encore à l'issue de l'expiration du brevet qui le protégeait. Il s'agit, pour l'OMS, de « toute copie essentiellement similaire à un médicament original, qui n'est pas protégé par un brevet d'exploitation »[31]. Les médicaments contrefaits, pour leur part, sont ceux qui sont constitués par des copies frauduleuses des produits d'origine, c'est-à-dire, « un médicament délibérément et frauduleusement muni d'une étiquette n'indiquant pas son identité ou sa véritable source »[32]. Les « médicaments essentiels » (ME) enfin, désignent ceux qui satisfont aux besoins prioritaires en matière de soins de santé de la majorité de la population[33]. L'identification de produits médicamenteux, comme ME, vise à assurer leur disponibilité à tout moment, en qualité et en quantité suffisante sous une forme appropriée, dans le cadre de systèmes de santé fonctionnels. Une telle disponibilité de médicaments doit s'accompagner d'une information adéquate et leur mise à disposition, répondre à des prix accessibles pour les individus et pour la communauté[34].

En règle générale, les ME, dont la liste est régulièrement produite par l'OMS, sont en majorité constituée de médicaments génériques – d'où l'expression couramment utilisée de

---

[30] Les médicaments brevetés sont fabriqués et commercialisés sous leur nom de marque exclusif et réservé. Cf. R. Elliot, et *al*., « Les brevets, le droit commercial international et l'accès aux médicaments essentiels », Réseau juridique canadien VIH/Sida et Médecins sans frontières, 3e éd., mars 2003, [en ligne], consulté le 19 août 2017. URL : http://sagecollection.ca/fr/system/files/patentsinternationaltradelawaccess-fra.pdf

[31] OMS, « Référentiel pour l'harmonisation des procédures d'enregistrement des médicaments essentiels génériques dans les pays de la zone franc et pays associés », Rapport général du séminaire-atelier tenu Ouagadougou du 17-19 février 1999, OMS et Ministère français des Affaires étrangères, 1999.

[32] OMS, « Les contrefaçons des médicaments », Rapport de l'atelier OMS/FIIM, avril 1992.

[33] OMS, « L'utilisation des médicaments essentiels », 9e rapport du Comité OMS d'experts, OMS, Genève, 2000.

[34] OMS, « Accès équitable aux médicaments essentiels : cadre d'action collective », *Perspectives de l'OMS sur les médicaments*, Genève, OMS, 2004.

« médicaments génériques essentiels » –, en raison du prix prohibitif des médicaments brevetés. La philosophie des ME a été conçue par les autorités de l'OMS, dans le cadre de la mise en œuvre de la politique des soins de santé primaires (SSP), comme l'un des axes prioritaires, ou mieux, l'un des éléments fondamentaux de cette dernière. Cette idée émerge dans un contexte international de crise des années 1970, et à un moment où l'utilisation optimale des ressources financières de plus en plus limitées était ardemment encouragée[35]. Elle apparaît également dans le contexte où, la plupart des médicaments découverts entre 1950 et 1960, voient leurs brevets arriver à expiration.

Officiellement, le concept de ME tire ses origines du constat que les trois quarts de la population du monde vivant dans les pays du Sud ne consommait que 15% de la production pharmaceutique mondiale[36], et que la grande majorité d'entre eux n'avait aucun accès aux « médicaments les plus essentiels »[37]. Tout se passe comme si la santé d'un peuple ne dépendait que de la quantité de médicaments effectivement consommée, ou encore de l'importance quantitative des individus qui les consomment. Il s'agit, en tout cas, d'une tendance à la « commodification »[38] et à la « pharmaceuticalisation »[39], mieux, à la « médicamentation » de la santé publique, dont parle l'anthropologue hollandais S. Van der Geest pour le cas du Cameroun[40], et avant lui, M. Nichter pour les cas indien et sri-lankais[41].

Les difficultés d'accès aux médicaments dans les pays du Sud et leur faible consommation est interprétée par le DG/OMS, le Dr. H. T. Mahler, comme étant étroitement liées à l'absence de politiques pharmaceutiques nationales, à l'inadéquation des systèmes de distribution et d'approvisionnement, à la pénurie de techniciens et de gestionnaires, et à

---

[35] S. R. Whyte, S. van der Geest, A. Hardon, « Health Planners: Making and Contesting Drug Policy », in *Social Lives of Medicines*, Cambridge, Cambridge University Press, 2002, pp. 146-160. Voir aussi C. Baxerre, « Pourquoi un marché ? », p. 127.

[36] Soit environ 24% en 1976, et à peine 21% en 1985. Voir OMS, *La situation pharmaceutique dans le monde*, OMS, Genève, 1990.

[37] H. Malher, « Essential Drugs for All », in *Pharmaceuticals in Developing Countries*, Papers presented at the Eleventh IFPMA Assembly, Washington D.C., 7-8 June, 1982.

[38] Dans sa traduction anglaise, la « commodification » désigne la marchandisation. L'expression se popularise au début des années 2000, au sein surtout des milieux altermondialistes.

[39] Il est question dans ce processus, d'attribuer aux médicaments, un pouvoir au-delà de leur principe actif : une promotion accrue des produits pharmaceutiques par les industriels et les politiques voulant être considérés comme des « pourvoyeurs de santé ».

[40] S. Van der Geest, « Les médicaments sur un marché camerounais : Reconsidération de la Commodification et de la pharmaceuticalisation de la santé », in *Anthropologie & Santé*, n°14, 2017, [en ligne], consulté le 14 août 2017. URL : http://anthropologiesante.reuves.org/2450

[41] M. Nichter, « Pharmaceuticals, the Commodification of Health and the Health Care-Medicine Use Tradition », in Nichter M. et Nichter M., *Anthropolgy and International Health: Asian Case Studies*, Amsterdam, Gordon & Breach, 1996, pp. 265-326. Voir M. Nichter, C. Nordstrom, « A Question of Medicine Answering: Health Commodification and the Social Relations of Health in Sri Lanka », in *Culture, Medicine and Psychiatry*, n°13, 1989, pp. 367-390.

l'absence de moyens financiers aussi bien à l'échelle des individus qu'à celle des gouvernements[42]. À côté de ces raisons, de nombreuses autres sont évoquées par les experts, et notamment, le fait que les « pays en développement » utilisaient vers la fin des années 1970, environ 40% de l'ensemble de leurs dépenses nationales de santé à l'achat de médicaments[43]. De même, les nécessaires importations de médicaments, les achats de médicaments d'utilité très marginale, en considération des besoins sanitaires réels des populations, la prolifération de produits pharmaceutiques similaires vendus sous des noms de marques différents, les prix élevés de certains médicaments, à cause des sommes consacrées à la promotion de leur vente, sont autant d'autres difficultés que rencontrent ce groupe de pays[44], et qui justifient l'émergence de la notion de ME. Il est donc question, en mettant en place ce concept, de remédier aux carences des systèmes de santé des pays du « Tiers-Monde », en rapport avec la fourniture des médicaments.

C'est en effet en 1975 qu'un rapport du DG/OMS, le Dr. H. T. Mahler, esquisse les nouvelles politiques possibles en matière de médicaments. Ce rapport, en référence aux systèmes pharmaceutiques bien organisés et notamment ceux des pays occidentaux, souligne la nécessité d'accroître, dans les autres pays du monde, l'accessibilité aux médicaments les plus nécessaires. La même année, l'Assemblée mondiale de la santé (AMS) adopte une résolution (WHA28.66), sur la sélection et l'achat de ME. Ladite résolution insiste sur l'intérêt qu'il y a à établir des politiques rattachant la recherche, la production et la distribution des ME, aux besoins sanitaires réels. L'année suivante, une réunion d'information sur la liste des ME choisis dans le monde entier est organisée, et une unité de politique et de gestion pharmaceutique est mise en place au sein de l'organisation. C'est elle qui prépare, entre mai-juin 1976, les premiers documents de travail contenant des informations de fond et des critères pour la sélection des ME et des aspects administratifs. Ces documents sont distribués aux différents responsables régionaux pour appréciation. À l'issue d'une consultation informelle, qui a lieu en fin 1976, l'unité parvient à la sélection des ME. Le document DPM/76.1 qui les contient est transmis aux responsables des différents bureaux régionaux, à ceux des États-membres, des universités, des membres du tableau d'experts de l'OMS et des ONG. Les documents de travail (DPM/WP/1,

---

[42] H. Malher, « Essential Drugs for All ».
[43] OMS, « La sélection des médicaments essentiels », Série de rapports techniques, Genève, OMS, 1977.
[44] Voir à cet effet, G. Vélasquez, *L'industrie du médicament et le Tiers-Monde*, Paris, L'Harmattan, 1983 ; P. Brudon, *Médicaments pour tous en l'an 2000 ? Les multinationales pharmaceutiques suisses face au Tiers-Monde : l'exemple du Mexique*, Lausanne, Édition d'en bas, 1983 ; L. B. de Chazournes, « Application de la notion de médicaments essentiels », in *Annuaire français de droit international*, Vol. 30, 1984, pp. 692-703 ; etc.

2, 3) à l'intention du premier comité des experts de l'OMS et la série des rapports techniques de l'OMS (SRT n°615) produit en 1977[45], insistent sur la sélection des ME, et contiennent les critères de sélection et une liste modèle[46]. Le comité réuni à cet effet, et essentiellement constitué d'experts venus pour la plupart d'Occident et d'Asie, comme il ressort du tableau suivant, permet de parler d'un réseau constitué de la politique pharmaceutique internationale, d'une « communauté de savoirs » ou encore d'une « communauté épistémique » des ME.

Tableau 13 : WHO Expert Committee on the Selection of Essential Drugs, Geneva, 17-21 October 1977

Members	Institutions	Countries
Committee		
Pr. D. L. Azarnoff (Distinguished Professor of Medicine and Pharmacology): **Chairman**	The University of Kansas Medical Center, College of Health Sciences and Hospital	Kansas City, KS, USA
Dr. E. G. Beausoleil (Director of Medical Services)	Ministry of Health	Accra, Ghana
Dr. I. Darmansjah (Department of Pharmacology): **Vice-Chairman**	University of Indonesia	Jakarta, Indonesia
Pr. S. Garattini (Director)	Mario Negri Institute	Milan, Italy
Pr. P. Lechat (Director)	Institute of Pharmacology, Faculty of Medicine of the University	Paris, France
Dr. N. D. W. Lionel (Associate Professor of Pharmacology)	Department of Pharmacology, University of Sri Lanka	Colombo, Sri Lanka
Mr. Yeap Boon Chye (Director of Pharmaceutical Services): **Rapporteur**	Ministry of Health	Kuala Lumpur, Malaysia
Pr. A. C. Zanini (President, Consultative Committee)	Central de Medicamentos, and Director of the Central Laboratory, Hospital das Clinicas of the Faculty of Medicine, University of Sao Paulo	Sao Paulo, Brazil
Representatives of others organizations		
Dr H. Probst (Procurement Office)	Supply Division, European Office of UNICEF	Geneva (Palais des Nations), Switzerland*[47]
Mr J. Richman (Deputy Director)	Supply Division, UNICEF	New York, USA*
Secretariat		
Dr I. T. Borda: **Temporary Adviser**	Associate Professor of Medicine, University of Western Ontario, and	Ontario, Canada

[45] WHO, *The selection of essential drugs. Report of a WHO Expert Committee*, SRT 615, WHO, Geneva, 1977.
[46] Cette liste modèle des ME est régulièrement révisée, comme ce fut le cas notamment en 1983, en 1985, en 1988, en 1990, en 1992, en 1995, en 1997, etc. Voir à cet effet : OMS, *Séries de rapports techniques*, n°615 (1977) ; n°641 (1979) ; n°685 (1983) ; n°722 (1985) ; n°770 (1988) ; n°796 (1990) ; n°825 (1992) ; n°850 (1995) ; n°867 (1997) ; etc.
[47] Pour ceux des pays portant le signe (*), la nationalité est celle du pays auquel est rattaché le siège de l'organisation internationale du représentant.

	Head of Gastroenterology Division, St. Joseph's Hospital, London	
Dr V. Fattorusso (Director)	Division of Prophylactic, Diagnostic and Therapeutic Substances, WHO	Geneva, Switzerland*
Miss M. Helling (Scientist)	Drug Policies and Management, WHO	Geneva, Switzerland*
Dr P. K. M. Lunde: **Temporary Adviser**	Associate Professor in Clinical Pharmacology, University of Oslo, and Head, Division of Clinical Pharmacology and Toxicology, Central Laboratory, Ulleval Hospital,	Oslo, Norway
Dr H. Nakajima[48], (Chief): **Secretary**	Drug Policies and Management, WHO	Geneva, Switzerland*
Dr G. Tognoni (Head): **Temporary Adviser**	Clinical Pharmacology Laboratory and Regional Centre for Drug Information, Mario Negri Institute	Milan, Italy
Dr G. A. Ulianova (Deputy Chairman): **Temporary Adviser**	Pharmacological Committee, Ministry of Health of the USSR,	Moscow, USSR

Source : WHO, *The selection of essential drugs*, 1977.

La conception d'une liste modèle des ME par ce Comité d'experts OMS permet au Conseil exécutif (CE) et à l'AMS d'adopter, en 1978, des résolutions (EB61.R17 ; WHA31.32), qui autorisent le DG/OMS à mettre en place un programme d'action pour les ME. La résolution WHA32.41 adoptée pour sa part en 1979 recommande au DG/OMS d'établir un programme spécial concernant les ME, y compris une structure administrative supposée le gérer, cependant que le second comité d'experts met à jour et révise la liste modèle[49]. L'ensemble de ces travaux, réunions, et rapports préparatoires favorisent la mise en place en février 1981, d'un « Programme d'action pour les médicaments essentiels » (PAME/APED). Le rapport A35/7 sur l'analyse de la situation est ainsi soumis à la 35e AMS par le comité *Ad Hoc* des politiques pharmaceutiques du CE[50]. Formellement adopté par l'AMS à "l'unanimité" en 1982, l'*Action Program of Essential Drugs* (APED) est mis en œuvre de manière effective au sein des États-membres. Il est supposé tenir compte, outre de la redistribution considérant les ME comme

[48] Le Dr. Hiroshi Nakajima, est d'origine japonaise. Secrétaire en 1977 du Comité d'experts de l'OMS pour les ME et chef de l'unité OMS des politiques et gestions de médicaments, il devient en 1988 le quatrième DG/OMS : l'un des plus controversés de toute l'histoire de l'organisation. Il quitte la direction de l'OMS en 1998, après deux mandats. C'est sous son règne que l'OMC adopte les accords ADPIC. Nous reviendrons plus loin sur les conséquences de ces accords sur les politiques pharmaceutiques internationales dans les pays du Sud surtout.
[49] OMS, *Série de rapports technique*, n°641, 1979.
[50] OMS, « Programme d'action pour les médicaments essentiels », Rapports du Comité ad hoc du Conseil exécutif pour les politiques pharmaceutiques mandaté par le Conseil exécutif, A35/7, 1er avril 1982.

priorité de santé, de la prestation de soins à l'ensemble de la population, et des idéaux de justice sociale, tous formulés dans la politique des SSP adoptée à Alma Ata, quelques années auparavant[51].

Perçu comme élément indispensable pour atteindre l'objectif de « Santé Pour Tous en l'an 2000 », la politique du ME, ou son application, apparaît alors comme l'une des composantes du « nouvel ordre sanitaire international », par ailleurs, intimement lié au « Nouvel ordre économique international »[52]. Cette politique est présentée aux yeux de l'opinion internationale comme une « innovation ». Concevoir comme une rupture la sélection d'une liste restreinte de médicaments dans l'optique de maîtriser les systèmes d'approvisionnement et de distribution, en réduisant les dépenses de consommation est cependant fort contestable. Dans les années 1930 en effet, la multiplication des dispensaires et l'extension des voies de communication, dans les colonies françaises d'Afrique, ont eu pour conséquence une augmentation des dépenses en médicaments et en matériel. Une telle augmentation de dépenses contraint les autorités coloniales à standardiser les prescriptions, et à réduire la nomenclature des spécialités au « strict indispensable »[53]. La liste de « médicaments antipludiques de synthèse » que le directeur général de la santé publique de l'AEF, le Médecin général Cheneveau adresse aux médecins coloniaux, le 26 septembre 1955[54], est significative de la routinisation de cette pratique.

En France, par contre, c'est « l'ordonnance n° 45-2484 du 24 septembre 1945 relative à l'exercice et à l'organisation des professions de médecin, de chirurgien dentiste et de sage-femme » signée de De Gaulle, qui autorise exclusivement aux chirurgiens-dentistes et aux sages-femmes de ne « prescrire que les médicaments figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre de la santé publique, pris après avis de l'académie de médecine »[55]. De telles listes régulièrement corrigées et examinées des médicaments usuels, aussi bien en métropole que dans les colonies, peuvent être à tort ou à raison, vues comme l'ancêtre des listes modèles de l'OMS, même s'il n'est pas exclu qu'une telle pratique soit bien plus antérieure que 1930.

---

[51] Voir Déclaration d'Alma-Ata, points VI et VII, in « Les soins de santé primaires. Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata (URSS), 6-12 septembre 1978, série Santé pour tous, n°1.

[52] OMS, *Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000*, Genève, OMS, 1978.

[53] ANC, « Circulaire n°36 du Gouverneur général J.-F. Reste, aux gouverneurs délégués, chefs de départements, chef de subdivisions, et aux médecins », 17 mars 1937, in *Fonds santé et assistance publique*, GG 443.

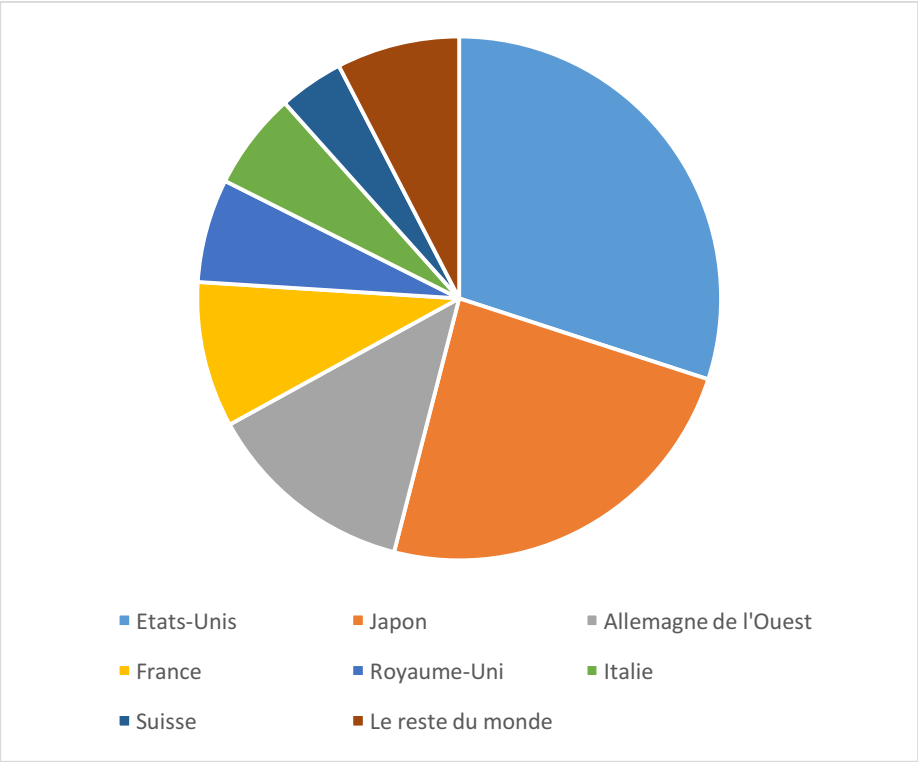
[54] ANG, « Médicaments antipaludiques de synthèse », in Santé – Paludisme : médicaments antipaludiques, 1952-1955, 1H257.3.

[55] « Ordonnance n° 45-2484 du 24 septembre 1945 relative à l'exercie et à l'organisation des professions de médecin, de chirurgien dentiste et de sage-femme », in Journal Officiel de République Française (JORF) du 28 septembre 1945, p. 6083.

La mise en place par l'OMS d'une liste des ME est supposée garantir aux États – surtout ceux dans lesquels les populations n'ont pas accès aux ME – les facilités d'élaboration des politiques pharmaceutiques censées assurer la rationalisation des achats des médicaments et leur distribution. L'APED, pour sa part, a pour but, dans son fondement, le renforcement de l'autonomie des pays dits en développement, par la mise en place aux niveaux nationaux, des politiques pharmaceutiques répondant aux principes et aux normes spécifiés : la meilleure façon d'atteindre cette autonomie étant de s'appuyer sur la coopération interétatique, comme principe essentiel de l'exécution dudit programme[56]. Cette volonté d'autonomisation pharmaceutique des pays du Sud est en effet inscrite plus tôt, dans la Déclaration de Lima[57], qui prévoit que 25% de la production des médicaments devait provenir du « Tiers-Monde » d'ici à la fin du XX^{e} siècle. Une telle ambition et ses implications sur le monopole occidental – et notamment étatsunien – sur le marché du médicament, justifie le choix de Washington (principal contributeur financier de l'OMS) de geler en 1982 le budget de l'organisation et de bloquer, en 1985, ses contributions, comme précédemment souligné (cf. Chap. III). Ce choix, rappelons-le, est dû au fait qu'au début des années 1970, l'important marché du médicament s'évalue à un peu plus de 40 milliards de dollards US. Un marché dans lequel l'ensemble des pays dits en développement ne représente qu'environ 1/10, avec plus de la moitié de ce chiffre partagé entre le Brésil, l'Inde et la Mexique[58]. En conséquence, à la fin des années 1980, les pays dits développés capitalisent à eux seuls, plus de 90% de capacité de production des médicaments, soit un peu près de 93%, repartis ainsi qu'il apparaît dans la figure suivante :

[56] OMS, « Programme d'action pour les médicaments essentiels », A35/7.
[57] Il s'agit de la Déclaration adoptée en 1975, par la 2^{e} conférence de l'Organisation des Nations Unies pour le Développement Industriel (ONUDI). Cet objectif de 25% vise la production industrielle en général, dont font partie les médicaments.
[58] AOMS/BZV, « La santé et le Nouvel Ordre Économique International. Contribution à la discussion », OMS, TDs/NIEO/79.1.

Fig. 9 : Répartition mondiale de la capacité de production des médicaments (1980)



En résumé, les Etats-Unis viennent en tête, avec 30 % de la production mondiale de médicaments. Ils sont suivis par le Japon (24%), l'Allemagne de l'Ouest (13%), la France (9%), le Royaume-Uni (6,4%), l'Italie (6%), la Suisse (4%)[59], etc. Outre la pression exercée par Washington, de nombreuses réticences sont également observées du côté des responsables de ces industries pharmaceutiques qui, d'abord sur la défensive, reprennent progressivement confiance avec le repositionnement de la Fédération internationale de l'industrie du médicament (FIIM), comme interlocuteur privilégié de l'OMS, dans l'application de l'APED[60]. Ce regain d'intérêt des lobbies pharmaceutiques est lié aux possibilités qui leur sont ainsi offertes, soit d'infléchir et de réguler les processus de commercialisation des produits médicamenteux, à diverses échelles, soit alors d'interférer dans les mécanismes nationaux et transnationaux de distribution desdits produits en prétextant tantôt la formation des personnels de santé, tantôt "l'éducation" des consommateurs.

[59] OMS, *La situation pharmaceutique*, p. 23.
[60] Voir à ce sujet P. Brudon, *Médicaments pour tous en l'an 2000 ?*, pp. 192-196.

On évalue vers la fin des années 1990, à près de 160 le nombre de pays dans le monde, qui s'est doté d'une liste nationale des ME[61] s'adaptant au modèle régulièrement fourni par l'OMS. Parmi ces pays, se compte la majorité de ceux de la sous-région méso-africaine. Ceci rend tacite l'accord entre différents États-nations sur l'utilité de la notion des ME dans la perspective globale définie par l'OMS, et pose la question de l'établissement d'une liste de ME dans la formulation d'une politique pharmaceutique nationale, comme "un principe de base largement admis"[62]. L'adoption d'un tel instrument trahit du même coup le dynamisme des logiques d'appropriation à l'échelle des pays, des éléments essentiels d'un discours « programmatique » international[63], qui peu à peu, se mue en discours national légitime et légitimant[64].

1.2. Le marché africain du médicament depuis 1980 : un secteur déstructuré

L'éducation et la santé ont occupé une place de choix dans les priorités des gouvernements post-coloniaux, comme peuvent en témoigner les nombreux plans quinquennaux élaborés dès 1960, dans la plupart des pays anciennement colonisés[65]. Ces plans quinquennaux inspirés surtout du modèle socialiste, ou encore du « socialisme africain »[66] mettent l'accent sur le secteur de la santé, au développement des infrastructures « modernes », des écoles de médecine basées dans les universités[67], la formation du personnel sanitaire aussi bien localement qu'à l'étranger. Ce personnel est censé soutenir le développement d'une industrie pharmaceutique domestique, dans l'optique de mettre un terme à l'importation des produits médicamenteux héritée de la colonisation européenne en Afrique. De manière chiffrée,

---

[61] OMS, *Stratégie pharmaceutique de l'OMS : Cadre d'action pour les médicaments essentiels et politiques pharmaceutiques (2000-2003)*, OMS, Genève, 2000.
[62] L. B. de Chazournes, « L'application de la notion de médicaments essentiels », p.697.
[63] M.-C. Smouts, « La construction équivoque d'une « opinion » mondiale », in *Tiers-Monde*, Tome 38, n°151, 1997, Coopération internationale : le temps des incertitudes, pp. 677-693.
[64] C. Gobin et J.-C. Deroubaix, « L'analyse du discours des organisations », p. 110.
[65] Au Cameroun par exemple, six plans quinquennaux sont mis en œuvre entre 1960 et 1986, et donc cinq seulement sont arrivés à leur terme. Le sixième ayant été interrompu par la crise du milieu des années 1980. Le Gabon pour sa part a élaboré dès 1963, des programmes intermédiaires de développement couvrant les années 1963, 1964 et 1965. Au Congo, au Tchad et en RCA par contre, il est mis en place un régime de plans quinquennaux intermédiaires, dont les études préparatoires allaient conduire à l'adoption des premiers plans entre la fin des années 1960 et le début des années 1970.
[66] Voir R. Badouin, « La planification économique en Afrique noire francophone. Note critique », in *Tiers-Monde*, Vol. 6, n°24, 1965, pp. 1086-1092.
[67] C'est dans cette perspective que voit le jour le Centre universitaire des sciences de la santé (CUSS) de Yaoundé en 1969, comme première institution sous régionale de formation du personnel médico-sanitaire. L'hôpital général de Yaoundé naît quelques années plus tard, dans le même contexte.

cette importation s'évalue au début des années 1980, à plus de 64%, des pays dits développés vers les pays du « Tiers-Monde »[68]. Ce qui souligne avec force, l'importance des enjeux que constitue le marché du médicament dans les pays du Sud.

Si l'histoire du médicament pharmaceutique industriel prend son envol en Occident au XIX[e] siècle, c'est seulement pendant l'entre-deux-guerres que celle de sa consommation acquiert une certaine importance. Cette révolution intervient en Europe et aux États-Unis[69] au moment où en Afrique, l'administration coloniale française initie la mise en place d'un système de santé qui fait suite à la création, le 15 janvier 1910, du Gouvernement général de l'Afrique équatoriale française (AEF)[70]. C'est dans la foulée de cette « pénétration pacifique par l'hygiène » – pour reprendre une expression chère à J.-P. Dozon[71] – que les autorités coloniales introduisent l'accès gratuit aux soins de santé et aux médicaments[72]. Un système de gratuité par ailleurs matérialisé par l'art.1 de l'arrêté du 7 août 1923 du Gouverneur général de l'AEF, Victor Augagneur. Ledit arrêté fixe « le tarif des soins médicaux donnés aux indigènes »[73]. Dans son texte législatif, l'administrateur colonial élargit la gratuité des soins « aux indigènes de la colonie ou groupes de colonies », si ceux-ci sont « indigents » et si leur salaire est « inférieur à 80 francs par mois »[74]. Cette mesure qui vise à répondre aux exigences de la « mise en valeur des colonies » est aussi étroitement liée au système hospitalo-centré qui progressivement, se met en place.

La distribution des médicaments dans ces structures hospitalières publiques, de même que dans les structures confessionnelles et privées est essentiellement assurée par des commerçants européens. Les premières structures pharmaceutiques publiques mises en place pour satisfaire la demande en médicament sont elles aussi essentiellement tenues par des pharmaciens privés métropolitains, comme c'était le cas au Congo. Dans ce pays en effet la

---

[68] OMS, *La situation pharmaceutique*, p. 23.
[69] Les premières industrialisations de médicaments issus de la chimie organique ont tout d'abord lieu en Allemagne, au Royaume-Uni, en France et plus tard, aux Etats-Unis. Voir S. R. Whyte, S. van der Geest et A. Hardon, *Social Lives of Medicine*, pp. 146-160 ; M. L. Tan, *Good Medicine: Pharmaceuticals and the Construction of Power and Knowledge in the Philippines*, Amsterdam, Het, Spinhuis, 1999 ; C. Baxerre, « Pourquoi un marché ? », pp. 117-136.
[70] JOAEF, Décret du 15 janvier 1910, portant création du Gouvernement Général de l'A.E.F.
[71] J.-P. Dozon, « Quand les pastoriens traquaient la maladie du sommeil », in *Sciences sociales et santé*, Vol. 3, n° 3-4, 1985, pp. 27-56.
[72] Il s'agit surtout des premiers médicaments industriels que sont la quinine, l'aspirine, la morphine, la pénicilline, etc.
[73] ANC, « Arrêté fixant le tarif des soins médicaux donnés aux indigènes », in Fonds santé et assistance publique, GG 442.
[74] *Ibid*.

« Pharmacie de la plaine »[75] est gérée par R. Mavré, pharmacien ex-interne des Hôpitaux de Paris. Elle compte, au départ, au nombre de celles qui assurent, le ravitaillement en produits médicamenteux, de toute l'AEF. Paul Vialatel de la Faculté de Montpellier est, pour sa part, à la tête de la « Pharmacie "Croix du Sud" », située à Pointe Noire. La « Pharmacie Houyoux » de Brazzaville tenue par P. Randelli Suce, Goutal et Berthaud, est plutôt spécialisée dans la fourniture des outils de l'optique médicale[76].

Des structures similaires voient également le jour, aussi bien au Cameroun (et notamment à Douala et à Yaoundé), qu'au Gabon, au Tchad, en Oubangui-Chari (actuelle RCA), ou encore au Congo belge. Dans ce dernier territoire par exemple, l'administration coloniale met en place, à Léopoldville, un « dépôt central médical et pharmaceutique » (DCMP), dans le but d'assurer tant la commande et la réception que le stockage, le conditionnement et la redistribution des médicaments et autre matériel médical nécessaire, aux formations médicales de la colonie et à celles agréées par les autorités coloniales[77]. Cette structure « d'une importance vitale » est réorganisée en 1968, avec le concours d'une mission privée belge qui, rendue au Congo, en mai de la même année, peaufine un projet d'accord passé quelques jours après, entre le Gouvernement du Zaïre (Congo ex-belge et actuelle RDC) et la Fédération des Industries Chimiques Belges (FICB). La signature de cet accord favorise la mise à la disposition du DCMP, de trois pharmaciens et trois paramédicaux spécialisés[78].

Le cas du Congo ex-belge est loin d'être isolé. Vers la fin des années 1970, le Gouvernement camerounais octroie plusieurs autorisations d'exploitation à des pharmaciens étrangers, et notamment français. L'autorisation n°4/78 du 8 juillet 1978 est par exemple délivrée au pharmacien français Claude Labarbe, alors chef du bureau des stupéfiants de Paris[79]. De tels exemples donnent à voir comment s'opèrent des évolutions dans les systèmes d'approvisionnement et de distribution des produits pharmaceutiques, dans la période coloniale et celle d'après les indépendances. Notons qu'à la fin de la colonisation en effet le système de gratuité des soins et des médicaments, initié par les administrations coloniales est maintenu

[75] Rebaptisée « Pharmacie Mavré », cette institution existe aujourd'hui encore, en plein cœur de la capitale congolaise, Brazzaville.
[76] Nous tenons ces informations de « La semaine de l'AEF », à partir notamment du premier numéro paru le 4 septembre 1952. Tous les autres numéros, – ou presque – reprennent ces publicités jusqu'en 1959, et même après que le journal ait été rebaptisé « La Semaine Africaine ». C'est-à-dire longtemps après les indépendances (voir n°1328 du 19 novembre 1978). C'est en effet dans ce journal que ces pharmaciens métropolitains faisaient la promotion de leurs structures et des nouveaux produits médicamenteux.
[77] Il s'agit notamment des formations médicales confessionnelles et autres formations opérant en clientèle privée sur le territoire colonial.
[78] J. Brassine, « La coopération technique entre la Belgique et le Congo », p. 8.
[79] AMCSP, Lettre n°D23/BS/MSP/DS/SDPH-SLS, du 12 juillet 1978.

dans la presque totalité des pays nouvellement indépendants, du moins, dans les structures publiques dépendant de l'administration. La plupart des centres médicaux évoluant sous ce régime de gratuité a en général bien fonctionné jusqu'au milieu des années 1980, malgré les difficultés – interruptions, adaptations, prorogations, réorientations, distorsions – rencontrées, lors des premières vagues de planification, et que souligne au passage Robert Badouin[80]. Régulièrement approvisionnées en médicaments et en personnels, ces institutions de santé bénéficient avant tout, des subventions gouvernementales – même si parfois insuffisantes – pour leur fonctionnement. Ces subventions étatiques et leur importance viennent souligner le rôle prépondérant des pouvoirs publics, dans la structuration et l'organisation des politiques sociales post-coloniales. Ce rôle d'un point de vue des approvisionnements pharmaceutiques consiste en effet en la centralisation des commandes, des achats, du stockage et de la distribution des médicaments et autres matériels médicaux, acquis parfois essentiellement auprès des fournisseurs issus des anciennes métropoles, sur la base de certains accords et autres rapports de « coopération »[81].

À la suite des crises du milieu des années 1980, le secteur africain de la santé, frappé de plein fouet, subit un « revers » duquel il n'est plus jamais ressorti : réductions drastiques des allocations de fonds par les gouvernements, fuite des cerveaux, détérioration des infrastructures physiques et des équipements, baisses de rémunération du personnel, détérioration de l'environnement du travail, pénuries sévères de médicaments et autres fournitures, etc. À ces difficultés s'ajoute le retrait des gouvernements du secteur de la santé, pour satisfaire aux exigences du « laisser les règles du marché le réguler » prônée par les institutions internationales de Bretton Woods. Ce contexte d'ajustement est renforcé par le diktat de l'ouverture des frontières commerciales et la levée des restrictions quantitatives sur certains produits étrangers soutenues par le GATT. Des mesures qui, en contribuant à la déstructuration du système de santé publique africain, s'accompagnent vers la fin des années 1980, par la mise en place de l'Initiative de Bamako (IB) sur le recouvrement des prestations sanitaires et donc sur la privatisation de la santé. Cette privatisation de la santé qui incite les pouvoirs publics à l'abandon de la gratuité des soins et des médicaments s'appuie théoriquement, sur le postulat orthodoxe de « l'aléa moral » en santé qui voudrait que le payement par le patient des

[80] R. Badouin, « La planification économique en Afrique », p. 1088.
[81] Nous verrons par la suite, l'importance de ces choix politiques et leurs conséquences sur les politiques pharmaceutiques en Afrique centrale surtout, au lendemain de l'adoption de l'Initiative de Bamako.

prestations et la réduction de sa couverture n'ait aucun effet sur son état de santé[82]. Une considération, somme toute, « faussement scientifique et dangereuse », qui, en accroissant les inégalités, encourage les nouvelles dépenses publiques au principe de la « sécession sociale »[83].

Dans son principe de base, les promoteurs de l'IB entendaient réserver le financement de toutes les activités de soins de santé primaires (SSP) – existantes ou à mettre en œuvre dans les districts de santé (DS) – aux collectivités locales et à elles seules. Ce financement était alors supposé se faire sur la base d'un approvisionnement effectif en médicaments à bas prix, dont la vente du stock initial, "gratuitement" pourvu par l'aide publique internationale, allait permettre le renouvellement du stock et de financer les autres charges récurrentes de santé (cf. Chap. III). Toutefois, en raison des accords et autres conventions passées avec les industries pharmaceutiques des anciens pays colonisateurs, on assiste, dans la plupart des États nouvellement indépendants, à un refus catégorique de la part des ministres de la santé d'acheter les ME sous leur forme générique, alors que ceux-ci offrent l'avantage de coûter beaucoup plus moins cher. En raison des pressions subies de la part de leurs partenaires étrangers et des intérêts privés que ces autorités nationales tirent de tels accords de « coopération », elles privilégient plutôt l'achat des médicaments princeps ou originaux, comme c'était déjà le cas, pendant la colonisation. Cette situation a fait l'objet de plusieurs analyses de la part des anthropologues intéressés à la question du médicament. Dans son étude sur le cas du Bénin, Carine Baxerre montre par exemple comment, outre les accords tacites passés entre l'industrie pharmaceutique française et les gouvernements des pays nouvellement indépendants, « l'aide liée », le système pharmaceutique français et la législation qui le sous-tend ont desservi au départ, l'utilisation des médicaments génériques, tant pour les prescripteurs que pour les pharmaciens et les consommateurs[84]. Pour S. van der Geest qui tente d'analyser ce phénomène au Cameroun, il convient plutôt d'y voir une mainmise de l'industrie pharmaceutique française sur le gouvernement camerounais[85]. Les méthodes utilisées par les industries pharmaceutiques occidentales pour parvenir à soudoyer les autorités nationales[86] ont donné lieu à des études plus

---

[82] Voir P. Batifoulier, « Aux origines de la privatisation du financement du soin : quand la théorie de l'aléa moral rencontre le capitalisme sanitaire », in *Revue de la régulation*, Spring, 2015, [en ligne], consulté le 23 août 2017. URL : http://regulation.revues.org/11196.

[83] *Ibid*.

[84] C. Baxerre, *Du médicament informel au médicament libéralisé : Une anthropologie du médicament pharmaceutique au Bénin*, Paris, les Éd. des Archives Contemporaines, 2013.

[85] S. van der Geest, « Les médicaments sur le marché camerounais ».

[86] L'Afrique n'est d'ailleurs pas la seule concernée. Le cas assez récent de Novartis accusé de corruption en Grèce semble trahir à bien des égards les ambitions démesurées de ces industriels. Le géant pharmaceutique suisse aurait en effet « offert des « pots-de-vin », pour aider le laboratoire à commercialiser des médicaments aux vertus curatives discutables, et à gonfler les prix ». Cf. « Le laboratoire Novartis accusé d'avoir corrompu deux ex-

pointues[87]. Elles livrent les clés essentielles de compréhension du développement d'une économie politique des crises du système de santé et pharmaceutique africain.

Pour modeler les schémas de consommation de médicaments dans les pays du Sud, les acteurs importants du système pharmaceutique mondial mobilisent des soutiens à la fois locaux et internationaux, dans le but de protéger leurs intérêts à travers l'application des DPI et des brevets. Ces acteurs, au nombre desquels GlaxoSmithKline, Bristol-Meyers-Squib, Pfizer, Hoffmann-La Roche, Johson & Johnson, Merck & Co, Novartis, Sanofi-Aventis, etc., imposent une recomposition structurelle aussi bien dans la production que dans la distribution et la consommation du médicament dans le continent[88]. Les connexions et interconnexions, avec les institutions politiques locales, les OI et les ONG, ont amené certains critiques à considérer que ces firmes constituent, à elles seules, des lobbies, ou mieux, des cartels[89] qui dirigent aussi bien les politiques pharmaceutiques internationales que nationales. Auguste Ambendet, fonctionnaire retraité de l'OMS, et ancien gestionnaire des stocks de médicaments à l'UNICEF parle de « pésanteurs politiques », ou encore de « grosses pressions qui pèsent sur les États »[90] pour expliquer ce phénomène. Ce pouvoir des firmes pharmaceutiques renforce ainsi la vulnérabilité des systèmes sanitaires du continent, due en grande partie, aux crises qu'ils traversent, et à leur gestion administrative parfois calamiteuse.

Si les firmes pharmaceutiques occidentales semblent être tenues pour principales responsables de la déstructuration des marchés pharmaceutiques locaux, leurs stratégies n'ont de sens réel que si elles s'appuient, à l'échelle nationale et locale, sur des nécessaires relais. À ces stratégies des industriels pour gagner des parts de marchés en Afrique, s'ajoutent en effet la corruption et la tromperie à tous les niveaux du système sanitaire, les « vols de médicaments à grande échelle, et des chapardages à petite échelle »[91], etc. Cette conjonction de faits a pour conséquence la création d'une pénurie sans précédent de médicaments dans les hôpitaux et les

---

premiers ministres grecs », in *Le Monde*, du 6 février 2018, [en ligne], consulté le 6 février 2018. URL : http://www.lemonde.fr

[87] Voir à cet effet, C. Medawar, *Insultor Injury ? An Enquiry into the Marketing and Advertising of British Food and Drug Products in the Third World*, London, Social Audit, 1979 ; A. Chetley, *A Healthy Business ? World Health and the Pharmaceutical Industry,* London, Zed Press, 1990 ; C. Medawar, A. Hardon, *Medicines out of Control ? Antidepressantss and the Conspiracy od Goodwill*, Amsterdam, Aksant, 2004 ; D. W. Light (ed.), *The Risks of Prescription Drugs*, New York, University of Columbia Press, 2010, etc.

[88] Leur domination par ailleurs difficilement contestable, couvre aussi les domaines de recherche, et de l'expérimentation, le développement des produits et l'innovation, les systèmes de production et d'emballage, la distribution et le marketing, etc.

[89] Voir par exemple J.-P. Berlan, « Brevet du vivant : progrès ou crime ? », in *Revue Tiers Monde*, n°181, 2005/1, pp. 207-221.

[90] Entretien avec A. Ambendet, Brazzaville, le 5 février 2018.

[91] S. van der Geest, « Les médicaments sur le marché camerounais ».

dispensaires entre la fin des années 1970 et le début des années 1980. Cette pénurie est à l'origine, elle-même, de l'accélération d'un phénomène déjà bien ancré dans les mœurs locales : celui du « médicament de la rue » que Baxerre désigne par « marché informel du médicament »[92].

Le phénomène de la vente informelle de médicaments, dans le continent, n'est en effet pas nouveau. Il tire avant tout ses origines des processus d'auto-médicalisation et d'auto-médication en cours dans la pratique depuis des millénaires, des médecines locales. C. Baxerre fait remonter cette pratique vers la fin des années 1950 pour le cas de l'Afrique de l'Ouest, et notamment du Benin qu'elle étudie. S. Van der Geest, pour sa part, associe ce phénomène au Cameroun, au mauvais fonctionnement du système de soins, donc essentiellement au contexte des années 1980 durant lequel le système sanitaire du pays entre en crise[93]. Pour l'historien, au contraire, le développement du marché du « médicament de la rue » semble bien plus lointain et remonterait à l'époque de l'introduction du médicament dans les colonies dans l'entre-deux-guerres. Rappelons que l'objectif principal de l'action médicale coloniale était « d'apprivoiser l'indigène », comme le précise en 1933, le Médecin général Fulconis, alors Inspecteur général des services sanitaires et médicaux civils de l'AEF. Le but était de détourner la population locale du « sorcier » ou de « l'homme remède » auquel elle recourait en toute occasion[94]. C'est pour y parvenir que le Dr. Fulconis conseille au médecin colonial de se « montrer », se « faire connaître ». Il lui recommande également de mobiliser son « faire-savoir », dans l'optique de faire « impression sur les esprits ». Fulconis écrit à cet effet :

> Faire disparaître une éruption pianique ou une poussée de syphilis en quelques jours par le moyen de quelques injections ou de quelques comprimés donnés à bon escient, voilà qui acquiert à la médecine du "Blanc", de la notoriété et de la clientèle. […] faire d'un impotent un homme normal, excellente opération pour le patient, meilleure encore pour notre politique hospitalière, car c'est là un événement dont on parlera le soir autour des feux et le féticheur n'y pourra contredire[95].

C'est donc à travers le « pouvoir » des médicaments, et notamment des antibiotiques, « faiseurs de miracles thérapeutiques »[96] que les colons entendent attirer de plus en plus de

---

[92] C. Baxerre, « Pourquoi un marché ? », pp. 117-136.
[93] S. Van der Geest, « The Articulation of Formal and Informal Medicine Distribution in South Cameroon », in S.Van der Geest & S. R. Whyte (Dir.), *The Context of Medicines in Developing Countries: Studies in Pharmaceutical Anthropology*, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 1988, pp. 131-148.
[94] ANC, « Note du Dr. Fulconis sur la politique hospitalière en AEF », in Fonds santé et assistance publique, GG 443.
[95] *Ibid*.
[96] S. Van der Geest, S. R. Whyte, « Popularité et scepticisme : opinions contrastées sur les médicaments », in *Anthropologie et sociétés*, Vol. 27, n°2, 2003, pp. 97-117.

clientèle dans les structures de soins. Cette opération de « séduction » – convient-il d'ajouter – consiste cependant à contraindre les patients à se soumettre à une consultation médicale préalable, avant l'acquisition du médicament, que ce soit dans les structures publiques que privées et confessionnelles. Paradoxalement, ces produits deviennent d'autant plus prisés et désirables qu'ils finissent par faire des médecins et autres professionnels de santé, des « accessoires non nécessaires », pour leur utilisation[97], en même temps qu'ils favorisent le développement des circuits d'acquisition complexes.

Pour échapper aux contrôles et consultations médicales en effet les populations locales entreprennent tôt, de se procurer des médicaments, soit auprès des proches et des amis qui avaient été au dispensaire, soit encore auprès du personnel sanitaire qui les vend aux clients malgré leur gratuité officielle, soit enfin, sans prescription auprès des structures pharmaceutiques officielles à but lucratif. Seulement, l'inaccessibilité des prix de médicaments conditionnés acquis dans ces dernières structures contraint certains individus qui pouvaient s'en procurer, à les vendre au détail dans les rues, et à un prix abordable. Ce phénomène qui, apparemment, semble s'étendre à l'ensemble des pays francophones d'Afrique perdure jusqu'au lendemain des indépendances. Et c'est par exemple pour l'interdire au Congo que l'Administrateur-Maire de Brazzaville, J. L. Mamimoue signe l'arrêté n°53 M du 15 février 1964, « interdisant la vente de produits pharmaceutiques sur les marchés et places publiques »[98]. Malgré de telles interdictions, le phénomène s'accélère (voir photo suivante) au début des années 1980, avec les difficultés que rencontre la majorité des systèmes sanitaires de ces pays. Officiellement, la rareté des médicaments et produits pharmaceutiques qui fait suite à ces difficultés justifie, en partie au moins, l'adoption du programme d'action de l'OMS pour les ME. Un programme dont les rapports avec l'IB sur le recouvrement des coûts de prestations permettent d'expliquer la situation actuelle du marché africain du médicament : un marché déstructuré, sous contrôle des lobbies pharmaceutiques étrangers.

[97] *Ibid*., p. 97. Voir aussi C. Baxerre, « Pourquoi un marché ? », p. 123.
[98] AMB, « Arrêté n°53 M. du 15 février 1964, interdisant la vente de produits pharmaceutiques sur les marchés et places publiques », Carton 70A.

Image 23 : Vente des médicaments de la rue au marché total de Brazzaville (Cliché S. Ayangma, novembre 2017)



2. Les méfaits de la politique des « médicaments essentiels » en Afrique centrale

Après avoir présenté ce qui fait la spécificité des conséquences de la politique du ME, dans la sous-région méso-africaine, cette section tente, à partir d'un cas d'étude sur le Cameroun, de montrer comment se singularise ce phénomène.

2.1. Situation en Afrique centrale

Rappelons, avant toute chose, qu'au début des années 1970, il n'existe aucune industrie chimique d'appui dans la plupart des pays dits en "développement", et la production pharmaceutique se limite essentiellement à la formulation et au conditionnement des médicaments. Quarante-cinq de ces pays sont en effet dépourvus de toute fabrique, cependant que quarante trois n'ont que des industries assurant la formulation et le conditionnement, et

trois seulement possèdent les bases d'une véritable industrie pharmaceutique[99]. Et même, l'ensemble des activités de ce secteur est ici assumé par des corporations transnationales, dans le cadre des accords de licence et de brevets, ou par des investissements directs étrangers[100]. Une situation qui a pour conséquence la dénationalisation de l'industrie pharmaceutique locale. Toutefois, la mise en œuvre par l'OMS du PAME/APED, au début des années 1980, est supposée – rappelons-le – permettre aux États en difficulté de satisfaire les besoins sanitaires réels de leurs populations et d'imposer leurs choix sanitaires sur un marché dans lequel les « firmes pharmaceutiques » sont de plus en plus puissantes et disposent de moyens nécessaires leur permettant d'accroître leurs ventes[101]. Le but est aussi de promouvoir, notamment par des moyens financiers et techniques, la mise en place dans ces pays des industries pharmaceutiques locales.

Quelques-unes ont pu voir le jour, soit sur une base contractuelle avec les industries hexagonales – comme c'était déjà le cas ailleurs – soit alors sur la base des capitaux nationaux. Cassandra Y. Klimek et Georges Peters ont tenté, au début des années 1990, de répertorier ces industries locales présentes en Afrique[102]. Nous ne reprenons ici que celles de l'Afrique centrale qui nous intéresse. Retenons ainsi, pour le cas du Cameroun : Rhone-Poulenc Santé Industrie Cameroun[103] qui fabrique surtout des comprimés, des gélules et des sirops ; PLANTECAM qui produit des solutés massifs qu'elle exporte dans d'autres pays d'Afrique ; et COSMAFRIC, aux capitaux essentiellement camerounais, qui met sur le marché des sirops de chloroquine et des antitussifs sous licence des Laboratoires Pierre Fabre. Pour le cas du Congo, nous avons l'entreprise nationalisée LAPCO, qui fabrique outre de la chloroquine, de l'aspirine, de la quinine et du paracétamol fabriqué et conditionné par les Laboratoires Pierre Fabre. Au Gabon enfin, nous avons l'Industrielle Pharmaceutique du Gabon (IPG) Elfa, entreprise d'un Groupe libanais associée à des intérêts privés gabonais, qui fabrique, depuis 1988, 67 produits et sérums sous licence[104]. Il serait en effet intéressant, dans le cadre de recherches futures, de savoir ce que sont devenues toutes ces structures.

---

[99] AOMS/BZV, « La santé et le nouvel ordre économique international : contribution à la discussion », TDs/NIEO/79.1.
[100] *Ibid*.
[101] Voir à cet effet, A. Von Waetensleben, « Major Issues Concerning Pharmaceutical Policies in the Third World », in *World Development*, Vol. 11, 1983, p. 171.
[102] C. Y. Klimek, G. Peters, *Une politique du médicament pour l'Afrique. Contraintes et choix*, Paris, Karthala, 1995.
[103] Elle est créée en mai 1989, avec un capital de 48% de pharmaciens camerounais.
[104] C. Y. Klimek, G. Peters, *Une politique du médicament*, « annexes », p. 165-170.

Une telle mise en place au niveau local des industries de production de médicaments génériques allait permettre de résoudre les problèmes de rareté et du difficile accès aux médicaments créés, entre autres, par les crises, l'absence de politiques pharmaceutiques nationales, la mauvaise gestion des stocks, etc. Cette volonté d'autonomisation, nous l'avons souligné, a entraîné l'ire des principaux pays producteurs de spécialités, sous le leadership des États-Unis. Le nécessaire soutien que ces pays trouvent auprès de la Fédération internationale de l'industrie du médicament (FIIM), interlocuteur privilégié de l'OMS, vient détendre l'atmosphère, cependant que s'engage en 1986 en Uruguay, le cycle de négociations qui débouchent sur l'adoption en 1994 des accords ADPIC. Les différentes négociations, connexions et interconnexions qui en découlent s'inscrivent dans la logique de la conférence tenue à Washington du 29 au 31 janvier 1979, sur les *Pharmaceuticals for developing countries*[105] comme précédemment évoqué.

Celle-ci inspire désormais aussi bien la politique du Gouvernement étatsunien vers « les PED » que celle de l'ensemble des pays occidentaux, producteurs de spécialités envers ces pays (cf. Chap. III). En 1987, par ailleurs, est adoptée, dans la capitale malienne, l'initiative qui porte son nom (IB). Cette conjonction d'événements permet en effet, aux industries étrangères du médicament, de mieux préparer la riposte au projet d'autonomisation pharmaceutique des pays du Sud. La stratégie consiste, dès lors, à renforcer le système d'« aide » et d'« assistance » initié au lendemain de la Seconde guerre mondiale par le "Programme Élargi d'Assistance Technique en vue du développement économique des pays insuffisamment développés" (PEAT). Il est aussi question d'opter pour la négociation des ententes de conformité avec les autorités nationales de ces territoires, tel qu'en dispose le texte de base sur les ADPIC.

L'adoption en 1978 de la déclaration d'Alma-Ata sur les SSP semble en effet avoir donné un coup d'accélérateur à ce processus d'« aide » et de « solidarité ». Cette politique des SSP, en privilégiant le préventif au détriment d'une politique de soins, vient « aggraver » la situation sanitaire des pays du « Tiers-monde ». Ce choix favorise la mise en place d'une approche internationale d'aide et de dons financiers et/ou matériels, concrétisée dans le cadre de la politique des ME. Celle-ci consiste, à travers ce même système, à rendre accessible les ME, par la sélection et l'usage rationnel, l'abordabilité des prix, le financement durable et la mise en place des systèmes d'approvisionnement fiables[106]. Ce dernier aspect, par exemple,

---

[105] *Conference Proceedings*. *Pharmaceuticals for developing countries*, 1979.
[106] OMS, Stratégie pharmaceutique de l'OMS : cadre d'action pour les médicaments essentiels et politiques pharmaceutiques 2000-2003, Document WH0/EDM/2000.1, pp. 34-35.

débouche sur la mise en place sous financement de l'OMS et de « l'aide publique internationale », des dépôts pharmaceutiques, dans la plupart des pays de la sous-région. Parmi ces dépôts, on peut citer : l'ex-Office National Pharmaceutique du Cameroun (ONAPHARM devenu Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Médicaux Essentiels : CENAME) – que nous étudions plus loin –, l'ex-Office National de Vente des Produits Pharmaceutiques du Congo (ONVPP), l'Unité de Cession du Médicament de la RCA, la Fédération des Centrales d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (Fédecame) de la RDC, etc. De même, l'IB semble aussi constituer l'un des éléments essentiels de cette nouvelle stratégie, dans la mesure où elle consiste à mettre "gratuitement" à la disposition des pouvoirs publics, et donc des dépôts, un stock initial de médicaments, lequel, vendu permettrait, en renouvelant le premier stock, la résolution des autres difficultés sanitaires. La correspondance suivante adressée par le Directeur de la gestion des programmes pour le DR/AFRO, le Dr. A. M. D'Almeida aux représentants résidents de l'OMS, dans la plupart des pays de la région africaine, permet de confirmer cette mise à la disposition des pays de ce stock initial de médicaments. Le responsable de l'OMS écrit :

> Vous avez certainement déjà reçu par courrier spécial en provenance de Genève, les documents d'expédition de deux (2) containers avec les lots de médicaments pour la Guinée. Il s'agit du container sur le navire SOPHIE RICKMERS V.9623, qui a quitté Livorno, Italie, le 19/5/96 via Algericas, et est attendu au port de Conakry le 15/6/96[107].

L'embarquement sur le navire TBN en direction de Luanda, de Dakar, de Cotonou et de Lomé quitte Livorno, le 16 mai 1996. Quant au navire CLAES MAERSK V.9609, il part du même port italien plus tôt, le 12 mai de la même année, en direction de Dakar, de Lomé et de Cotonou, etc., avec plus de 750 colis de médicaments pour chaque pays[108]. Les navires en direction des pays d'Afrique centrale allaient suivre quelques semaines seulement après. Il est cependant intéressant de noter que ces provisions en médicaments ne répondent généralement pas aux besoins réels des pays, comme permet de le soutenir cette correspondance du représentant résident de Sao Tomé et Principe, qui rend compte aux responsables du BR, de la réaction d'un des directeurs du ministère de la santé, le Dr. Luciano Costa Teixeira. Le Dr. J. Lisboa Ramos écrit à cet effet au Dr. Chisale le 30 mai 1996 : « Veuillez trouver ci-joint une

[107] AOMS/BZV, « Médicaments pour l'Initiative de Bamako », in *Bamako Initiative*, P7/27/11, Chemise 6, Carton ARC 185.
[108] *Ibid.*

lettre du Ministère de la santé, qui contient les réponses aux questions posées par le Directeur Régional et les commentaires sur les quantités de médicaments »[109]. Le Dr. Lisboa poursuit :

> Comme vous constaterez de la lettre (sic) du Ministère de la santé :
>
> On demande l'indication des couts (sic) des médicaments ; les couts (sic) feront part des factures et seront communiqués aux autorités.
>
> Les quantités semblent excessives pour les besoins du pays pour ce qui concerne le cloranfenicol en ampoules en suspention (sic) ; des quantités plus modestes sont sugerés (sic) : 15000 ampoules et 10. 000 flacons de suspension.
>
> Les quantités de metilergometrine en comprimés sont excessives pour les besoins de S. Tomé et Principe. Il est demandé la réduction de 10. 000 comprimés et maintient (sic) des ampoules.
>
> Il est demandé de réduire aussi le Diazepan en ampoules à 10. 000 […].

Dans le fax envoyé le 6 mai 1996 aux responsables de la plupart des pays francophones d'Afrique, et dont ceux de l'Afrique centrale qui nous intéressent, le Dr. Ebrahim M. Samba, alors DR/AFRO conditionne l'envoi de médicaments à la réception préalable des informations sur « les mesures prises par les autorités nationales afin d'assurer leur stockage dans les bonnes conditions »[110]. Il voudrait aussi savoir quelles dispositions ont été prises par ces autorités pour la mise des médicaments à la disposition des populations, en insistant sur la nécessité de les injecter dans « les systèmes de recouvrement des coûts ou d'autres initiatives similaires ». Il insiste enfin, sur la mise en place, dans chacun de ces pays, d'un comité géré essentiellement par les représentants résidents de l'OMS, et dont le rôle essentiel serait « d'assurer le suivi de la réception, du stockage, de la distribution et de l'utilisation de ces médicaments ainsi que du recyclage des fonds générés »[111]. C'est à eux aussi que revient le tâche du « dédouanement rapide » desdits médicaments dans les ports concernés, « pour éviter leur immobilisation prolongée »[112]. De telles instructions, en plus de donner une idée précise du rôle joué par les responsables pays de l'OMS, en rapport avec l'IB et les stocks de médicaments pourvus, renseignent aussi sur les obligations auxquelles sont tenues les autorités nationales.

Notons toutefois que c'est la mise en place des accords ADPIC, dès 1994, qui est venue renforcer ce système d'« aide » et de « solidarité ». Cette approche « assistancielle » axée sur

---

[109] AOMS/BZV, « « Médicaments pour l'Initiative de Bamako. Correspondance du Dr. J. Lisboa Ramos (représentant résidant de l'OMS au Sao Tomé e Principe) au Dr. Chisale (EDP/AFRO), le 30 mai 1996 », in *Bamako Initiative*, P7/27/11, Chemise 6, Carton ARC 185.
[110] AOMS/BZV, « Médicaments pour l'Initiative de Bamako. Fax du DR/AFRO aux représentants résidents des pays concernés », in *Bamako Initiative*, P7/27/11, Chemise 6, Carton ARC 185.
[111] *Ibid*.
[112] *Ibid.*

« l'aide au développement » pour résoudre les problèmes soulevés par la question des brevets face à l'accès aux médicaments dans les pays du Sud fait par exemple l'objet d'une analyse de Philibert Baranyanka, dans sa thèse de doctorat en études internationales[113]. L'auteur soutient en effet que cette approche est tout simplement inappropriée. D'où l'approche par les « biens publics mondiaux » qu'il propose et sur laquelle nous reviendrons vers la fin de cette thèse. L'option d'aide et de solidarité privilégiée par les acteurs internationaux va, consciemment ou non, avoir une incidence certaine sur le développement des industries pharmaceutiques locales, comme tente de l'analyser Marc Dixneuf[114].

Pour cet auteur en effet l'approche privilégiée d'aide et de dons surtout financiers pour, dit-on, soutenir les systèmes de santé des pays « en développement » a pour objectif principal de « contenir les productions locales [des produits pharmaceutiques] dont le développement est une atteinte directe au quasi-monopole des entreprises du Nord »[115]. La stratégie consiste à contraindre ces pays à se soumettre à l'application des accords ADPIC. La soumission à ces mesures commerciales donne ainsi lieu à des compensations sous forme « d'aide financière » ou de « dons » en médicaments. C'est ainsi que les pays susceptibles de recourir à des copies de médicaments, c'est-à-dire, à la production locale des génériques, voient désormais, à travers ces « dons » un contrôle s'exercer sur leurs budgets, leurs finances nationales, en orientant par la même occasion, les dépenses des États[116]. Ceux des pays qui, comme le Nigéria ou le Ghana[117], essayent de résister en produisant localement des médicaments génériques, malgré les pressions internationales de toutes sortes, sont sans cesse accusés de contrefaçon. Une stratégie qui vise à décourager les potentiels consommateurs. C'est par le biais des pressions analogues que les lobbyistes parviennent à orienter les politiques nationales en favorisant leurs firmes pharmaceutiques[118]. Si ces dons des bailleurs de fonds étrangers et des industriels, de

---

[113] P. Baranyanka, « La problématique des brevets et de l'accès aux médicaments dans les pays en développement par l'approche des biens publics mondiaux », Thèse de doctorat en études internationales, Québec, Université de Laval, 2015.
[114] M. Dixneuf, « Au-delà de la santé publique », pp. 277-304.
[115] *Ibid*., p. 300.
[116] *Ibid*.
[117] Le Nigéria est en effet le premier producteur de médicaments génériques du continent, avec plus de 138 unités de transformation. Le pays couvre à lui seul, plus de 50% de ses besoins nationaux. Le second producteur du contient est le Ghana qui, avec sa trentaine d'unités de production, couvre près de 30% de son marché. Voir à cet effet, « L'industrie pharmaceutique et la production pharmaceutique en Afrique de l'Ouest : Potentiels, contraintes et perspectives d'évolution », in *Passerelles*, (International Center for Trade and Sustainable Development), Vol. 11, n°2, 2010, [en ligne], consulté le 4 mars 2018. URL : https://www.ictsd.org/bridges-news/passerelles/news/l%E2%80%99industrie-pharmaceutique-et-la-production-pharmaceutique-en-afrique
[118] A. Ambendet, lors de l'entretien qu'il nous a accordé à Brazzaville le 5 février 2018, fait par exemple allusion aux obligations auxquelles sont soumis les pays de la sous-région. Ceux-ci sont parfois contraints à ne se ravitailler qu'au près des donateurs étrangers, *via* le BR/AFRO.

même que les pressions qui les accompagnent permettent ainsi de mieux contrôler la diffusion des médicaments, ils aident aussi, avant tout, à soigner leur image aux yeux des OI, des ONG, des pouvoirs publics locaux et des populations. Le rôle du BR/AFRO dans ce processus est alors central car, c'est généralement par son canal que certains pays obtiennent rapidement les produits dont ils ont besoin, surtout en situation d'urgence.

Dans leurs rapports directs avec les pharmaciens locaux (importations parallèles), les lobbyistes optent au contraire pour l'offre des ristournes de l'ordre parfois de 15 à 70%. Une telle offre a ceci de particulier qu'elle amène les pharmaciens à ne vendre que des produits particuliers, c'est-à-dire, ceux de leur livreur habituel, desquels ils dégagent des marges importantes qui échappent au contrôle des États. Ces ristournes, en plus d'orienter les prescripteurs et les consommateurs vers certains produits spécifiques, créent une concurrence déloyale, en réduisant drastiquement les parts de marchés des entreprises locales, incapables de rentabiliser leurs investissements[119]. Une situation en grande partie responsable de la flambée des prix du médicament sur les marchés locaux. Le cas du Coartem sur le marché camerounais entre la fin des années 1990 et le début des années 2000 semble illustratif à ce propos. Cet antipaludique qui, subventionné par l'État, était supposé ne coûter que 600 franc CFA (≈ 1 euro)[120], se vendait entre 5850 et 6000 franc CFA, soit 9 ou 10 euros dans les officines[121]. Une situation qui fait perdurer les difficultés d'accès aux médicaments dans la plupart des pays de la sous-région.

Ne dit-on pas qu'une civilisation n'est attaquée de l'extérieur que si elle est rongée de l'intérieur ? Si l'on suit cette logique, on convient, dès lors, que l'action des importateurs privés – en majorité occidentaux –, qui tirent le meilleur parti des accords ADPIC et autres traités antérieurs, apparaît alors comme secondaire, dans la mesure où celle-ci ne s'accommode que très bien, d'un secteur public impuissant, tant dans le financement et l'importation, que dans la distribution des ME. Outre les détournements massifs de fonds[122] et de médicaments assez courants au sein des centrales d'approvisionnement, on note en effet de sérieuses lacunes relatives à la réglementation en vigueur et son application. Celle-ci repose, en grande partie,

---

[119] E. Combe, E. Pfister, « Brevets et accès aux médicaments », p. 103.
[120] « Palu : les pharmacies baissent les prix des médicaments », in Le Quotidien national, *Cameroon Tribune*, du 4 mai 2007.
[121] « Traitement du paludisme : des prix variables malgré la gratuité », in *La Nouvelle Expression*, du 29 mai 2007.
[122] Un rapport d'activité du ministère congolais des affaires sociales et de la santé publique faisait déjà état en 1970, des « sanctions [à prévoir] contre les agents qui ont détourné l'argent de l'Office [National de Ventes des Produits Pharmaceutiques] ». Voir ANC, « Rapport d'activités du ministère des affaires sociales et de la santé publique pour 1970 », in *Fonds de la Présidence de la République*, PR 66.

sur le maintien d'un monopole d'État, qui peine à contrôler les prix et à publier une liste limitative de médicaments. Aussi, la disponibilité effective des produits sur le marché est l'une des difficultés auxquelles font face les États de la sous-région, et plus encore les populations. La procédure de mise en disponibilité de ces produits repose en principe sur le mode d'appels d'offres dont l'allongement des délais, l'absence d'organisation de la distribution, et les difficultés de production locale ne font qu'accroître. De même, il convient de souligner une « dyspromotion » des ME par la promotion des « spécialités essentielles ». Une dyspromotion qui handicape aussi à plusieurs égards, toutes velléités de production locale, en renforçant les difficultés d'accès.

Face à ces difficultés d'accès aux médicaments, une minorité d'acteurs locaux a été amenée à trouver des solutions alternatives, dans l'optique de satisfaire leur besoin de santé. C'est ainsi par exemple qu'à côté de la contrefaçon qu'il convient de considérer comme des formes de résistances locales, on assiste depuis quelques années à une remontée vertigineuse des recours thérapeutiques divers, qui vont de la « guérison par la foi », aux médecines locales.

2.1. Le cas du Cameroun : de l'ONAPHARM à la CENAME

2.2.1. L'ONAPHARM : de sa naissance à sa liquidation

Rappelons avant tout qu'au lendemain des indépendances, les médicaments disponibles dans les formations sanitaires publiques étaient gratuits[123]. Avec la crise du début des années 1980, les médicaments essentiellement supportés par l'État et l'« aide publique internationale », se montrent de plus en plus rares, en raison de l'irrégularité des approvisionnements et de la mauvaise gestion des stocks. L'idée de faire payer les prestations sanitaires aux patients, développée et largement véhiculée par les recommandations de l'IB, oblige les pouvoirs publics qui les adoptent, à rendre payant les médicaments. Une mesure que les acteurs internationaux tentent de résoudre en privilégiant la piste de l'« aide » et de la « solidarité », comme analysé dans le paragraphe précédent. Toutefois, les pressions qui en découlent, en plus d'exercer un contrôle sur les budgets, les dépenses des États, et d'orienter les politiques sanitaires nationales, visent aussi à promouvoir « l'incitation à l'investissement dans les structures de distribution »,

[123] Trois catégories d'acteurs intervenaient alors dans le secteur pharmaceutique : il s'agit du secteur public financé par l'État et les bailleurs de fonds étrangers ; du secteur privé vendant surtout des spécialités importées ; et le secteur privé confessionnel (catholique et protestant), mettant à disposition des patients, des médicaments génériques sous un système de recouvrement de coûts.

plutôt que dans celles de production, comme le soutient, par ailleurs, Marc Dixneuf[124]. C'est à la lumière de cette analyse que nous tentons de saisir ce qui fait spécificité du cas camerounais.

C'est vraisemblablement vers la fin des années 1970 que les autorités camerounaises manifestent, du moins officiellement, un intérêt pour le programme d'action pour les ME que l'OMS se prépare à mettre en place. C'est dans ce contexte que le 28 juin 1978, le DG/OMS le Dr. H. T Mahler, saisit par une correspondance[125] le ministre camerounais de la santé publique et de la population, le Dr. P. Fokam Kamga. Dans la réponse favorable adressée au Dr. Mahler, Fokam Kamga écrit :

> […] bien que n'ayant pas encore une industrie pharmaceutique, notre pays est vivement intéressé par le problème d'approvisionnement de la population en produits pharmaceutiques. À cet égard, mon gouvernement aimerait être associé aux consultations et négociations aboutissant à un programme d'action sur les médicaments essentiels pour les pays en développement […][126].

Face à cette réaction positive du ministre à s'intéresser au PAME, le Dr. R. Dackey, Représentant résident de l'OMS, annonce aux autorités camerounaises, l'installation à Douala, d'un dépôt pharmaceutique « d'urgence ». Cette structure, dont les frais d'installation étaient à la charge de l'OMS allait assurer tant le réapprovisionnement, que l'entretien et la distribution des produits entreposés[127]. Censée aider à lutter contre les épidémies, ladite structure devait être pourvue de vaccin anticholérique, de liquides de réhydratation, d'antibiotiques, de chloroquine et d'insecticides.

En septembre 1984, une mission que dirige l'expert de l'OMS en pharmacie, M. Djermakoye, est reçue au Cameroun. Elle est supposée examiner les possibilités de faisabilité et de mise en place d'un Office National Pharmaceutique (ONAPHARM). À l'issue de cette mission, il est décidé de la création dudit office au Cameroun, en lieu et place de la Pharmacie centrale d'approvisionnement, sans doute héritée de la colonisation. C'est l'arrêté présidentiel n°85/1126 du 08 août 1985 qui donne forme à cet office. Signée de Paul Biya, alors Président de la République du Cameroun, cette mesure législative assure la mise en place d'un organe pharmaceutique national dont le but est entre autre, d'assurer l'approvisionnement et la distribution des produits pharmaceutiques dans les formations sanitaires publiques et privées à but non lucratif[128]. Il doit parallèlement garantir le contrôle de qualité du médicament, en

---

[124] M. Dixneuf, « Au-delà de la santé publique », p. 300.
[125] AMCSP, « Lettre V/L n°C.L.16.1978 du Dr. Mahler au Minsanté, le Dr. P. Fokam Kamga ».
[126] Lettre n°D23L/MSP/CT1 du 27 octobre 1978. "Programme d'action concernant les médicaments essentiels".
[127] AMCSP, Lettre n°D23/MSP/DS/SDPH, du Minsanté au Premier Ministre, du 14 août 1978.
[128] Dotée d'une autonomie financière, cette institution est pourtant placée sous la supervision du ministère camerounais de la santé publique.

rapport avec la composante 8 portant fourniture des ME de la déclaration d'Alma-Ata sur les SSP, et à laquelle le Cameroun avait normalement souscrit. Cette déclaration reconnaît, par ailleurs, que les progrès de la santé publique dépendent étroitement de la qualité des médicaments disponibles et de l'accès à ces derniers. Le but de la création de l'ONAPHARM, avec l'appui de l'OMS et de « l'aide publique internationale », est surtout de palier les problèmes supposés être posés par la gratuité des prestations sanitaires en situation de crise. Une situation à la laquelle il convient de remédier, et donc les propositions de solution prennent une forme particulière avec l'adoption, en 1987, de l'IB (cf. Chap. III). Pour satisfaire aux recommandations de l'IB, dont l'une des exigences est de doter les pays d'un premier stock de médicaments qu'il est supposé vendre aux prestataires pour pouvoir assurer lui-même son réapprovisionnement, l'OMS et ses partenaires mettent à la disposition de l'ONAPHARM, un capital initial de 9 millions de dollars E.U., soit environ 2, 5 milliards de francs CFA d'avant la dévaluation[129].

Officiellement, cette dotation est censée aider le gouvernement à résoudre, dans un contexte de crise, ses difficultés d'approvisionnement et de distribution nationale des médicaments. Dans le fond, elle vise, à travers un système d'obligation contractuelle, à le contraindre à se réapprovisionner auprès des firmes pharmaceutiques occidentales, à un moment où il détenait le monopole de la centralisation des approvisionnements. L'ironie du sort voudrait en effet que les bailleurs de fonds étrangers, principaux partenaires de l'OMS[130], dans l'offre de ces soutiens, soient aussi et d'abord originaires des principaux pays producteurs de médicaments princeps. Leurs subventions, généralement couvertes de l'emballage d'« aide » et d'« assistance humanitaire » visent à favoriser l'écoulement sur les marchés locaux de leurs produits, en compensation surtout des pertes que les États à eux seuls n'arrivent plus à couvrir. Un tel processus de subventions ou encore de « don » a été théorisé par certains auteurs et notamment par Alain Caillé, qui, en reprenant le « paradigme du don » développé par Marcel Mauss, le reformule par « la triple obligation de donner, de recevoir et de rendre »[131]. Cette approche utilitariste qui résume au mieux l'économie politique contemporaine et la philosophie

[129] Soit à peu près 5 milliards de francs actuels. Voir OMS/MSP, « Profil-Pays Cameroun. Rapport conjoint OMS/MSP adressé à AFRO par le représentant de l'OMS au Cameroun, le Dr. G. Imboua-Bogui », octobre 1985.
[130] Il s'agit des OI, des gouvernements, des ONG, et surtout des fondations et entreprises du secteur privé à but lucratif. Voir à cet effet, Y. Beigbeder, « Les partenariats de l'Organisation », p. 233.
[131] A. Caillé, « Marcel Mauss et le paradigme du don », pp. 141-176.

« contractualiste »[132] des bailleurs de fonds étrangers, est prosaïquement connue aujourd'hui sous l'appellation « d'aide liée »[133].

Si ce système de conditionnent fonctionne bien, c'est avant tout parce que les autorités gouvernementales trouvent dans cette pratique le moyen de satisfaire des intérêts privés, au détriment des populations qu'elles sont supposées servir. Aussi avec l'avènement de l'IB, elles trouvent l'occasion de se désengager financièrement du système des soins, dans l'optique de mieux responsabiliser les prestataires (cf. Chap. III). Enfin, touchées, elles-mêmes, par les affres de la crise et ses effets (réduction drastiques de salaires, diminution du train de vie, etc.), ces autorités voient, dans ce système, le moyen d'activer les réseaux informels d'acquisition des médicaments, qu'ils contribuent parfois à alimenter. Et c'est aussi à travers ces réseaux que se ravitaillent les vendeurs de « médicaments de la rue »[134]. C'est ce que semble soutenir Sjaak van der Geest lorsqu'il précise qu'au Cameroun le commerce informel des médicaments est « intrinsèquement lié au secteur formel » et ne peut être compris si on met de côté cette articulation[135].

Notons cependant qu'il est empiriquement difficile, voire impossible d'observer et de décrire l'implication des administrations publiques locales dans le ravitaillement des réseaux informels de vente dans la rue, des médicaments. Seulement, le laxisme de ces administrations vis-à-vis de cette activité amène certains experts pharmaciens locaux à parler de « complicité » et de « responsabilité » de l'État. C'est ce que fait par exemple au début des années 2000, le président du Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens du Congo (CNOPC), Hyacinthe Ingani, qui dit ne pas comprendre comment les « *Bana Manganga* » – vendeurs de médicaments de la rue – disposent des tables dans les marchés et payent des taxes à l'État[136]. Ce qui permet de mettre en évidence les connexions entre publics et privés, en rapport avec cette activité. À ces connexions viennent se greffer le « détournement global », aux niveaux national et local de médicaments, la corruption et une politique sanitaire déficiente, qui justifient en grande partie, au moins, la faillite de l'ONAPHARM.

---

[132] Voir à cet effet, J.-Y. Grenier, A. Orléan, « Michel Foucault, l'économie politique et le libéralisme », in *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 62e année, 2007/5, pp. 1155-1182.
Le lecteur peut aussi se référer à M. Foucault, *Naissance de la biopolitique*, 2004 ou à M. Foucault, *Sécurité, territoire, population*, 2004.

[133] Voir A. Sindzingre, « La dépendance vis-à-vis de l'aide en Afrique subsaharienne : éléments d'économie politique », in *Autrepart,* n°13, 2000, pp. 51-69.

[134] Encore appelés « *Bana Manganga* » au Congo, « *docta* » ou « *pam-pam* » dans certaines régions du Cameroun.

[135] S. Van der Geest, « The Articulation of Formal and Informal », p. 133.

[136] A. Séverin, « Vente illicite de médicaments dans la rue. Les pharmaciens dénoncent la complicité de l'État », in *Tam-tam d'Afrique*, n°237, du 15 juin 2005.

Quatre années (1985-1989) seulement après son instauration en effet l'office entre en crise. Une crise profonde qu'on interpréterait comme la conséquence immédiate des programmes d'ajustements structurels (PAS) imposés aux États passibles d'assistance, par les institutions financières internationales (le FMI et la BM). Ces PAS résultent eux-mêmes, des récessions financières du début des années 1980[137]. La crise institutionnelle de l'ONAPHARM, le Pr. Joseph Mbédé, alors ministre de la santé publique de l'époque, tente de l'exposer, dans une correspondance confidentielle adressée au Secrétaire général de la présidence de la République (SG/PR) Edouard Koulla Moukoko, le 16 octobre 1989. Dans sa correspondance, Mbédé écrit :

> Il se trouve […] que le marché camerounais du médicament est déjà privatisé à 90%. L'État qui […] s'occupe de l'essentiel de la couverture sanitaire du pays n'intervient sur ce marché que pour 10% principalement par l'intermédiaire de l'ONAPHARM (8%). L'intérêt de la privatisation de l'ONAPHARM dans le but d'améliorer le circuit des produits pharmaceutiques au Cameroun ou dans un but économique quelconque ne parait donc pas évident. Par contre, les conséquences de cette privatisation sur la politique du Gouvernement en matière de santé ne peuvent être que désastreuses[138].

Le ministre poursuit :

> […] en 1988-1989 le budget médicament du Ministère de la Santé Publique n'étant plus viré à l'ONAPHARM qui n'a jamais eu de capital social et le règlement des commandes de l'établissement étant transféré au Ministère des Finances, des difficultés d'approvisionnement réapparaissent à cause des retards de paiement des fournisseurs[139].

Il ressort de l'analyse de cette correspondance du Pr. J. Mbédé que l'ONAPHARM court le risque d'une privatisation imminente. Un processus auquel le ministre s'oppose formellement, en raison de l'important marché qu'il représente, et des pertes éventuelles d'une valeur de plus 27 milliards de franc CFA (soit un peu plus de 20 millions d'euros par an) que pourrait entraîner la privatisation de cet office : « instrument indispensable » dit-il, « à la mise en œuvre de la politique du Gouvernement du renouveau en matières de santé »[140]. Face au refus du ministre de voir privatiser l'ONAPHARM, de nombreuses mesures de redressement sont envisagées : un allègement des effectifs (28 personnes au total sont licenciées), une diminution de la masse salariale de plus de 32 millions de franc CFA (environ 25. 000 euros),

---

[137] Il s'agit d'une crise qui affecte en premier lieu, les pays industrialisés, et qui éclate au début des années 1970. Elle est marquée par un faisceau d'indices cohérents comme l'inflation et le chômage, issus surtout des limites de productivité partout atteintes. Frappés de plein fouet, pays occidentaux devenus plus offensifs, sont amenés à élargir leur espace économique au travers du processus de mondialisation, ou d'élargissement des frontières commerciales : solution idoine à la crise en Occident.

[138] AMCSP, Lettre n°1445/L/MSP/CAB du 16 octobre 1989 "Réhabilitation de l'ONAPHARM".

[139] *Ibid*.

[140] *Ibid*.

une révision de l'organigramme et une amélioration des approvisionnements. Malgré ces mesures de redressement, la structure s'enfonce davantage dans le cycle irréversible d'endettement dans lequel elle était entrée depuis 1988. Ceci complique d'autant plus la situation que l'office entré en faillite, ne peut plus ni être privatisé, ni être soutenu par l'État. Il est tout simplement dissout et liquidé.

Pour pallier cette disparition de l'office, Mbédé crée, au sein du ministère de la santé, une Direction de la Pharmacie censée reformuler, coordonner et superviser la politique pharmaceutique nationale[141]. Entre temps, c'est à travers les bailleurs de fonds étrangers, essentiellement occidentaux, que se fait l'approvisionnement et la distribution des médicaments. Il s'agit, par exemple, de la *Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit* (GTZ)[142], qui avait instauré depuis 1987, un premier centre d'approvisionnement pharmaceutique provincial à Bamenda, dans le Nord-Ouest du Cameroun. La GTZ importe ainsi et distribue en gros des médicaments, aux formations sanitaires publiques et privées à but non lucratif, dans cette province du pays. Cette pratique est bientôt entreprise par d'autres "donateurs" et surtout des pharmacies privées chargées du ravitaillement des centrales d'approvisionnement pharmaceutiques provinciales (CAPP). Une telle privatisation de l'approvisionnement du médicament au Cameroun, à la veille des années 1990, a eu pour corollaire, l'inaccessibilité du médicament pour une grande majorité de la population. Vendus trop cher, ces produits entraînent, outre leurs coûts effectifs, celui du taux de marque moyen évalué à 195%, y inclus les coûts de gestion (salaires, encouragements, frais des consultants, formation, administration, entretien, etc.). La flambée des prix du médicament qui s'en suit explique, en partie aussi, l'accélération du phénomène du « médicament de la rue ». La rue étant devenue le lieu par excellence de l'approvisionnement au détail de médicaments pour les populations dépourvues, et la « preuve vivante du dysfonctionnement du système de santé public ». Ce ravitaillement dans la rue peut aussi être interprété comme l'expression d'une double résistance : celle des populations démunies face aux prix exorbitants et prohibitifs des médicaments, et donc incapables de s'offrir des médicaments conditionnés vendus dans leur emballage original, et celle d'une élite locale qui en satisfaisant aux intérêts privés, contribue aussi à alimenter les réseaux d'approvisionnement informel.

[141] OMS/MSP, « Profil-Pays Cameroun », p. 54.
[142] Office allemand de la coopération technique.

2.2.2. L'avènement d'une nouvelle unité de distribution : la CENAME

C'est en janvier 1993 que l'Union Européenne (UE)[143], entreprend en collaboration avec la GTZ, la mise en place d'un nouveau réseau national d'approvisionnement. Le Centre Intermédiaire d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (CIAME) qui voit ainsi le jour importe et vend sous un système « d'appel d'offres » des médicaments qu'ils gardent en stock. Un tel déploiement donne une idée des logiques de pouvoir, mais aussi du rôle trouble joué par les institutions dites de "coopération", au sein du marché africain des produits pharmaceutiques. C'est au plus profond de ces rapports de force et du contexte qui prévaut, que le gouvernement camerounais que dirige Simon Achidi Achu, alors Premier ministre, est amené à passer, en 1994, une convention avec l'UE, sous la houlette de l'OMS[144], et d'autres bailleurs de fonds étrangers, à l'instar de la Banque mondiale (BM), le Fonds français d'aide et de coopération (FAC), la coopération belge, la coopération allemande (GTZ), etc.[145]. La signature de cette convention favorise la mise en place d'une Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Médicaux Essentiels (CENAME), dont la direction est confiée au Dr. Oussoumanou Taoussé.

De nombreuses presses locales ont, à maintes reprises, rapporté des malversations qui seraient intervenues dans la gestion pendant 17 années, de la CENAME par le Dr. Taoussé : enrichissements illicites, ravitaillements des réseaux de faux médicaments, détournements de fonds publics, gestion clanique et familiale, etc.[146]. Deux années plus tard, c'est au tour d'E. Menounga, qui, dans les colonnes du quotidien national *Le Jour*, dans sa livraison n°0708 du lundi 14 juin 2010, fait allusion à l'implication supposée de la CENAME dans l'affaire de l'ex-ministre de la santé publique Urbain Olanguena Awono, actuellement dans les geôles de la prison centrale de Yaoundé, pour dit-on, une affaire de « gestion »[147]. Menounga précise ainsi que la direction de la CENAME aurait livré « à l'insu du comptable matières », des

---

[143] Ex-Communauté économique européenne (CEE).
[144] L'étude de faisabilité du projet est financée par l'OMS, dans le cadre du programme de collaboration avec la *Drug Action Program* (DAP). Ce financement fait partie intégrante des 80.000 USD consacrés à cet effet. Outre l'étude de faisabilité de la CENAME, le gouvernement est supposé, sur la base de ce financement, informer le secteur privé, formuler une politique pharmaceutique nationale, réviser et diffuser la liste nationale des ME, relancer les activités du laboratoire national de contrôle de qualité des médicaments (LANACOME), élaborer un plan directeur pharmaceutique national, et enfin, effectuer un audit et réorganiser le système d'enregistrement.
[145] Ces derniers ont essentiellement financé les études sur l'organisation de la centrale et l'élaboration de son cadre juridique.
[146] F. Essomba, « Ratissage des forces de l'ordre : Le DG de la CENAME activement recherché », in *Le Messager*, 04 avril 2008.
[147] E. Menounga, « Le rapport qui accuse Olanguena et ses coaccusés », in *Le Jour*, n°0708 du lundi 14 juin 2010, p. 5.

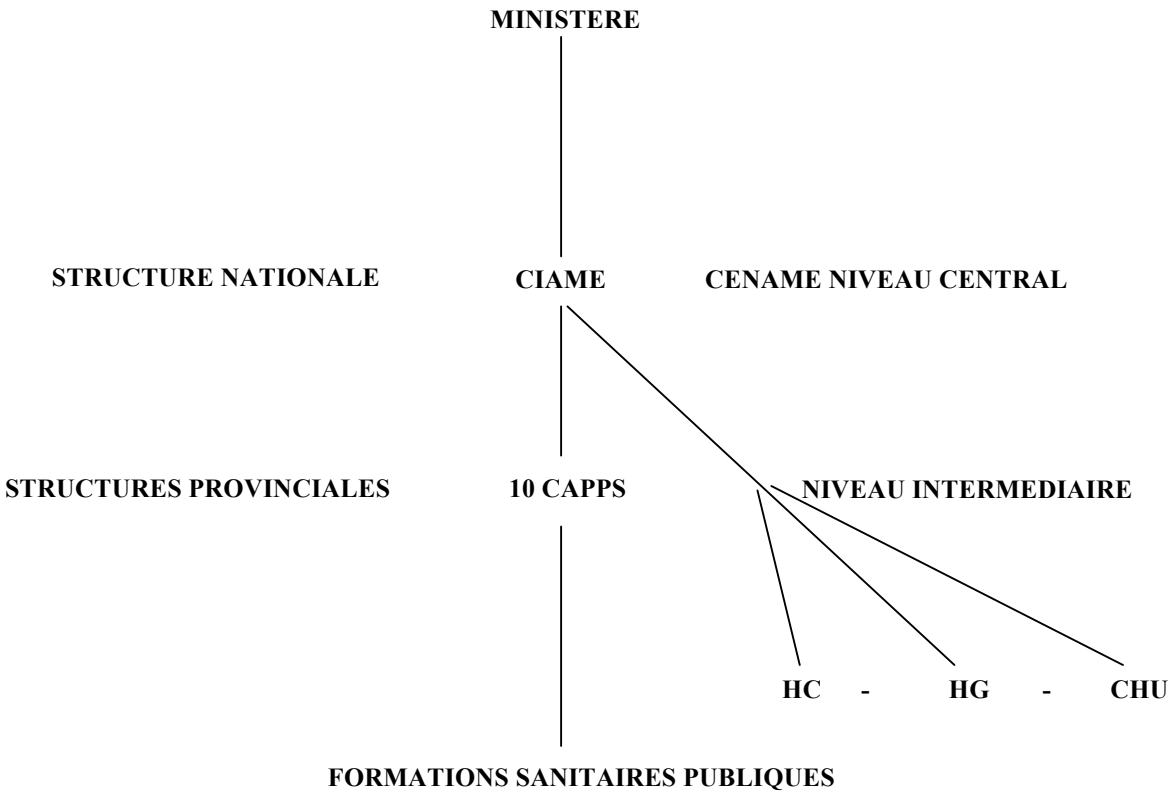
médicaments d'une valeur de 7, 295 milliards de franc CFA[148], soit environ 12 millions d'euros. Il n'est cependant pas encore possible pour l'historien de se prononcer sur la véracité ou non de ces faits, en raison de leur caractère encore très actuel. L'histoire retient tout de même que malgré maintes plaintes rendues publiques, le directeur conservera son poste pendant plus d'une décennie, avant d'être limogé, le 17 septembre 2015.

La CENAME créée au début des années 1990 par les autorités gouvernementales camerounaises, avec l'appui de l'OMS et de « l'aide publique internationale » est supposée favoriser la mise à disposition des CAPP des médicaments, dans l'optique de les rendre accessibles, même dans les zones les plus reculées du pays. Officiellement, elle doit être avant tout, une réponse à la « pénurie chronique » de médicaments dans les formations sanitaires publiques, et aux « prix élevés auxquels ils sont vendus dans les pharmacies commerciales, sous l'effet de la dévaluation du franc CFA »[149]. Dans son principe de fonctionnement, la CENAME n'est rien moins qu'un comptoir, une structure de distribution dans le sens que décrit Marc Dixneuf[150]. Un comptoir qui, en plus de constituer le principal obstacle à l'éclosion d'un secteur local de production pharmaceutique, est essentiellement chargé de l'achat en Occident des médicaments et de l'approvisionnement en ces produits de l'étendue du territoire camerounais. Une pratique qui essaye avant tout de répondre aux exigences des conventions passées avec les bailleurs de fonds étrangers.

Une structure de la taille de la CENAME requiert toutefois une rigueur dans la gestion des stocks et un approvisionnement rationnel et équitable des centres d'approvisionnement régionaux et des hôpitaux publics urbains et ruraux. Un processus qui, très souvent, dysfonctionne, en raison des paramètres ci-avant évoqués. Le schéma ci-après du Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (SYNAME), donne une idée des circuits nationaux de distribution des médicaments au Cameroun.

[148] *Ibid*.
[149] OMS/MSP, « Profil-Pays Cameroun », p. 54.
[150] M. Dixneuf, « Au-delà de la santé publique », p. 300.

Fig. 10 : Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels



Source : AMCSP, Direction de la pharmacie et du médicament (DPM).

Il s'agit d'un système de fonctionnement hiérarchisé à tous les niveaux de l'échelle de distribution : le CIAME et la CENAME sont des structures nationales sous la tutelle directe du ministère de la santé (MINSANTE). C'est elles qui sont en principe responsables de la distribution des médicaments dans les 10 régions du pays, à raison d'une Centrale d'approvisionnement pharmaceutique provinciale (CAPP) par région. Celles-ci ravitaillent en priorité, les formations sanitaires publiques, mais aussi les secteurs confessionnels et privés à but lucratif. Le CIAME assure enfin le ravitaillement des structures spécialisées : les hôpitaux centraux (HC), généraux (HG), et les Centres hospitaliers universitaires (CHU). Encore actuel, ce système dysfonctionne aujourd'hui toujours, en raison des difficultés et pratiques précédemment évoquées.

II. L'impact socio-culturel des politiques sanitaires internationales en Afrique

Après avoir passé en revue les répercussions sociales des politiques internationales de santé en Afrique centrale (1), la présente section insistera sur les conséquences culturelles de ces mêmes politiques dans la sous-région méso-africaine (2).

1. Répercussions sociales des politiques internationales de santé en Afrique centrale

1.1. Sur les structures et les infrastructures sanitaires

Au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, l'hôpital, comme élément clé du système de santé dans l'ensemble des pays d'Afrique francophone surtout, apparaît encore comme un phénomène à la mode. Il repose sur une structure verticale qu'appuient les équipes du Service d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie (SHMP). Cette structuration, par ailleurs, balisée par la colonisation européenne vient booster, à partir de 1960, le biais urbain et curatif des systèmes de soins de type cosmopolite[151]. Toutefois, le mode d'organisation initié par les autorités des nouveaux États africains va en effet favoriser la mise en place dans une même structure, des services de soins à la fois curatifs et préventifs[152]. Il apparaît dès lors que cette option n'a pas permis de faire face au besoin des populations, comme le constatent du reste, W. Van Lerberghe, H. Van Balen et G. Kegels. Pour ces auteurs en effet les bonnes intentions ne se sont traduites que par des activités purement symboliques lorsque celles-ci n'ont pas simplement servi de prétexte au maintien du système hospitalo-centré, au détriment du développement des centres de santé et des dispensaires de « premier échelon », donc ruraux[153]. C'est à cet hospitalo-centrisme que tente de s'attaquer la Conférence d'Alma-Ata sur les SSP, comme nous avons déjà, par ailleurs, tenté de l'analyser (cf. Chap. III).

En initiant cette rencontre sanitaire internationale, les responsables de l'OMS et les bailleurs de fonds étrangers, réunis à Alma-Ata, entendaient limiter des financements à des structures de soins « hautement spécialisées », qui profitaient essentiellement à une élite urbaine

---

[151] W. Van Lerberghe, K. A. Pangu, « Les politiques de santé », in D. Tabutin (éd.), *Population et sociétés en Afrique au Sud du Sahara*, Paris, L'Harmattan, 1988, pp. 335-367 ; W. Van Lerberghe, H. Van Balen, et G. Kegels, « Typologie et performances des hôpitaux de premier recours en Afrique sub-saharienne », in *Annales de la société belge de médecine tropicale*, Vol. 72, sup.2, 1992, pp. 1-50.

[152] Voir à cet effet, R. F. Bridgman, *L'hôpital rural. Ses structures et son organisation*, Séries de monographies de l'OMS, n°21, 1955 ; R. Llewelyn-Davies, H. C. M. Macaulay, *Planification et administration hospitalière*, Séries de monographies de l'OMS, n°54, 1966.

[153] W. Van Lerberghe, et *al*., « Typologie et performances des hôpitaux », p. 3.

privilégiée. En outre, la mise en œuvre du projet de renforcement des services de santé de base initié par les autorités de l'OMS, au début des années 1970, n'a pas influencé comme espéré, la position de force des hôpitaux généraux, des CHU urbains de la plupart des pays d'Afrique (cf. Chap. IV). Elle n'est pas non plus parvenue à améliorer celle défavorable des dispensaires ruraux généralement négligés. C'est ainsi que les autorités de l'OMS, les partenaires étatiques et les bailleurs de fonds étrangers trouvent dans la promotion et l'engagement des agents de santé de villages (ASV)/agents de santé communautaire (ASC), une solution idoine et bon marché. Ces ASV/ASC, nous l'avons vu, étaient supposés être formés sur le tas, et servir généralement comme bénévoles ou semi-bénévoles dans leurs propres communautés, à l'image des « médecins aux pieds nus » de la Chine communiste. Au-delà des conflits et des rivalités avec les professionnels de santé et autres difficultés entrainées par leur recrutement[154], l'accent mis sur les ASC, en plus de favoriser la mise de côté du développement des infrastructures sanitaires, dans les zones rurales, renforce par la même occasion la priorité accordée aux hôpitaux urbains, mais aussi au système hospitalo-centré dont on espérait se défaire.

Appréhendé par la suite comme une approche « plutôt naïve »[155], l'option des ASV/ASC, sans être totalement délaissée, ouvre la voie à des réajustements ou mieux, à un début de réhabilitation du rôle des hôpitaux dans la mise en œuvre des SSP. Les premiers jalons de cette réhabilitation sont ainsi posés du 22 au 26 novembre 1981, à la conférence de Karachi (Pakistan) relative au rôle des hôpitaux dans les SSP : une rencontre internationale co-parrainée par l'OMS et la Fondation Aga Khan. Elle, est elle-même, suivie, en août 1987, par la conférence d'Harare sur le renforcement des districts de santé et celle de Bamako qui débouche quelques semaines plus tard, sur l'adoption de l'IB. L'alerte semble en effet avoir été donnée par le DG/OMS le Dr. H. T. Mahler qui, dans son discours prononcé lors de la réunion tenue dans la capitale pakistanaise souligne : « un système de santé basé sur les soins primaires ne peut, je le répète, ne peut être réalisé, ne peut être développé, ne peut fonctionner et tout simplement, ne peut exister sans un réseau hospitalier »[156].

Ce regain affiché d'intérêt pour l'hôpital et la (re)définition de son rôle, dans les SSP, prend une forme définitive pour les États africains, avec la conférence d'Harare qui, comme déjà souligné, débouche, du 3 au 7 août 1987, sur la « Déclaration d'Harare sur le renforcement

[154] B. Jobert, « Clientélisme et soins primaires », pp. 223-227.
[155] W. Van Lerberghe et *al.*, « Typologie et performances des hôpitaux », p. 3.
[156] H. T. Mahler, « Discours d'ouverture de la conférence de la Fondation Agha Khan et de l'OMS, sur le rôle des hôpitaux dans les SSP », Karachi, 1981.

du district de santé » basé sur les SSP. La rencontre d'Harare, rappelons-le, est une étape essentielle dans l'ancrage de la politique du district sanitaire comme stratégie structurante des SSP. Cette « réforme » qui entendait instaurer le centre de santé (CS), comme structure de « premier contact » du malade avec le système de santé, est d'abord une réponse aux nombreuses critiques formulées à l'endroit des ASV/ASC. Il est en effet question de parvenir à la décentralisation de la gestion vers des structures opérationnelles : les centres de santé de district (CSD), mieux, les districts de santé (DS)[157]. Les DS sont ainsi supposés intégrer les besoins de la communauté, de même que les orientations et stratégies formulées à l'échelle nationale. Ils devaient, par la même occasion – espérait-on – renforcer les principes d'égalité, d'équité, et de participation communautaire, tous inscrits dans les recommandations de la conférence d'Alma-Ata sur les SSP. Ce faisant, les DS favoriseraient le rôle de la communauté et son implication dans le financement et la gestion des systèmes de santé : fondement de l'Initiative de Bamako (IB).

L'adoption de l'IB et l'idée de recouvrement des coûts auprès des prestataires de soins qu'elle met en avant, viennent cependant accélérer l'éloignement des populations des centres de soins. Des structures dans lesquels les communautés étaient devenues de plus en plus absentes, en raison des crises économiques, les conséquences des programmes d'ajustement structurel (PAS) conduits sur haute instruction du FMI et de la BM, la dévaluation du franc CFA en 1994. Ces évènements justifient la réduction du budget des États, et, de fait, une diminution des ressources allouées au secteur de la santé[158] avec pour corollaire les licenciements massifs et la démission de certains personnels de santé, la réduction des salaires de l'ordre de plus de 50%, la disparition de certaines structures de soins, le prix prohibitif des ME, l'impossibilité, pour certains individus, de prendre en charge leurs coûts de prestations, etc. C'est sans doute ce qui a conduit S. Tizio et Y.-A. Flori à formuler la question de savoir si l'IB était réellement une politique qui visait à mener les populations africaines à la « santé pour tous » ou alors à la « maladie pour chacun »[159]. En plus des politiques internationales, du contexte mondial dans lequel elles se développent, et leur impact sur la fréquentation par les communautés locales des structures de soins, il convient aussi de souligner leur influence sur le développement des infrastructures.

---

[157] Rappelons qu'un DS peut compter plusieurs CSD, ce pendant que certains n'en compte qu'un seul.
[158] Soit une réduction de 12% du budget national de la santé au Cameroun en 1991. Voir AOMS/BZV, « L'initiative de Bamako. Rapport d'activité du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance. Conseil d'administration, Session de 1992 », UNICEF, New York, p. 13, *in Bamako Initiative*, P7/27/11, Chemise 5, Carton ARC 183.
[159] S. Tizio, Y.-A. Flori, « L'initiative de Bamako », p. 852.

L'engouement mis par les autorités de nouveaux États dans la construction des structures sanitaires à travers les plans quinquennaux est quelque peu abandonné, avec l'adoption des politiques internationales de santé, ou la « recherche d'efficience » de ces systèmes de santé. Cette « quête d'efficience » des systèmes sanitaires africains, par ailleurs, manifestée par l'adoption des politiques internationales a, à *contrario*, provoqué leur dysfonctionnement ou tout simplement la disparition de certaines structures de soins, comme le souligne, par ailleurs, Raphaël Okalla et Alain Le Vigouroux pour le cas du Cameroun[160]. L'accent mis par exemple sur l'hôpital de district va affecter le développement des infrastructures, surtout dans les zones rurales. Ceci s'expliquerait, de l'avis d'A. Ambendet, par l'attitude des responsables politiques nationaux, qui n'avaient pas compris « qu'un hôpital de district devait fédérer un réseau de centre de santé »[161], dans le but d'assurer leur développement.

Vers la fin des années 1980 en effet les bailleurs de fonds étrangers accordent de plus en plus d'attention à l'hôpital de district, et surtout à ceux des zones rurales. Si les autorités de l'OMS et celles de la BM consacrent une diversité de publications à la question[162], les réunions successives organisées en 1992 par l'UNICEF à New-York, et par le GTZ à Yaoundé, visent, pour leur part, à évaluer la place de ces structures dans le développement sanitaire des pays du Sud. La balkanisation de l'organisation de ces systèmes créée par les financements des bailleurs de fonds étrangers justifie le découpage des territoires nationaux en districts sanitaires. Le tableau suivant donne une idée du nombre de districts sanitaires par pays à la veille des années 2000.

---

[160] R. Okalla, A. Le Vigouroux, « Cameroun : de la réorientation des soins de santé primaires au plan national de développement sanitaire », in *Bulletin de l'APAD*, [en ligne], consulté le 22 septembre 2017. URL : http://apad.revues.org/181

[161] Entretien avec A. Ambendet, Brazzaville, le 5 février 2018.

[162] OMS, « Hôpitaux et santé pour tous. Rapport d'un comité d'experts de l'OMS sur le rôle des hôpitaux de premiers recours », OMS, Genève, Série de rapports techniques, n°744, 1987 ; W. Van Lerberghe, Y. Lafort, *The role of the hospital in the district. Delivering or supporting primary heath care ? Current concerns*, WHO SHS, paper n°2, 1990 ; OMS, « L'hôpital de district dans les zones rurales et urbaines. Rapport d'un groupe d'étude de l'OMS sur les fonctions des hôpitaux de premiers recours », OMS, Série de rapports techniques, n0819, 1992 ; A. Mills, « The Economics of Hospital in Developing Countries : Expenditure Patterns », Part I, in *Health Policy and Plannig*, n°5, 1990, pp. 107-117 ; A. Mills, « The Economics of Hospital in Developing Countries : Cost and Sources of Income », Part II, in *Health Policy and Plannig*, n°5, 1990, pp. 203-218 ; etc.

Tableau 14 : Nombre de DS par pays

Pays	Nombre de DS
Cameroun	135
Congo	45
Gabon	52
Guinée équatoriale	/
RCA	22
RDC	65
Tchad	107

Une telle balkanisation des systèmes de santé nationaux est significative de la vivacité des dynamiques d'appropriation en cours dans les rapports entre l'OMS et ses partenaires nationaux d'Afrique centrale surtout. Toutefois, la mise en œuvre de telles appropriations ne se fait pas sans difficultés. La principale d'entre-elles étant l'application à la lettre des recommandations de l'OMS et notamment celles en rapport avec la prise en compte des critères démographiques, géographiques et socio-culturels. D'où les disparités que l'on peut noter d'un système national à un autre, ou même d'un district de santé (DS) à un autre, à l'intérieur d'une même localité.

De tels efforts des autorités étatiques et de leurs partenaires bilatéraux et multilatéraux ont façonné d'une manière ou d'une autre le paysage des systèmes nationaux de santé, notamment ceux des zones rurales où, lorsque les infrastructures et l'équipement ne sont pas dérisoires, ils sont tout simplement absents. Notons cependant que ni la rencontre d'Alma-Ata sur les SSP, ni celle de Karachi sur les hôpitaux, ni celle d'Harare sur les DS, encore moins celle de Bamako sur le recouvrement des coûts de prestation, n'auraient suffi à elles seules, à résoudre le problème de l'hospitalo-centrisme. Les recommandations et politiques formulées à l'issue de ces rencontres internationales n'ont pas résolu non plus la question du biais urbain et curatif des systèmes africains des soins, dont la colonisation européenne a posé les bases. Il a en effet manqué un « effort de compréhension »[163] et une réelle volonté politique locale, que le contexte de l'heure ne permet pas toujours de justifier. Ceci semble avoir empiré, aujourd'hui plus qu'hier, la situation du « malade rural » que ces rencontres internationales disaient devoir régulariser. Un tel fossé, entre intentions à la base et réalisations à terme, vient confirmer l'idée selon laquelle on ne transforme pas une société à coup de décrets ou de recommandations, pire,

[163] Entretien avec A. Ambendet, Brazzaville, le 5 février 2018.

à force d'interminables rencontres internationales essentiellement diplomatiques, bureaucratiques, budgétivores, et même « hautement politiques », ajoute un ancien fonctionnaire de l'OMS qui a requis l'anonymat. D'où l'idée de désinstitutionalisation – entendue comme une « réforme du processus institutionnel dans le but réduire et d'arrêter les comportements dépendants, impuissants et autres comportements non-adaptatifs »[164] – que nous formulons comme piste de solution aux problèmes sanitaires de l'Afrique centrale, à la fin de cette thèse.

1.2. Sur la formation des personnels médicaux et paramédicaux

Notons que c'est pendant la période coloniale qu'est initiée la formation des personnels de santé en Afrique. C'est par exemple, le 1er novembre 1918, que l'administration coloniale française institue, à la suite du décret du 14 janvier de la même année, l'École de Médecine de l'Afrique occidentale française (AOF). Inaugurée et dirigée par Aristide Le Dantec, l'école de Dakar forme au départ, des « médecins auxiliaires » qu'elle sélectionne par concours, à l'école William Ponty. Ils sont censés servir essentiellement de relais aux médecins et professionnels coloniaux de la santé, presque tous issus des métropoles. Cette école aussi appelée « Jules Carde », du nom du gouverneur général d'alors, forme aussi les pharmaciens « auxiliaires » et les sages-femmes « auxiliaires ». Elle accueille également des élèves issus des autres territoires africains dépendant de l'Empire, notamment ceux de l'AEF, du Togo et du Cameroun. Il faut attendre 1932 pour voir l'administration coloniale française mettre en place au Cameroun, une école d'aide de santé et d'agents sanitaires[165]. L'arrêté du n°151 du 12 juin 1932 favorise en effet la création d'un centre d'instruction à Ayos, devenu, à la suite de l'arrêté du 7 juin 1938, « Centre d'Instruction Médicale d'Ayos ». L'école d'Ayos forme exclusivement des « auxiliaires indigènes susceptibles de diriger un dispensaire, de suppléer un médecin pendant ses tournées ou de faire des tournées médicales »[166].

En AEF, au contraire, c'est en 1944 qu'est ouverte au Congo, l'école Edouard Renard de Brazzaville, qui forme elle aussi, au rabais et sur la base des présupposés raciaux et discriminatoires, des personnels locaux de santé. Au Congo-belge enfin, tout commence

---

[164] Voir « Désinstitutionalisation », [en ligne], consulté le 5 avril 2016. URL : http://fr.wikipedia.org/wiki/désinstitutionalisation

[165] ANY, « Santé, 1932. Arrêté n° 151 du 12 Juin 1932, créant une école d'aides de santé et d'agents sanitaires 1932 », 3AC 1398.

[166] *Ibid*.

vraisemblablement en 1924, avec la création de l'AUCAM (Association Catholique d'Aide aux Missions). Supervisée par son recteur P. Ladeuze, celui-ci entend voir l'Université belge de Louvain créer une fondation médicale qui s'occuperait aussi bien de la santé que de l'éducation des Congolais. Très tôt rejoint par Richard Bruynoghe, Georges Debaisieux, Albert Lemaire, Fernand Malengreau, Aimé Morelle et Charles Nélis, tous des professeurs de médecine, Ladeuze les associe à la création de la Fondation médicale de l'Université de Louvain au Congo (FOMULAC)[167]. Une telle coalition de professeurs débouche sur la mise en place du premier établissement de santé construit à Kisantu, dans le Bas Congo, où débute dès 1927, la formation des premiers infirmiers locaux. On assiste aussi à la mise en service par Jean Morelle, des premiers pavillons d'hôpital. C'est toutefois en 1930 qu'un autre centre médico-pédagogique est érigé à Katana (actuelle Bukavu)[168]. En 1937, par contre, avec l'ouverture de la section d'assistants médicaux, il se crée une nouvelle catégorie d'experts locaux, à mi-chemin entre l'infirmier et le médecin[169]. C'est la fusion, dix années plus tard (1947), des trois sections de Kisantu qui donne naissance au « Centre universitaire Congolais de Lovanium ». Ce projet débouche sur un enseignement médical proprement dit, avec l'obtention par les pères jésuites, de l'accord de cession de la vaste colline du Mont Amba (rebaptisée colline inspirée). Située à Kimwenza, à 12 km de Léopoldville – actuelle Kinshasa –, les missionnaires y bâtissent ce qui devint plus tard « l'Université de Lovanium ». Dès son ouverture en 1954, Luc Gillon y est nommé recteur, et consacre les premiers doctorats en médecine, d'abord aux expatriés : les premiers « Noirs » n'ayant eu accès à l'enseignement secondaire qu'en 1950 et le premier Congolais n'ayant franchi les portes de l'Université qu'en 1952. On considérait en effet que « les Noirs », étaient inaptes à subir une formation médicale, c'est pourquoi le tout premier cours pré-universitaire n'est ouvert aux Congolais qu'en 1954[170]. Ceci explique aussi pourquoi les deux premiers médecins locaux formés n'aient obtenu leurs diplômes qu'une année après les indépendances, c'est-à-dire, en 1961. Ces diplômes sont équivalents à ceux de l'Université de Louvain.

---

[167] P. Norbert Hennebert, « La médecine à Lovanium », [en ligne], consulté le 5 avril 2016. URL : http://www.md.ucl.ac.be/histoire/livre/lovan.pdf

[168] Ce centre reste fonctionnel jusqu'à nos jours.

[169] P. Norbert Hennebert, « La médecine à Lovanium ».

[170] M. Robert, enseignant à l'Université Libre de Bruxelles, considérait par exemple qu'il fallait pour la formation de médecin, « un ensemble de connaissances abstraites qui ne sont accessibles au cerveau du Noir à peine sorti d'une civilisation élémentaire ». Voir à cet effet, J. Stengers, « Une décolonisation précipitée. Le cas du Congo Belge », in *Cultures et développement*, Vol. 10, n°4, 1978, pp. 521-556. Voir aussi M. Plevoets, « Lovanium, une œuvre de foi », in *Bulletin de l'Association des médecins anciens étudiants de l'Université catholique de Louvain*, numéro spécial, Témoignages, juin 2007, pp. 5-9.

Au moment de la création, en 1918, de l'école de Dakar, par contre, il n'existe pas encore de diplôme d'État, et les études sont simplement sanctionnées par une qualification administrative : « médecin auxiliaire », « pharmacien auxiliaire », etc. En 1944, l'École de Médecine de l'AOF devient, à la suite de l'arrêté du 11 août 1944, « École africaine de médecine et de pharmacie »[171]. Associée en 1950 à l'université et à l'éducation nationale française, elle délivre, dès lors, des diplômes d'État de « médecin africain », de « pharmacien africain » ou de « sage-femme africaine », sans équivalence avec ceux de la métropole[172]. L'école ferme ses portes, en 1953, après plus d'une trentaine d'années de fonctionnement. Le bilan fait état de 32 promotions ayant formé au total 582 médecins, 87 pharmaciens et 447 sages-femmes, répartis dans toute l'Afrique subsaharienne. Un nombre bien trop modeste si l'on considère l'étendue géographique de cet espace, et l'importance des problèmes sanitaires qu'on y rencontre. Lorsque l'école de Dakar ferme ses portes au début des années 1950, c'est presqu'essentiellement en métropole que sont désormais formés les futurs cadres médico-sanitaires de l'Afrique francophone, surtout[173]. Parfois sélectionnés sur la base des programmes de bourses, ces médecins formés en métropole ne se comptent guère que sur le bout des doigts, à la veille des indépendances. Ce qui explique, en grande partie, au moins, la quasi-absence des experts et cadres africains au sein de l'OMS, et ce au moins jusqu'à la fin des années 1970. Le nombre sinon nul, du moins exagèrement limité des cadres africains, tant au sein de l'organisation qu'au sein des pays mêmes de la sous-région, amène les autorités congolaises, au début des années 1960, à parler d'une « pénurie aiguë et même tragique des cadres médicaux »[174]. Au Gabon, par exemple, on compte, en 1974, 106 médecins au total. Parmi eux, 74 seulement interviennent dans le secteur public dépendant de l'État. Il s'agit de 37 médecins coopérants français, 17 nationaux et 20 étrangers, toutes nationalités confondues[175]. Au Cameroun, par contre, on n'a, au début des années 1960, qu'un médecin pour 25 000 hbts[176], soit en 1965, un peu plus de 65 médecins français et 35 nationaux[177]. En RCA enfin, on en

[171] Journal Officiel du Cameroun (JOC), 1944, p. 620.
[172] Un telle discrimination s'observe sur le terrain, et même dans le traitement salarial.
[173] JOC, 1953, p. 795.
[174] ANC, « Note à l'attention du Conseil des Ministres », in *Fonds de la Présidence de la République*, PR 66.
[175] AOMS/BZV, « Création d'une école d'assistants médicaux en République centrafricaine. Rapport de mission (28 juin - 11 août 1973) du Dr. Ioan Teleianu », in AOMS, Post-University Teaching in Public Health, AF/ICP/HMD/008.
[176] AMCSP, Rapport final de la 1ère conférence du personnel médico-sanitaire et administrateur de la santé, Yaoundé, 1978, p. 78.
[177] AOMS/GVA, « BHS Demonstration Zones - Cameroun - 2 », Lettre du Dr. M. E. Torfs conseiller en santé publique du projet Cameroun - 2 (services de santé de base), au Dr. L. J. Charles, conseiller régional AFRO du paludisme, 3 novembre 1965.

dénombre que 48 en 1974, dont 3 seulement sont des nationaux[178]. Une situation qui laisse inassouvi, l'espoir d'« africanisation » des cadres médico-sanitaires, tant souhaitée par les nouvelles autorités post-coloniales[179]. Ceci a pour conséquence immédiate le maintien, en grande majorité, dans ces systèmes sanitaires nationaux, d'assistants médicaux issus d'anciennes métropoles, et d'experts, pour la plupart, occidentaux, venus surtout des OI, comme l'OMS et le FISE, ou encore le PEAT (devenu plus tard le PNUD).

Outre le peu d'efforts et de volonté politique des administrations coloniales à former en nombre et en qualité suffisants un personnel médico-sanitaire local, la pénurie qualitative et quantitative des professionnels de santé en Afrique centrale s'explique aussi par le désintérêt des populations locales pour cette vocation. Elles sont ainsi davantage attirées par des activités administratives qui, à leur avis, offriraient plus d'opportunités. Notons aussi, comme autres raisons de cette pénurie de personnels, le refus de quelques-uns de ceux formés à l'étranger de retourner dans leurs pays d'origine. Ainsi, 22 seulement des 30 médecins congolais formés à l'étranger sont effectivement rentrés au pays en 1973[180]. Soit un taux de déperdition d'environ 27%. À ceci s'ajoute l'insuffisance, ou mieux, l'absence des écoles de formation, la faible enveloppe budgétaire réservée à la santé publique, etc. Face aux problèmes posés par cette insuffisance criarde de personnels médico-sanitaires en Afrique, les autorités de l'OMS fixent, à l'issue de la première décennie du développement en 1970, un certain nombre d'indicateurs « officiels » et « autoritaires » de santé[181]. À travers ces indicateurs, l'organisation recommande, en référence au modèle occidental[182], des quotas de personnels sanitaires nécessaires dans un pays, pour pouvoir répondre aux normes internationales en la matière[183]. Ceci amène les OI et leurs partenaires étatiques à accélérer la formation des professionnels de santé dans les pays du Sud. C'est dans cette mouvance que naissent, dans la plupart des pays d'Afrique, les Centres

---

[178] AOMS, « Création d'une école d'assistants médicaux en République centrafricaine. Rapport de mission (28 juin - 11 août 1973) du Dr. Ioan Teleianu ».
[179] ANC, « Les problèmes de l'africanisation. Rapport n°6 D : Africanisation du service de santé. Rapport rédigé par A. Chovard, Inspecteur général de France Outre-Mer (FOM), 12 octobre 1960 », in *Fonds de la Présidence de la République*, PR 66.
[180] AOM/GVA, « Création d'une école des sciences de la santé en République populaire du Congo – étude préliminaire », Rapport de mission du Dr. P. Carteret : médecin de l'OMS, janvier 1974, in Consultative Group – Teaching of Public Health, AFRO 6404.
[181] C. H. Kane, P.-E. Mandl, « Vers une remise en cause des politiques de santé publique en Afrique de l'Ouest et du Centre ? », in *Tiers-Monde*, Tome 14, n°53, 1973, Politiques et planifications de la santé, pp. 135-147.
[182] L'OMS précise ainsi qu'on compte dans ces pays en moyenne 1 médecin pour 10 000 hbts, 1 infirmier pour 5 000 hbts, 1 technicien pour 5 000 hbts, 1 auxiliaire de la santé pour 1 000 hbts, 1 technicien de l'assainissement pour 15. 000 hbts, et 1 ingénieur sanitaire pour 250. 000 hbts. Voir *Actes Officiels de l'OMS*, n°118, annexe 3, p. 81, XVe Assemblée mondiale de la santé, Genève, 8-25 mai 1962.
[183] On compte en Europe à cette période, environ 1 médecin pour 500 à 1 000 hbts,

universitaires des sciences de la santé (CUSS) – embryons des futures facultés nationales de médecine – dont le tout-premier voit le jour à Yaoundé, au Cameroun, en 1969[184].

Pour Cheick Hamidou Kane et Pierre-Emeric Mandl, l'erreur aurait sans doute été de calquer le système de planification de la santé et de la formation médicale des pays d'Afrique, sur le modèle occidental se prévalant d'un prétendu universalisme. Ce choix est d'autant plus mal adapté que la nature des maladies qui y sévissent est loin d'être la même[185]. De même, en plus du fait que les ressources et le nombre de cadres formés ne puissent pas être comparables, il se trouve également que les cultures y sont absolument différentes[186]. Il se pose, dès lors, un souci d'adéquation que le Pr. Biram Diop semblait déjà soulever à Yaoundé, en 1969, au cours d'une conférence technique de l'OCEAC. Diop souligne :

> Il semble que l'infirmier actuel, comme nous l'avions conçu autrefois, n'est plus de saison, et il semble que le médecin diplômé des facultés de l'occident ne soit pas apte à faire face aux urgences africaines, c'est-à-dire qu'il n'est pas tout à fait préparé à affronter les malades de nos États, et surtout à saisir le bien fondé des problèmes de santé publique. En effet, il me semble que le rôle de l'infirmier ancien régime n'est pas tout à fait défini, aussi sa compétence n'est pas bien délimitée. Pour ce qui est du médecin, il semble que sa formation américaine ou européenne n'est pas rationnelle et que sa formation n'est pas adaptée […][187].

Jean-Paul Menu soutient toutefois que la formation accélérée des personnels médico-sanitaires en Afrique, sous le modèle occidental, était avant tout une exigence des États africains eux-mêmes. Cet ancien fonctionnaire et expert de l'OMS en santé publique et en enseignement de la santé publique dans le continent précise ainsi que les responsables nationaux s'opposaient à des programmes de formation « basiques » qu'entendait vouloir donner l'OMS dans leurs pays et qui répondraient aux besoins spécifiques des populations. Ils exigeaient « des médecins qui soient capables d'être au même niveau académique des pays développés », c'est-à-dire, « au niveau de Paris, Washington ou Moscou »[188]. Ce qui donne les clés essentielles d'analyse des articulations entre logiques globales et locales, et permet d'appréhender les politiques mises en œuvre à l'échelle nationale, autrement que comme le fruit d'une simple imposition. La formation sous le modèle occidental débouche néanmoins sur la mise à disposition de professionnels de santé de « bonne qualité », du moins, si l'on s'en tient aux rapports officiels dressés à cet effet. Une enquête menée par le Pr. Dan N. Lantum et le Dr. Simon Atangana, en

---

[184] Le premier Directeur de cette institution est le jeune Dr. G. L. Monekosso, qui devient en 1985, le 4e Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique.
[185] C. H. Kane et P.-E. Mandl, « Vers une remise en cause des politiques », p. 138.
[186] *Ibid*., pp. 138-139.
[187] OCEAC, « Rapport final de la 4e conférence technique de l'OCEAC, Yaoundé du 21 au 25 janvier 1969 », Tome II, p. 488.
[188] J.-P. Menu, entretien réalisé à Genève le 7 février 2017.

1980, dans l'optique d'évaluer les compétences des premières promotions des étudiants sortis du CUSS de Yaoundé permet, en tout cas, de le confirmer[189].

Dans cette étude réalisée auprès des médecins sortis du CUSS, de leurs chefs hiérarchiques et du public destinés à recevoir des soins, les experts camerounais relèvent ainsi que les enseignements reçus au CUSS font des étudiants issus de ce centre, des « médecins d'un type nouveau », de « véritables agents de développement de la santé et de l'assistance publique », informés des réalités sociales, sanitaires et même mentales de leurs pays[190]. Il ressort ainsi des chiffres que 81% des médecins formés trouvent bonne la formation reçue, malgré le fait que l'administration hospitalière ne soit pas trop prise en compte dans les programmes d'étude. De même, 71% des jeunes médecins entretiennent une collaboration fructueuse avec leurs supérieurs hiérarchiques, cependant que 83% d'entre eux sont satisfaits de la collaboration entre personnels administratifs moyens et subalternes. Enfin, 30% de ces sujets s'occupent de la formation des infirmiers, des infirmières-accoucheuses et/ou des aides-soignants. Si l'accent est mis dans la recherche, sur la médecine communautaire (82% des étudiants), une minorité seulement des étudiants (18%) axent leurs recherches sur la médecine clinique. Il ressort au total de ces chiffres que le CUSS de Yaoundé a largement atteint ses objectifs pour 1975, 1976, et 1977. Une satisfaction par ailleurs saluée aussi bien par le Gouvernement que par ses partenaires de l'OMS et du PNUD, qui recommandent au passage la poursuite et l'intensification des efforts entrepris, en mettant un accent particulier sur les stages cliniques et des stages de médecine communautaire. Les données recueillies dans le tableau suivant, donnent une idée plus ou moins précise des résultats obtenus à l'issue de ces efforts.

[189] N. D. Lantum, S. Atangana, « The evaluation of UCHS (CUSS) Doctors in the fields: comprehensive report », Public health unit, UYI, June 1980.
[190] *Ibid*.

Tableau 15 : Tableau récapitulatif des promotions de docteurs en médecine sortis du CUSS entre 1975 et 1990

Promotion	Année de fin d'études médicales	Camerounais			Etrangers			Total promotion
		Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	
1ère	1974-1975	31	2	33	/	/	/	33
2e	1975-1976	28	5	33	1 Tchad/1 Benin	1 Benin	3	36
3e	1976-1977	31	5	36	1 Tchad	/		37
4e	1977-1978	31	4	35	/	/	/	35
5e	1978-1979	25	3	28	/	/	/	28
6e	1979-1980	25	6	31	/	/	/	31
7e	1980-1981	31	6	37	/	/	/	37
8e	1981-1982	30	12	42	1 Tchad	/	1	43
9e	1982-1983	44	13	57	1 Mad./2 Tchad/1 Inde	1 Zaïre	5	62
10e	1983-1984	29	12	41	2 Tchad	/	2	43
11e	1984-1985	30	5	35	2 Zaïre	/	2	37
12e	1985-1986	37	6	43	1 Tchad	1 Zaïre	2	45
13e	1986-1987	28	12	40	/	/	/	40
14e	1987-1988	38	9	47	/	/	/	47
15e	1988-1989	50	13	63	/	/	/	63
16e	1989-1990	53	11	64	/	/	/	64

Sources : Simplice Ayangma, informations recueillies au MSP du Cameroun et à l'ex-CUSS.

On constate ainsi que jusqu'à la fin de la première décennie, le CUSS ne forme en moyenne qu'une trentaine de médecins par an, et entre 40 et 50, dans la seconde décennie. Des chiffres qui, visiblement, n'auraient jamais permis au pays, d'atteindre les standards fixés. Malgré cela, l'exemple du Cameroun est bientôt transposé dans les autres CUSS qui voient le jour, notamment au Gabon, en 1970, au Congo-Brazzaville, en 1974, et plus tard, la Faculté des sciences de la santé de la RCA (1986) et celle du Tchad (1990). Dans l'ensemble, on note que

c'est d'un personnel de haute qualité dont vont se doter les pays d'Afrique centrale. Seulement, les Gouvernements locaux n'auront pas toujours les moyens financiers et logistiques nécessaires pour assurer son encadrement. Il s'ensuit un phénomène bien connu de « fuite de cerveaux » ou « *brain drain* » lié à la quête par ces derniers des conditions de rémunération de plus en plus attractives, qui correspondent à la qualité de leur formation. Un phénomène par ailleurs accéléré par la crise des années 1980 et la dévaluation, de moitié, du franc CFA en 1994. On parle alors de « nouveaux flux de migrations médicales »[191] pour désigner cette situation non spécifique aux pays du Sud, mais avec les conséquences les plus graves pour ceux-ci[192].

C'est dire en d'autres termes que, si les flux Nord-Sud de compétence sont généralement compensés par des retours, des connexions à distance, des mises à disposition occasionnelles qui bénéficient aux pays d'origine (*brain gain*) les circulations Sud-Nord à l'inverse, en constituant des « diasporas du savoir » (*diaspora knowledge networks*), privent leurs pays d'une véritable expertise qui ne profite pas toujours au développement sanitaire national. Jean-François Nys constate ainsi que le nombre de personnels de santé (médecins et infirmiers) ayant quitté leur pays au Sud pour l'étranger dépasse largement celui dont ont besoin leurs systèmes de santé[193]. Au début des années 2000, 18,2% des médecins employés au sein des pays de l'OCDE étaient des étrangers issus surtout des principaux « réservoirs » que sont l'Afrique et les autres pays dits en développement. Un pourcentage variant de 1,5 à 47%, selon les pays. Les États-Unis remportent la palme d'or dans le recrutement des médecins étrangers, soit plus de 200 000[194]. En France et au Pays-Bas, les effectifs de médecins étrangers recrutés passent de 1 à 6%, entre 1970 et 2000[195].

À côté des CUSS qui ne forment que les médecins, les Centres d'Enseignement Supérieurs en Soins Infirmiers (CESSI) contribuent, pour leur part, à former un éventail diversifié de personnels sanitaires. Le tout premier CESSI voit le jour à Yaoundé. Il est créé par décret n°75/518 du 8 juillet 1975, comme faisant partie intégrante du CUSS. Il ouvre ses portes deux années plus tard, en 1977, avec pour vocation internationale, la formation de

---

[191] J.-F. Nys, « Les nouveaux flux de migrations médicales », in *Revue internationale et stratégique*, n°77, 2010/1, pp. 24-35.
[192] Menace pour les systèmes de santé, conséquence négative sur le développement économique, etc.
[193] J.-F. Nys, « Les nouveaux flux de migrations médicales », p. 27.
[194] J. Buchan, « Comment maîtriser les migrations des professionnels de santé de façon à réduire leurs effets néfastes sur l'offre des services ? », Synthèse pour la Conférence ministérielle européenne de l'OMS à Tallinn, 25-27 juin 2008, Copenhague, OMS, Europe, 2008.
[195] *Ibid*., p. 9.

l'ensemble des personnels infirmiers issus des pays francophones de l'Afrique subsaharienne. Il a entre autres missions de répondre aux besoins pressants desdits pays, en cadres infirmiers et sages-femmes de « haut niveau », dans le domaine de l'administration et de l'enseignement des soins infirmiers, de santé publique et des soins obstétricaux. Y accèdent sur concours, les candidats nantis d'un Brevet d'Études du Premier Cycle (BEPC), ou d'un diplôme équivalent. À l'issue des trois années d'études que les apprenants doivent y passer, ils sont affectés sur le terrain, où ils ont la charge de gérer la collectivité en lui garantissant des soins aussi bien curatifs que préventifs.

Outre les infirmiers, le CESSI de Yaoundé forme également des Techniciens Supérieurs de la Santé (TSS) en analyses médicales et biologiques, en assainissement et hygiène du milieu, et en sciences pharmaceutiques. La première équipe que dirige le Pr. Zoun-Kanyi, directeur de la santé et mesdames Sybille Misse et Alice Collomb respectivement chef du département des soins infirmiers et coordinatrice OMS du projet CESSI/CUSS, organisent les premiers recrutements de personnels enseignants. Sont par exemple recrutés, en 1981, Allangueh Siri Lydia, Bollanga née Mfegue Mbon Elise en service à la direction camerounaise de la santé publique et Pounkoussou Samuel, surveillant général à l'hôpital Laquintini de Douala, tous trois, des techniciens supérieurs en sciences infirmières (TSSI). Comme pour les médecins, le secteur infirmier est lui aussi frappé par la question des migrations, avec une moyenne 15,2% (soit plus 81 623) de professionnels étrangers exerçant notamment en Suisse, au Luxembourg, et au Royaume-Uni. La France en compte, pour sa part, un peu plus de 23 308, soit 5,5% des effectifs[196].

Vers la fin des années 1980 et le début des années 1990, le CUSS de Yaoundé avait formé, en 20 ans, un peu moins de 700 docteurs en médecine (cf. tableau précédent), cependant que le CESSI avait pu mettre à la disposition des gouvernements respectifs, 424 TSSI. Des chiffres impressionnants, mais bien trop modestes en comparaison avec ceux des pays industrialisés, desquels s'inspirent les standards internationaux. Toutefois, les efforts reconnus au CUSS de Yaoundé, dans la formation des médecins, lui valent une reconnaissance internationale couronnée par l'ouverture, en 1987, d'un cycle de spécialisation. Y sont ainsi formés, outre les chirurgiens généraux, les gynécologues obstétriques, les spécialistes de la médecine interne, les pédiatres, les anesthésistes et les réanimateurs, les biologistes, les radiologues, et les anato-pathologistes, dont la première promotion sortie en 1993 est constituée

[196] J. Buchan, « Comment maîtriser les migrations », p. 9.

d'au total 66 professionnels, dont 17 de sexe féminin et 47 de sexe masculin. Jusqu'à l'heure actuelle, aucun des pays de la sous-région n'est parvenu à régler l'épineux problème de déficit en personnel médico-sanitaire. Un déficit déjà fort décrié au début des années 1970, comme précédemment souligné.

La principale solution formulée par les instances sanitaires internationales, pour pallier ce déficit, trouve son fondement dans les recommandations de la conférence d'Alma-Ata sur les SSP. Celles-ci mettent un accent particulier sur la formation sur le tas, des agents de santé des villages (ASV) – autrement appelés agents de santé communautaires (ASC) –, qui s'inspirent du modèle des « médecins aux pieds nus » de la Chine communiste. La formation des ASV/ASC est par ailleurs renforcée aussi bien par la conférence d'Harare sur les centres de santé de district (CSD) – lieux d'action par excellence de ces agents – que par l'Initiative de Bamako sur le recouvrement des coûts de prestations.

On note cependant que, aussi bien les SSP que les structures d'encadrement de ces ASV, dans la plupart des pays d'Afrique centrale, fonctionnent mal, ou pas du tout. Une correspondance conjointe de Belinga Athanase et Wasseng Augustin, coordonnateurs SSP du Nyong et Mfoumou à Akonolinga, au Cameroun, donne une idée plus ou moins précise de ces dysfonctionnements. Dans cette correspondance signée du 19 mars 1986, les auteurs précisent :

> Depuis nos récentes nominations aux postes de Coordoniteur Départemental (sic) et d'Arrondissements des Soins de Santé Primaires dans le Nyong et Mfoumou, notre service ne marche pas du tout et par conséquent, nos attributions se trouvent ainsi bafouillées (sic) […][197].

Les auteurs poursuivent :

> […] nous avons demandé à visiter les villages Santé (…) aucune suite ne nous a jamais été réservée : pas de véhicule pour pouvoir nous déplacer, pas de carburant, l'on nous a dit que quatre caisses de médicaments ont été envoyées à Akonolinga pour les villages santé, nous n'avons jamais connu leur distribution et le distributeur […][198].

Ils concluent :

> […] nous vous signalons que personne d'entre nous les coordinateurs n'a jamais assisté lorsqu'on choisissait les villages santé du Département si bien que nous ne les connaissons aucunement pas.
>
> En vous rendant compte ainsi de tout ce qui précède, nous avons l'honneur de vous demander de bien vouloir redynamiser […] en vue de la promotion des Soins de Santé Primaires dans le Nyong et Mfoumou et dans le Cameroun ainsi que celle de la Santé pour tous à l'an 2000[199].

---

[197] AMCSP « A. Belinga, A. Wasseng, correspondance du 19 mars 1986, au ministère de la santé publique ».
[198] *Ibid*.
[199] *Ibid*.

Si à travers cette correspondance, il est avant tout question de mettre en évidence les difficultés rencontrées à l'échelle locale, dans la mise en œuvre des SSP et des programmes y afférents, il est aussi intéressant de noter les dynamiques d'appropriation par les autorités locales, de la rhétorique des acteurs internationaux. À l'échelle nationale au contraire, ces difficultés ne sont plus importantes, comme il apparaît dans ce fax du Dr. Madiou Touré représentant résident par intérim de l'OMS au Cameroun, adressée au Dr. Monekosso, DR/AFRO, le 13 mai 1991 : « *Most external partners do not want to participate in the repairs of buildings, and due to the present economic crisis, it takes a long time for the government to disburse funds for such activities, thus delaying the rate of implementation of the programme* »[200]. Le Dr. Madiou touré poursuit : « *Some health infrastructures were built in areas with low population density, rendering it difficult to implement B. I. in such zone* »[201]. De par ces difficultés de mise en œuvre des SSP, et de l'IB qui voit le jour plus tard, la formation des personnels médico-sanitaires que ces politiques ont contribué à structurer apparaît à tort ou à raison, comme une réussite technique, mais *a contrario*, comme un échec social, car inadéquate et inadaptée aux réalités locales.

2. Les conséquences culturelles des politiques internationales de santé en Afrique : les médecines locales africaines à l'épreuve du « modernisme »

Le choix par les acteurs impériaux et internationaux d'opérer une distinction entre la médecine occidentale – synonyme de médecine conventionnelle –, et les autres, notamment les médecines locales africaines improprement désignée médecine "traditionnelle", se justifie par le refus d'admettre que les cultures se valent et sont, de ce fait, essentiellement relatives. Cette négation de toute relativité culturelle a conduit les administrations coloniales, surtout françaises, à mener un combat acharné, dans l'optique d'annihiler ces pratiques de médecines locales *a priori* considérées comme dangereuses. Au lendemain des indépendances africaines, la volonté de les réhabiliter par ailleurs manifestée par l'OMS – du moins officiellement – fait face à de nombreuses difficultés qui justifient, en partie au moins, leur situation actuelle.

[200] AOMS/BZV, « The implementation of the Bamako Initiative in Cameroon. Fax du Dr. Madiou Touré au Dr. Monekossoko, 13 may 1991 », in *Bamako Initiative*, P7/27/11, Chemise 5, Carton ARC 183.
[201] *Ibid*.

2.1. Les médecines locales africaines d'hier à aujourd'hui

Oser enfermer le riche héritage des médecines locales d'Afrique sous la simple appellation de « médecine traditionnelle », c'est faire preuve de mauvaise foi, tout en choisissant d'ignorer qu'il existe autant de médecines dans le continent qu'il existe de pays, de peuples, de communautés, voire de villages ou encore de familles au sein d'un même village. Conscient de cette diversité de pratiques médicinales, nous avons, pour des raisons, qui nous paraissent évidentes, choisi de parler de « médecines locales africaines », plutôt que de « médecine traditionnelle » : terme essentiellement péjoratif[202], en considération du potentiel qu'offrent ces pratiques et du pourcentage d'individus qui y recourent au quotidien. Selon une étude menée au début des années 2000 dans la *Revue du bureau régional de l'OMS pour l'Afrique* en effet plus 80% des Africains font aujourd'hui encore appel aux médecines locales[203]. Le recours à ce système de soins a été le seul disponible dans le continent durant des siècles, et bien avant l'arrivée des missionnaires, des explorateurs et des colons. Dans un rapport produit en 1950 par Christian Merlo, cet administrateur colonial[204] précise, en rapport avec cette pratique au Bas Togo et au Dahomey (actuel Benin), qu'il « est difficile de préciser l'apparition de ces phénomènes »[205]. Il poursuit : « Les archives de 1885 les relatent. Leur importance n'a pas diminuée depuis cette date »[206]. Il apparaît ainsi clairement que les médecines locales ont joué un rôle prépondérant dans l'Afrique précoloniale, aussi bien dans la prévention, le diagnostic que le traitement d'une pluralité d'affections, comme l'analyse par ailleurs Jeannot Mvié Belinga, dans sa thèse de Doctorat soutenue à Yaoundé en 2011[207].

À travers une démarche historique quoique exempte de critique historienne et de réflexivité, le Pr. Oudou Njoya de la Faculté de médecine de l'Université de Yaoundé I tente, pour sa part, de reconstituer le riche héritage de la médecine locale laissée par le Sultan Njoya, au Royaume Bamum du Cameroun. Un Royaume dont l'auteur est lui-même originaire. Cet éminent médecin trace, malgré tout, les matrices de cette œuvre médicale du Sultan, qui

---

[202] Ludovic Lado, ne soulignait-il pas déjà « l'ambigüité » de ce terme « traditionnel », dans l'introduction qu'il dans les Actes du colloque de Yaoundé en février 2010 ? Voir à cet effet : L. Lado (Dir.), *Le pluralisme médical en Afrique*, p. 21.
[203] OMS, « Observatoire de la santé en Afrique », p. 2.
[204] C. Merlo est un administrateur colonial diplômé de l'Ecole Nationale de Langues Orientales Vivantes et de l'Institut d'Ethnologie de l'Université de Paris.
[205] ANY, « Activités fétichistes (Bas Togo et Dahomey) », 1950, 2AC 908.
[206] *Ibid*.
[207] J. Mvé B., « La médecine traditionnelle et l'évolution de la santé au Cameroun. Le cas de l'ère culturelle Fang-Beti-Boulou, 1924-2003 », Thèse de Doctorat/Ph.D en Histoire, Université de Yaoundé I, 2011.

débouche sur la mise sur pieds en écriture Shu-mom – l'écrire inventée par le Sultan avant l'arrivée des Allemands au Cameroun – d'un recueil intitulé *Liboknar Konfen*, qui signifie littéralement « le livre des médicaments ». Dans un autre, le Roi fait classifier et décrire les signes et les symptômes des maladies : c'est le *Zut Fu Liboknar*[208]. Quoique bien plus modestes et conservées essentiellement par le biais de la mémoire et des traditions orales, les pratiques médicinales locales des autres peuples d'Afrique ont pu résister à l'épreuve du temps. Et c'est elles qui s'ouvrent à la fin du XIX^{e} siècle, au « choc des médecines », auquel fait allusion Ludovic Lado, et qui est l'expression, mieux, l'une des conséquences « de la rencontre des cultures » initiée par la colonisation européenne en Afrique. Une rencontre au cours de laquelle vont se négocier de « nouvelles identités collectives et individuelles »[209].

Avec l'intrusion européenne en Afrique en effet se fait aussi celle de nouveaux modes de traitement issus de la médecine dite conventionnelle, utilisée avant tout, par les missionnaires, pionniers de l'occupation du continent. Dans son article paru dans les *Annales de l'Université Marien Ngouabi*, en 2009, Scholastique Dianzinga[210] en revisitant les interconnexions entre santé, maladies et colonisation, fait ressortir l'imposition des savoirs thérapeutiques de la civilisation occidentale comme des stratégies de domination ou mieux, comme l'exercice des formes de pouvoirs sur les populations autochtones[211]. Si l'auteure s'oriente vers ce type d'analyse, c'est bien parce qu'aussi bien au Congo, au Gabon, au Tchad, en RCA, au Cameroun, que dans l'ensemble des territoires dominés par la France, l'administration coloniale s'est attelée à réprimer sauvagement toute pratique de médecines locales[212]. Une telle répression vise avant tout, à faire comprendre à « l'indigène », que l'hôpital est le seul lieu où il est censé retrouver la guérison. Il est aussi question de mettre un terme à l'entrave que constitue la pratique des médecines locales, pour le déploiement de l'action médicale européenne[213]. C'est en tout, la négation de toute historicité au « Noir »[214], la croyance en la nécessité de le civiliser en respect des « engagements internationaux » et de la « mission de civilisation », la crainte d'une réelle concurrence qui aurait débouché sur un sentiment

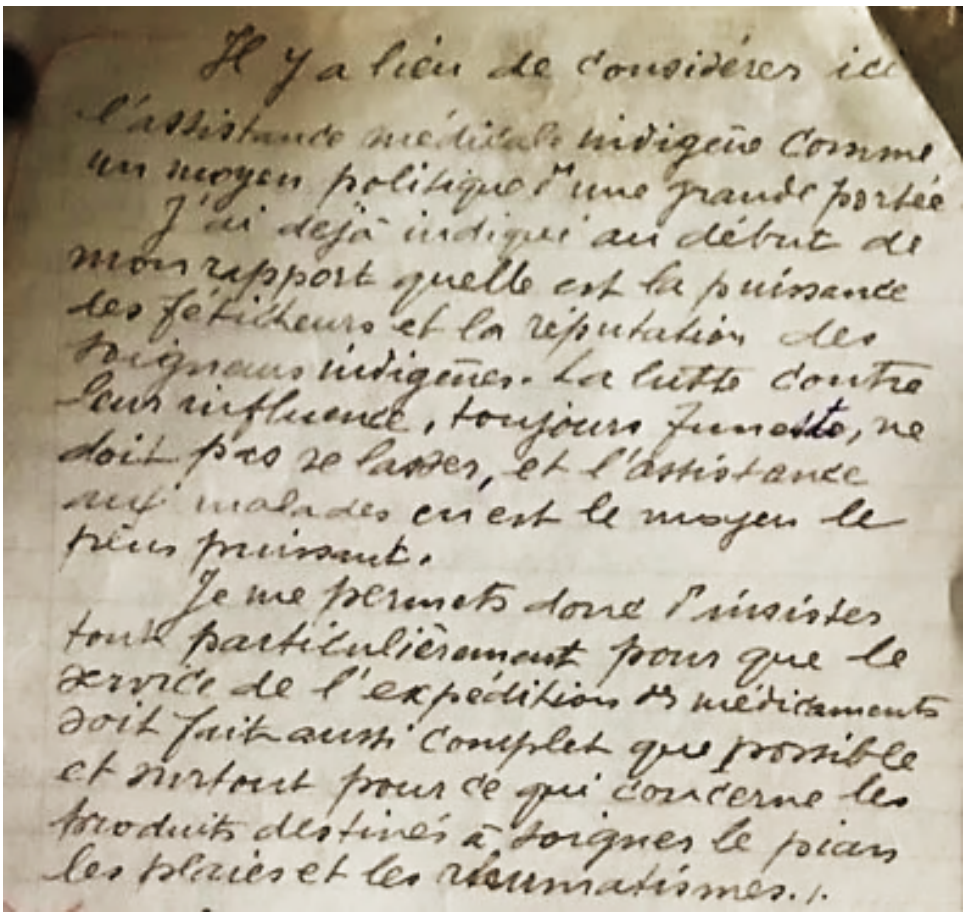
[208] O. Njoya, « Le Roi Njoya et la transition de l'approche médicale dans une société africaine », in *Le Roi Njoya : créateur de civilisation et précurseur de la renaissance africaine*, « Colloque international Roi Njoya », Paris, L'Harmattan, 2014, pp. 317-321.
[209] L. Lado (Dir.), *Le pluralisme médical en Afrique*, p. 21.
[210] S. Dianzinga, « Santé et maladies en situation coloniale : l'exemple du Moyen-Congo (1908-1958) », in *Annales de l'Université Marien Ngouabi*, 2009, pp. 92-107.
[211] *Ibid*., p.93.
[212] Voir à cet effet S. Ayangma, « Autorités coloniales », p. 32.
[213] ANY, « Circulaire du Haut-commissaire de République française au Cameroun, J. Repiquet aux chefs de régions, 24 avril 1936 », in ANY, « Guérisseurs indigènes », 1936, 1AC 1925.
[214] Dont rendent compte les thèses racistes de F Hegel ou de L. Lévy-Bruhl.

d'inutilité de la part de l'administration coloniale, qui justifient, entre autres, l'énergie déployée par les colons pour interdire la pratique des médecines locales, dans le but de la faire disparaître.

Dans la note manuscrite ci-dessous – sans doute celle d'un administrateur colonial – non datée et non signée retrouvée aux archives nationales du Congo à Brazzaville, il est clairement mentionné :

> Il y a lieu de considérer ici l'assistance médicale indigène comme un moyen politique d'une grande portée.
>
> J'ai déjà indiqué au début de mon rapport quelle est la puissance des féticheurs et la réputation des soigneurs indigènes. La lutte contre leur influence, toujours funeste, ne doit pas se lasser, et l'assistance aux malades en est le moyen le plus puissant.
>
> Je me permets donc d'insister tout particulièrement pour que le service de l'expédition des médicaments soit fait aussi complet que possible et surtout pour ce qui concerne les produits destinés à soigner le pian les plaies et les rhumatismes./.[215]

Illustration 3 : Note manuscrite : Actions contre les « féticheurs »


Il y a lieu de considérer ici
l'assistance médicale indigène comme
un moyen politique d'une grande portée
J'ai déjà indiqué au début de
mon rapport quelle est la puissance
des féticheurs et la réputation des
soigneurs indigènes. La lutte contre
leur influence, toujours funeste, ne
doit pas se lasser, et l'assistance
aux malades en est le moyen le
plus puissant.
Je me permets donc d'insister
tout particulièrement pour que le
service de l'expédition des médicaments
soit fait aussi complet que possible
et surtout pour ce qui concerne les
produits destinés à soigner le pian
les plaies et les rhumatismes./.

[215] ANC, « Santé 1910-1921. Trypanosomiase », in Dossier Santé et assistance publique, Carton GG 440.

Les sanctions infligées aux populations locales reconnues de pratique « d'activités fétichistes », de « fétichisme » ou de « sorcellerie » sont à la hauteur des ambitions que s'est assignées le pouvoir colonial. « Condamnation à perpétuité », « condamnation à payer des taxes répressives », « interdiction de séjour sur le territoire », etc., sont autant de sentences prononcées, comme ce fut par exemple le cas pour les nommés Loulouga, N'jon, Bilong et Momba au Cameroun dans les années 1950, pour leur appartenance à la « société sécrète M'Bim »[216].

Appuyée sur de nécessaires relais locaux – centres de santé, écoles, églises, tribunaux et autres « féticheurs »[217] – acquis à sa cause, l'administration coloniale parvient ainsi à faire respecter ses mesures d'interdiction. Seulement, il s'en suit une série de résistances face auxquelles le pouvoir colonial adopte des stratégies nouvelles. Celles-ci consistent à « apprivoiser » davantage d'indigènes en faisant « impression sur les esprits », dans l'optique de donner plus de « notoriété » et de « clientèle » à la « médecine du "Blanc" ». Le Dr. Fulconis souligne ainsi, en 1933, que « l'homme adulte pris par les idées de sa race et de son clan nous intéresse peu ». C'est pourquoi il recommande de « gagner dans un milieu plus malléable, plus souple, nouveau. Il faut atteindre la femme et l'enfant », conclut-il[218]. Cette stratégie de Fulconis donne les clés d'analyse des continuités avec les politiques sanitaires mises en œuvre en France vers la fin du XVIII^{e} siècle[219]. De telles politiques métropolitaines de santé sont aussi à mettre en rapport avec celles internationales de l'OMS et du FISE (UNICEF), axées à partir des années 1950 sur ces deux catégories. Cet intérêt particulier accordé aux femmes et aux enfants dans la santé publique internationale constitue pour des recherches futures, un terrain fructueux d'études menées à partir des archives de ces deux OI, et de celles des États concernés.

Au-delà des stratégies envisagées, et de la politique répressive menée à son égard, la pratique des médecines locales se poursuit sous des formes clandestines. Les populations parviennent ainsi à assurer tant bien que mal la préservation de quelques-uns de ses aspects, comme le constate du reste l'administrateur colonial Fieschi, dans sa correspondance au chef de la région du N'tem, en 1935. Fieschi écrit : « Je ne vais pas jusqu'à dire que la sorcellerie,

---

[216] ANY, « Meurtres rituels (Sanaga-Maritime 1950-1953) », 1950, 2AC 902.
[217] Le cas du Bakoko Michel Nsouké, « fétichiste » et « assesseur titulaire » au tribunal de 1er degré de Babimbi au Cameroun est illustratif à ce propos. Voir ANY, « Dossier d'un meurtre rituel dans une société à Bamimbi », 1928, 2AC 906.
[218] ANC, « Note sur la politique hospitalière en AEF », in *Fonds santé et assistance publique*, GG 443.
[219] C'est en effet entre le 28 juin et le 8 juillet 1793 que la « Convention nationale française » adopte un Décret relatif à l'organisation des secours accordés de manière annuelle, aux vieillards et aux indigents. Ledit décret garanti aussi une assistance sociale et sanitaire aux enfants et aux femmes enceintes.

la magie, l'ordalie ont complètement disparus (sic), mais leur répression sévère […], a atténué de plus en plus leur caractère criminel »[220]. Et l'administrateur colonial Soucadaux, pour sa part, reprécise au début des années 1950 que : « L'expérience a malheureusement démontré que cette politique renouvelée de l'autruche, n'entrainait pas les résultats escomptés »[221].

Au lendemain des indépendances africaines, les responsables des nouveaux États, initient un processus de « reconnaissance » et de « revalorisation » de ce qui restait de ces médecines locales bafouées par plus de quatre décennies de sauvage répression. C'est l'OUA, née en 1963, qui, en premier introduit une lutte pour, disait-elle, se défendre contre les agressions culturelles jusque-là subies. Elle suggère ainsi l'introduction des médecines locales dans les systèmes de soins. C'est dans cette mouvance qu'elle met en place une Commission de Recherche Scientifique et Technique (CRST) censée assurer « l'intensification des recherches dans le domaine des plantes médicinales, de les valoriser scientifiquement et de vérifier leur niveau d'efficacité et d'innocuité ». Cette volonté est couronnée par la tenue de deux rencontres internationales qui débouchent sur la proposition des premières définitions de la « médecine traditionnelle » africaine : celle tenue à Dakar en 1968 sur le « développement des plantes médicinales africaines » et celle tenue à Kampala, en 1976, dans le cadre de la 26e Session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique. Des dynamiques dont l'influence sur les politiques nationales de santé, dans la sous-région surtout, témoigne des appropriations réciproques entre responsables nationaux et acteurs internationaux représentés tant au sein de l'OMS qu'au sein de l'OUA et de leurs États membres. Malgré les premiers échecs nationaux rencontrés dans les tentatives de réorganisation de ces médecines locales, ces revendications somme toute « identitaires », rencontrent bientôt les aspirations internationales d'une élite mondiale, exprimées dans les recommandations de la conférence d'Alma-Ata sur les SSP en 1978, et plus tard, dans celles de l'IB mise en place en 1987.

2.2. Politiques internationales de santé et médecines locales africaines : des rapports ambivalents

Aussi bien en Asie, en Amérique latine qu'en Afrique, les populations recourent, de manière générale, aux médecines locales. On compte ainsi environ 40% d'individus faisant

[220] ANY, « Enquête sur la sorcellerie. Ebolowa », 1935, 2AC 890.
[221] ANY, « Meurtre rituel (Sanaga-Maritime 1950-1953) », 1950, 2AC 902.

appel à ce système de soins, en Chine, 65%, en Inde, 71%, au Chili, 41%, en Colombie, etc.[222]. On note, entre autres raisons qui vont justifier ce regain d'intérêts pour les médecines locales : les limites de la médecine dite moderne, et notamment son incapacité à prendre à charge certaines affections, etc. Cette tendance, ou mieux cette omniprésence des médecines locales dans les pratiques quotidiennes des patients au Sud, vient remettre en cause l'idée très fortement répandue avant les années 1970 selon laquelle seules les populations rurales, en raison de leurs conditions de vie parfois précaires, recouraient à ce système de soins[223]. Cette remise en cause conduit les responsables de l'OMS, motivés par les autorités nationales, à encourager bientôt l'introduction de ces médecines dans les systèmes nationaux de santé, et même, d'en faire l'une des composantes essentielles des SSP. Le choix de l'OMS d'intégrer les médecines locales dans les politiques internationales de santé rencontre en effet les revendications des identités culturelles exprimées par les élites des nouveaux États africains surtout, représentés au sein de l'OUA. Didier Fassin parle ainsi, pour décrire ce phénomène, de la « convergence d'intérêts et de rationalités divers », où le souhait de développer les SSP et l'évidence des limites de la biomédecine côtoient les revendications identitaires et culturelles des peuples[224] en quête de reconnaissance internationale. Ce processus de revalorisation des « médecines traditionnelles » participe ainsi de ce « mouvement idéologique » que tente de décrire Jean-Pierre Dozon, dans un article consacré au même volume de *Politique africaine* paru en décembre 1987[225]. Pour Dozon en effet revaloriser les médecines locales signifie, pour les États africains, une « volonté plus nette » d'indépendance, dans un contexte où la santé des populations ressort avant tout d'un processus de développement endogène, avec ce que cela comporte comme nécessaires compétences à mobiliser et savoirs disponibles[226]. Cette manière de légitimer l'intérêt novateur de ces États pour leurs médecines, conclut Dozon, est insuffisante, tant pour lever les ambigüités qui pèsent sur cette notion de « valorisation de médecine traditionnelle », que sur les expériences pratiques se recommandant de ce label[227].

---

[222] OMS, Médecine traditionnelle : besoins croissants et potentiels, perspectives politiques de l'OMS sur les médicaments, OMS, Genève, 2002.
[223] Cette situation s'explique par le fait que la pratique des médecines locales relève avant tout d'un système de pensées encore essentiel dans la vie des populations africaines. Qu'ils aient des moyens pour accéder à des services médicaux ou pas, les malades ici consultent les « tradipraticiens ».
[224] D. Fassin, « La santé, un enjeu politique quotidien », in *Politique africaine* « Politique de santé », n°28, décembre 1987, pp. 2-8.
[225] J.-P. Dozon, « Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire », in *Politique africaine* « Politique de santé », n°28, décembre 1987, pp. 9-20.
[226] *Ibid*., p. 9.
[227] *Ibid*.

Le constat de l'échec des politiques antérieures, essentiellement basées sur le système médical hospitalo-centré très souvent dysfonctionnel et trop coûteux, conduit les représentants des États réunis à Alma-Ata, en 1978, à mettre un accent particulier sur des conceptions autres que curatives et médicales des soins (cf. Chap. III). C'est dans cette logique que les recommandations formulées à l'issue de cette conférence sur les SSP insistent davantage aussi bien sur la prévention, l'hygiène, l'éducation sanitaire, dans l'optique d'atteindre un plus grand nombre de patients des communautés locales. La réalisation de cette ambition s'appuie ainsi sur la constitution d'un réseau d'unités (les CSD) et d'agents sanitaires (les ASC) initiés par les SSP et renforcés aussi bien par la « Déclaration d'Harare », que par l'IB. Ces instruments sont ainsi censés fournir des prestations de première ligne et assurer, par la même occasion, la promotion de la santé par le biais de l'éducation et de l'hygiène. En s'assignant le rôle d'organiser de tels réseaux d'unités et d'agents sanitaires et de les intégrer dans les systèmes nationaux de soins, les États africains et les partenaires internationaux réunis à Alma-Ata, à Harare et à Bamako, reconnaissent comme aspect incontournable, la participation des populations dans ce processus. Et c'est dans les interstices de cette collaboration participante des populations locales que s'insèrent les « médecines traditionnelles » et l'implication éventuelle des « tradipraticiens », comme acteurs majeurs de la mise en œuvre des SSP censés déboucher sur l'atteinte des objectifs de santé pour tous en l'an 2000 (SPT/2000) par tous les individus. En appréhendant en effet les populations locales comme « partenaires obligés » œuvrant pour leur « bien-être » – davantage que comme de simples « usagers » –, la conférence d'Alma-Ata et les recommandations qui en découlent reconnaissent aux « tradipraticiens » leur rôle d'acteur essentiel, dans la mise en œuvre des SSP. Il s'agit là d'une option qui épouse les logiques de quête d'alternatives aux politiques de développement économique des pays du Sud formulées au début des années 1950[228].

Partant en effet du principe que la biomédecine répond insuffisamment à la demande des patients, et espérant palier la question de l'hyperspécialisation et la complaisance à l'hyperconsommation des médicaments, l'introduction des médecines locales dans les systèmes nationaux de soins en Afrique, surtout, se revendique avant tout du modèle socialiste. À travers ce modèle, les responsables de nouveaux États entendent « revivifier les valeurs africaines traditionnelles », dans l'optique de les mettre au service du développement et de la construction

[228] Cette période coïncide aussi avec celle du nouvel ordre économique international (NOEI), de l'affirmation du « Tiers-Monde », ou encore du « self reliance ».

nationale[229]. Cette vision, théoriquement, s'appuie sur les approches du « développement autocentré » reprenant les critiques de l'impérialisme et du néocolonialisme. Les responsables africains trouvent ainsi dans les recommandations de la conférence d'Alma-Ata, et notamment celles sur la participation communautaire, les instruments idoines de véhicule de leurs orientations politiques et idéologiques. C'est en tout, la conjonction d'idées et d'intérêts convergents qui président à l'introduction des médecines locales dans les systèmes nationaux de soins. Ce qui fait de la pratique des médecines locales associée aux SSP l'instrument d'une politique sanitaire « rénovée ». Cette prise en compte nouvelle des médecines locales au sein des instances internationales de santé participe en effet du « nouvel ordre sanitaire international », conséquence, lui-même, du « nouvel ordre économique international ». Elle entend ainsi mettre en valeur les conceptions nouvelles du développement, qui s'appuient sur la considération qu'améliorer les conditions de vie et de production des populations doit dépendre étroitement d'une « capacité à mobiliser les ressources de tous ordres propres à telle société ou telle communauté » en vue d'y trouver des solutions appropriées pour un développement endogène, plutôt que sur l'illusion des transferts unilatéraux de technologie[230].

La première irrégularité, dans ce processus, tient cependant au fait que l'intérêt porté à la « médecine traditionnelle » ressort essentiellement d'une conception du développement s'appliquant exclusivement aux pays du « Tiers-Monde ». Se faisant, il rejoint, comme le constate Dozon, un « courant d'opinion propre aux pays industrialisés », qui, en remettant en question les progrès médicaux, valorisait avant tout d'autres formes thérapeutiques baptisées, à tort ou à raison, « traditionnelle », « parallèle », « populaire », « naturelle », « douce », « alternative », etc. L'absence de toute référence à ce que désigne effectivement « médecine traditionnelle », ou « tradipraticien » est une autre irrégularité qui met à nu une simple distinction ou opposition des expressions « traditionnel » vs « moderne ». L'objectif est, avant tout, de laisser la biomédecine demeurer à la fois « maîtresse » de l'action sanitaire, et « juge de l'aptitude des tradipraticiens à y participer »[231]. Les conflits qui en découlent sont significatifs de l'état d'esprit des uns et des autres. Les uns, les bio-médecins se sentent alors en situation de supériorité, d'où le déni et le mépris qu'ils affichent à l'égard des « tradipraticiens ». Les autres, les « tradipraticiens », luttent en permanence pour leur respect et leur reconnaissance. Et lorsque qu'ils parviennent à être effectivement reconnus et intégrés dans les systèmes

[229] J.-P. Dozon, « Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire », p. 11.
[230] *Ibid*., p. 10.
[231] *Ibid*., p. 12.

nationaux de soins, c'est sous des modes de reconnaissance sinon négative, du moins disqualifiante. Les expériences camerounaises d'Obala, chez le Dr. Logmo ou celle de l'hôpital Jamot de Yaoundé, chez le Pr. Makang Ma Mbog, ou encore celle d'Ebolowa, chez le Dr. Ondoua sont significatives à ce propos. Le projet initié par ces médecins de collaborer avec les « tradipraticiens », en respect des exigences nationales et internationales, bute en effet sur la question du statut à leur conférer et de l'origine des fonds prévus pour leur rémunération. Certains bio-médecins estiment même ignorer jusqu'où ils peuvent aller avec des « gens sans statut ni critère technique d'appréciation »[232].

Si l'insertion des médecines locales dans les systèmes de soins en Afrique centrale dysfonctionne de manière presque générale, comme nous le verrons dans le paragraphe suivant, ce n'est pas d'abord parce qu'elle rencontre les oppositions des lobbies pharmaceutiques, qui voient dans l'éclosion de telles pratiques un frein au développement du marché de médicaments. Mais c'est avant tout en raison de l'incapacité, ou mieux, du refus catégorique des élites nationales de parvenir à son organisation. Le fossé qui sépare les intentions de revalorisation des médecines locales et les réalisations dans ce domaine étant tout simplement immense.

2.3. Médecines locales en Afrique entre dysfonctionnement et échec de re-valorisation

Au-delà de l'importance reconnue aux médecines locales africaines et des mesures envisagées par les partenaires internationaux pour les intégrer dans les systèmes nationaux de soins, elles peinent véritablement à décoller, dans la plupart des pays du continent. En raison des connaissances dont ils sont les dépositaires, les « tradipraticiens » d'Afrique avaient juste besoin qu'on mît à leur disposition un cadre et les moyens nécessaires de leur encadrement, c'est-à-dire, les soumettre à un cadre juridique. Seule l'Afrique du Sud est parvenue, au début des années 2000, à faire voter, par le parlement, une loi permettant de reconnaître les quelques 200 000 « guérisseurs » que compte le pays, comme prestataires de soins. Cette avancée fait toutefois encore l'objet des diverses oppositions issues surtout des professionnels des soins biomédicaux réunis au sein d'une association dénommée « *Doctor for Live* ». Si les uns pointent du doigt les « complications médicales » que provoquerait l'usage des « médicaments traditionnels », d'autres y voient, au contraire, un possible renforcement des efforts visant à

[232] AMCSP, « Situation actuelle de la Médecine Traditionnelle au Cameroun », Yaoundé, 1992.

éliminer les pratiques nocives ». L'exemple sud-africain, malgré ces oppositions dues surtout à la crainte d'une concurrence thérapeutique, montre bien qu'une telle organisation est possible.

Dans les autres parties du continent, par contre, et notamment en Afrique centrale, les cadres normatifs et réglementaires fixés dans l'ensemble de ces pays n'avaient aucune valeur législative, comme nous l'avons précédemment observé pour le cas du Cameroun[233]. Ces cadres, par ailleurs, incapables de contraindre ou d'influencer de manière décisive les conduites des acteurs justifient, à plusieurs égards, les tentatives échouées de réorganisation. Au Cameroun, par exemple, on assiste au début des années 1970 à des campagnes de répression de ce qui est appelé « la prolifération de ces faux Guérisseurs, mais de véritables charlatans et escrocs »[234]. Il est même initié, dans les années 1980, dans certains pays, un recensement de « tradipraticiens », qui devait permettre, disait-on, de parvenir à l'élaboration des textes juridiques relatifs à la pratique de ces médecines[235]. Le recensement des « tradipraticiens » entrepris au Cameroun est très vite interrompu par Théodore Mayi-Matip, alors Vice-président de l'Assemblé nationale, pour des raisons qui lui paraissaient évidentes : le projet bute en effet sur l'impossibilité à pouvoir les dénombrer et à distinguer les vrais des faux.

Amenés à se constituer en une association supposée favoriser leur intégration dans la fonction publique et leur prise en charge salariale, ceux-ci ne sont jamais parvenus à s'entendre, de sorte qu'au début des années 1990, on dénombre, au sein du ministère camerounais de la santé, un peu plus de 400 associations différentes, revendiquant chacune une légitimité[236]. De même, l'ensemble des textes élaborés dans ce pays, entre 1980 et 1990, connaît de sérieux obstacles que lui opposent les pouvoirs publics. L'un de ces textes est rejeté par la présidence de la république pour « avis des autres départements ministériels » et, l'autre, par le premier ministère, pour besoin « d'étude approfondie »[237]. De même, il convient de noter la création par décret d'une « Unité de Médecine Traditionnelle » au sein de l'Hôpital central de Yaoundé (HCY). Celle-ci n'a jamais été fonctionnelle.

L'exemple des autres pays de la sous-région, en matière d'intégration des médecines locales dans les systèmes nationaux de soins, n'est guère reluisant. Au Gabon, par exemple, c'est en 1976 que les autorités de ce pays adoptent un décret qui crée un « Institut de pharmacopée et de médecine traditionnelle » (IPHAMETRA). Ledit institut est inséré au sein

---

[233] S. Ayangma, « Autorités coloniales », p. 40.
[234] AMCSP, « 85/L/CF/MSP/DSP. "Problème de la Médecine Traditionnelle", Yaoundé, 12 février 1976.
[235] AMCSP, « Situation actuelle de la Médecine Traditionnelle au Cameroun », Yaoundé, 1992.
[236] *Ibid*.
[237] Il semble bien que nous en soyons encore là.

du « Centre national de recherche scientifique et technologique » (CENAREST), dans l'optique de promouvoir le développement de cette médecine. Seulement, outre la mission de rendre « plus scientifique » l'utilisation des végétaux thérapeutiques – mission qui débouche, comme dans la plupart des pays, à l'exploitation sans rémunération, des savoirs et savoir-faire des « tradipraticiens » – l'IPHAMETRA n'est pas parvenu à intégrer les praticiens de la médecine locale gabonaise, dans le système national de soins. Au contraire, le « *Regard critique sur la médecine traditionnelle* » que lance Simon-Pierre E. Mvone-Ndong est significatif de la situation qui prévaut aujourd'hui encore autour de cette médecine dans le pays, où le « malade » semble être resté en marge des enjeux thérapeutiques[238]. Un territoire où règne, par ailleurs, « arnaques et escroqueries récurrentes, […] de l'amateurisme et du charlatanisme […]. », et où l'Inspecteur général de la santé, le Dr. Bousssengui Iloko, espérait encore, après 2010, pouvoir l'enfermer « dans un cadre réglementaire »[239].

La situation n'est guère plus reluisante au Tchad où le Dr. Brahim Boy Otchom constate qu'aucun engagement politique n'a été pris, qui ait pu favoriser la promotion de cette médecine ou une « réelle collaboration entre tradipraticiens et praticiens de la médecine moderne »[240]. On convient, à partir de ces quelques exemples, qu'au niveau institutionnel, la question de l'intégration des médecines locales dans les systèmes nationaux de soins, ou leur re-valorisation, est à l'image d'une montagne qui accouche d'une souris. Elle n'a jamais été qu'un cuisant échec, malgré quelques essais çà et là. Ceci a pour conséquence évidente la dispersion des talents et surtout le renforcement de la vente dans les rue de presque toutes les villes de la sous-région, des produits médicamenteux naturels. La photo suivante est une illustration du développement de cette activité à Brazzaville, proche du « marché Total », l'un des plus importants de la ville.

[238] S.-P. E. Mvone-Ndong, *Regard critique sur la médecine traditionnelle au Gabon*, Paris, L'Harmattan, 2014.
[239] P. E. Mbog Batassi, « Médecine traditionnelle gabonaise : la fin des arnaques ? », lundi 4 avril 2011, in http://www.afrik.com/article22510.html
[240] B. Boy Octhom, « Organisation de la médecine traditionnelle au Tchad », in *Pharm. Méd. Trad.*, Vol. 11, 2001, pp. 107-111.

Image 24 : Vente dans la rue de Brazzaville des produits médicamenteux naturels (Cliché S. Ayangma, octobre 2017)



Comment, dès lors, comprendre et interpréter l'attitude des autorités locales – à qui profite au premier chef le système biomédical – face aux nécessités d'encadrement des médecines locales ? Là où les théoriciens des « acteurs/États faibles »[241] ou des « États fragiles »[242] verraient une impuissance des acteurs étatiques et de leurs institutions à pouvoir restructurer le secteur des médecines locales africaines, nous y verrons plutôt, outre le refus de ces élites à y consacrer plus d'attention, leur laxisme. Un refus et un laxisme, par ailleurs, motivés en partie au moins, par les oppositions des milieux professionnels biomédicaux, comme observé pour le cas de l'Afrique du Sud et du Cameroun, et surtout la quête des intérêts privés. Ceux-ci sont généralement issus des financements, des « aides » et autres avantages offerts par les lobbies pharmaceutiques et les bailleurs de fonds étrangers. De tels réseaux d'intérêts privés sont parfois aussi alimentés par les prébendes tirées d'un système sanitaire national défaillant. Il convient aussi d'ajouter comme autre raison, la faible théorisation, dans

[241] J.-P. Payet, D. Laforgue, « Qu'est-ce qu'un acteur faible ? Contribution à une sociologie morale et pragmatique de la reconnaissance », in J.-P. Payet, F. Giuliani, D. Laforgue, *De l'indignité à la reconnaissance. Enquête sur la voix des acteurs faibles*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2008, pp. 9-25.
[242] O. Nay, « "Grand angle". La théorie des "États fragiles" : un nouveau développementalisme politique ? », in *Gouvernement et action publique*, n°1, 2013/1, pp. 139-151.

la résolution de ce problème : ayant en effet opté pour une démarche pragmatique, les autorités postcoloniales, n'ont pas toujours tenu compte du discours théorique relatif à la mise en œuvre des politiques locales de développement sanitaire. À ceci, vient se greffer une insuffisance criarde de moyens financiers due aux crises successives, une internationalisation des politiques sociales dont l'arrimage avec les réalités locales n'est pas toujours évident, et le manque d'intérêt affiché des bailleurs de fonds étrangers pour ce type de pratiques.

Du côté des populations cependant, c'est ici que se fait la véritable association des deux types de pratiques. Il n'est en effet pas rare, dans les hôpitaux africains, que l'on soit à Yaoundé, à Brazzaville, à Libreville, à Bangui, à N'Djamena, à Malabo ou à Kinshasa, de voir des patients consommant parfois, contre l'avis de leur médecin, des produits issus des médecines locales acquis soit dans la rue, soit auprès d'un « tradipraticien ». De telles pratiques, par ailleurs, significatives de la dimension « routinière des conduites humaines » sont théoriquement saisies par l'approche par la culture du néo-institutionnalisme historique, ou par le culturalisme[243]. Elles permettent de comprendre comment les acteurs ont intériorisé des habitudes devenues impossibles à réprimer. Leurs intérêts et leurs préférences étant configurés par les institutions qui portent en elles les marques de leur propre histoire.

Conclusion

Ce chapitre qui s'achève avait pour ambition d'évaluer les répercussions économiques et socio-culturelles des politiques internationales de santé en Afrique centrale. Compte tenu de l'importance et de la diversité de ces effets, nous avons choisi d'axer nos analyses sur l'impact de ces politiques sur les marchés pharmaceutiques locaux, en raison de la centralité du médicament dans la prise en charge des problèmes de santé, et sur les processus locaux de médication et de médicalisation. Pour ce qui est de l'aspect économique lié aux marchés pharmaceutiques, nous sommes parti du constat qu'il s'agit, avant tout, d'un marché déstructuré, dont la colonisation européenne a posé les bases. Nous avons ainsi pu constater que c'est après le Première Guerre mondiale que le médicament est introduit dans les colonies, où il est essentiellement consommé sous forme de « spécialités ». Seulement, l'extension, dans les années 1930, des réseaux de communication et le développement des dispensaires et des

[243] Voir D. Béland, « Néo-institutionnalisme historique », p. 21-39 ; P. Di Maggio, W. Powell, « Le néo-institutionnalisme », pp. 113-154. ; P. A. Hall, R. C. Taylor, « La science politique et les trois néo-institutionnalismes », pp. 469-496. ; R. Linton, *Le fondement culturel de la personnalité*, Paris, Dunod, 1986 ; R. Benedict, *Échantillons de civilisations*, Paris, Gallimard, 1950, etc.

centres de santé ont imposé aux autorités coloniales l'adoption des nomenclatures de médicaments limitées au « strict indispensable », dans l'optique de réduire les dépenses afférentes à leur achat. C'est dans cette pratique qu'il nous a paru pertinent de voir l'ancêtre de la politique des ME élaborée par les responsables de l'OMS entre la fin des années 1970 et le début des années 1980. Ceci nous a permis de l'appréhender comme une continuité plutôt qu'une rupture ou une politique « novatrice », comme elle a été présentée aux yeux de l'opinion publique internationale.

Partie intégrante des SSP, le PAME/APED de l'OMS entendait, avant tout, garantir une autonomisation pharmaceutique des pays du Sud, afin d'y résoudre les problèmes de disponibilité et d'accessibilité du médicament, par ailleurs, créés, en partie au moins, par les crises des années 1970, l'absence des politiques pharmaceutiques nationales et la mauvaise gestion des stocks. Cette volonté d'autonomisation pharmaceutique des pays du Sud est manifestée par l'ouverture des industries locales de production de médicaments génériques. Une telle option est toutefois à l'origine d'une concurrence qui déplaît aux pays producteurs des spécialités sous le leadership des États-Unis. C'est ce qui amène Washington, par ailleurs, principal contributeur à l'OMS à geler, en 1982, le budget de l'organisation, et à bloquer en 1985 ses contributions à l'organisation. Les négociations, connexions et interconnexions qui s'établissent par la suite favorisent la mise en place de l'IB, en 1987, et des accords ADPIC, au début des années 1990. Il nous a semblé nécessaire de corréler l'ensemble de ces événements avec la conférence de Washington de 1979, portant sur les « *Pharmaceuticals for developing countries* ». Les résolutions de cette réunion, nous l'avons vu, servent désormais de base à la politique sanitaire internationale des États-Unis et des autres pays producteurs de spécialités, envers les pays dits en développement. Une politique essentiellement basée sur le médicament (cf. Chap. III).

C'est en raison de cette politique qu'on en vient à étendre la question des DPI à l'ensemble des produits commerciaux, donc également aux médicaments. Les conséquences de ce choix sur la disponibilité et l'accessibilité des produits médicamenteux au Sud sont certaines. Elles justifient la recherche de stratégies nouvelles, dont la plus évidente est le renforcement par les bailleurs de fonds étrangers du système d'« aide » et d'« assistance » initié au lendemain de la Seconde guerre mondiale. Celui-ci favorise, du coup, la promotion par l'OMS et ses partenaires des structures d'approvisionnement essentiellement ravitaillées par les industries du Nord, plutôt que la mise en place des industries locales, comme initialement prévu. La gestion calamiteuse de ces structures d'approvisionnement, la quête d'intérêts privés par les autorités

politiques locales, l'offre des ristournes aux pharmaciens locaux, la pression des lobbies pharmaceutiques, etc., permettent d'expliquer la flambée sans précédent des prix de médicaments. Une augmentation de l'ordre parfois de 500 à 1000% ou plus, comme nous l'avons observé, pour le cas du Coartem, au Cameroun. Une telle augmentation du prix de médicaments vient renforcer leur acquisition par les populations démunies, dans les circuits « informels » et « parallèles », ou au détail dans les rues, surtout : une pratique déjà courante à l'époque coloniale, et qui tire ses origines de l'auto-médication en cours dans les médecines locales.

En rapport avec les répercussions sociales, nous avons vu comment l'adoption par les États d'Afrique centrale des recommandations issues des rencontres sanitaires internationales semblaient avoir empiré, aujourd'hui plus qu'hier, la situation du malade rural qu'elle disait devoir améliorer. Nous avons aussi tenté d'analyser l'offre des formations médico-sanitaires, dans ces pays. Celle-ci est en général de « bonne qualité ». Seulement, la situation de crise, la dévaluation du franc CFA et leurs conséquences sur les systèmes nationaux de santé ont entraîné une fuite sans précédent de cerveaux (*brain drain*), en quête de meilleures conditions de rémunération. Pour ce qui est des médecines locales enfin nous avons observé que toutes les tentatives visant à les réorganiser ont donné lieu à de cuisants échecs. De tels constats d'échecs à tous les niveaux nous amènent à soutenir avec détermination l'argument qu'on ne transforme pas une société à coup de décrets ou de recommandations, encore moins d'interminables rencontres internationales essentiellement diplomatiques, bureaucratiques et budgétivores. L'alternative, nous semble-t-il, serait donc la nécessaire désinstitutionalisation que nous formulons dans la conclusion de cette thèse, comme piste de solution aux problèmes sanitaires de l'Afrique centrale, et par extension, à ceux du reste du continent.

CONCLUSION

Notre étude sur la mise en œuvre, en Afrique centrale, des politiques internationales de développement sanitaire avait pour objectif d'analyser les mesures d'hygiène, de formation des personnels de santé et des campagnes d'éradication des maladies. Il s'agissait aussi d'évaluer la réception de ces normes de l'OMS par les gouvernements nationaux et les communautés locales, d'examiner leur impact sur ces communautés locales et de comprendre l'articulation entre politiques globales et mises en œuvre régionales, nationales et locales, à partir d'une enquête de terrain approfondie. Ce travail aussi guidé par des considérations citoyennes s'est fondé sur le désir de mieux comprendre les dynamiques en cours, dans les rapports entre l'OMS et les États de la sous-région. Un tel désir s'est lui-même essentiellement nourri des difficultés, mieux, des échecs constatés et vécus, des politiques de santé de la plupart des pays de cette partie du continent.

Entre tentative d'« ego-histoire et indispensable distanciation

Notre ambition de faire la lumière sur cet aspect relativement peu connu de l'histoire du continent et de ses implications politiques, économiques et socio-culturelles, est aussi et surtout liée à nos rapports à notre objet d'étude. Ayant nous-même été plusieurs fois sujet à des infections à *plasmodium falciparum*, et soumis à maintes reprises à des soins médico-sanitaires – fruit de ces politiques de développement sanitaire – il nous a paru nécessaire de comprendre comment ces politiques étaient construites avant leur mise en œuvre effective à l'échelle régionale, nationale et locale. Il était donc question, pour nous, de réaliser un exercice plus ou moins difficile qui s'apparente à une sorte d'« ego-histoire »[1], et pour lequel une double distanciation et réflexivité sont tout de même apparues indispensables. La première distanciation qu'il nous a fallu observer est d'ordre temporelle, dans la mesure où contrairement à ce qui peut apparaître comme une évidence, l'internationalisation des questions de santé des territoires dominés ne commence pas avec la naissance, en 1948, de l'OMS. Celle-ci tire ses origines de l'entre-deux-guerres, avec notamment l'émergence des premiers laboratoires internationaux de savoirs et d'expertise sanitaires. La seconde distanciation, pour sa part, est plus d'ordre culturel et social. En effet, les rapports plus ou moins étroits, intimes ou tout

[1] L'ego-histoire est née au croisement de deux mouvements : celui qui postule l'ébranlement des repères classiques de l'objectivité historique, et celui qui propose l'investissement du présent par le regard « subjectif » de l'historien. Voir à cet effet P. Nora, *Essais d'ego-histoire. Maurice Agulhon, Pierre Chaunu, Georges Duby, Raoul Girardet, Jacques Le Goff, Michelle Perrot, René Rémond*, Éds. Gallimard, « Bibliothèque des Histoires, Paris, 1987.

simplement personnels entre nous et les évènements relatés dans le texte – notamment, la lutte contre le paludisme – ont soulevé un problème de réflexivité qu'il n'a pas toujours été facile de régler. Compte tenu de cette difficulté, il nous a semblé nécessaire de construire notre objet d'étude et de délimiter notre champ d'investigation sur la base des questions que nous nous posions il y a quelques années déjà. C'est en transformant en hypothèse de recherche nos interrogations que nous sommes parvenu à réfléchir sur la diversité des situations observées, et surtout sur le problème de la définition d'une grille interprétative, des instruments d'analyse et des concepts théoriques qui se posait.

Un usage croisé des techniques d'enquête et d'analyse

La réalisation de notre objectif s'est ainsi appuyée sur l'utilisation de deux techniques méthodologiques : la collecte des données documentaires et les entretiens oraux individuels et collectifs. L'analyse de ces données recueillies dans divers centres de documentations, et auprès d'une diversité d'informateurs a permis d'examiner les flux internationaux de valeurs, d'idées et de normes médico-sanitaires, entre et par-delà les espaces nationaux. Un tel usage croisé des techniques de recueil de données, adossé aux outils méthodologiques et théoriques de l'histoire transnationale, a aussi rendu possible la mise en valeur des ressorts d'une assistance médico-sanitaire internationale non exempts de présupposés colonialistes. L'exploration d'autres approches à l'instar de la biographie, de l'histoire diplomatique classique, etc., nous ont aidé à repérer les enjeux essentiels empreints de marqueurs historiques et idéologiques, qui structurent la circulation en Afrique centrale, des modèles sanitaires internationaux et leurs répercussions surtout politiques, économiques et socio-culturels.

Il nous a, par ailleurs semblé, nécessaire de montrer la pertinence de l'utilisation des instruments d'objectivation forgés pour d'autres analyses, et notamment celle des politiques publiques. Ces analyses, quoique menées dans des contextes politiques, sociaux, économiques et culturels différents, ont permis de suggérer leur portée, mais aussi leurs limites dans la configuration institutionnelle de l'OMS. De tels instruments ont favorisé, par la même occasion, la restitution, en partie au moins, de la pluralité des rationalités et formes d'interactions dans les différents espaces qui constituent le dispositif institutionnel de l'organisation et des différents États qui la composent. Il a été tout aussi intéressant d'observer que la constitution des réseaux d'acteurs qui construisent leur légitimité sur la mise en évidence de leurs compétences techniques a pu jouer un rôle déterminant dans la fabrique des politiques

internationales de santé. Ceux-ci (ces acteurs et réseaux d'acteurs) déterminent aussi considérablement, tant les problèmes et les besoins des populations que les instruments d'objectivation et d'intervention qui façonnent les représentations du possible et de l'impossible des décideurs.

Notre tâche essentielle a premièrement consisté à restituer les circonstances de l'internationalisation des politiques sanitaires internationales intervenue dans l'entre-deux-guerres. Circonstances sans lesquelles toute tentative de compréhension et d'explication serait vouée à l'échec. L'analyse des dynamiques de régionalisation, à partir du cas de la mise en place dans le continent d'un bureau régional de l'OMS (BR/AFRO), a en effet permis d'insister, aussi bien sur les conflits engendrés par ce processus que sur les compromis auxquels ils débouchent. Consensus qui a consacré, d'une part, l'échec du régionalisme sanitaire manifesté par l'OUA, au début des années 1960, et garantit, d'autre part, la poursuite des pratiques qui avaient déjà cours durant la période coloniale.

Les politiques sanitaires internationales entre centralisation et bureaucratisation

Il a fallu, dans un second temps, considérer les dynamiques, les formes d'interaction et de stratégies individuelles et collectives qui se déploient à l'intérieur des institutions politiques et technico-administratives. Ceci a permis de noter, au passage, que ces institutions se démarquent avant tout par leur forte centralisation et bureaucratisation, et que les règles qu'elles contribuent à mettre en place ne sont pas des données toutes faites, qui pourraient être déduites d'un corpus idéologique des seules manœuvres stratégiques d'une poignée d'acteurs au sommet de l'OMS. Ces politiques et stratégies ne sont pas non plus le produit du « diktat » du Secrétariat général de l'organisation à Genève. Il en est de même des comportements individuels et collectifs que ces institutions essaient sans cesse de refaçonner. Nous avons ainsi essayé de mettre en valeur le fait que ces règles qui déterminent ce que l'individu socialement situé est en droit d'attendre, en matière de politiques publiques internationales de santé, est fonction de sa culture, de ses besoins, même si ceux-ci n'ont pas cessé de se modifier, au fil des époques, et des interactions, suivant des processus de plus en plus dynamiques.

Politiques sanitaires internationales en Afrique ou colonialisme sanitaire international ?

Au-delà de la mise en évidence de ces continuités, nous avons tenté d'apporter des réponses, sans doute partielles, à la question de la mise en œuvre à l'échelle régionale, nationale et locale, des politiques internationales de santé. Cette analyse s'est construite sur la base d'un dialogue critique avec les différentes interprétations de l'histoire sociale et de celle du développement du continent. Notre parti pris méthodologique et empirique consistait à postuler que le colonialisme sanitaire occidental en Afrique peut être rendu intelligible, à condition de restituer le contexte et les circonstances, surtout structurelles, qui permettent de reconstruire les diverses rationalités, les incertitudes qui peuvent a priori échapper à l'analyse. C'est pourquoi il nous a semblé nécessaire de proposer une explication à certains phénomènes contradictoires, à première vue, ou encore impossible à imaginer. Comment se fabriquent les politiques internationales de santé ? Comment, pourquoi et par qui sont-elles diffusées, à l'échelle régionale, nationale et locale ? Quelles interprétations donner aux interactions complexes entre acteurs et réseaux d'acteurs nationaux et internationaux, ou destinataires locaux qui ne se laissent pas toujours réduire à un rapport de domination ou de consommation passive de ces politiques ? Quelles en sont les diverses implications (politiques, économiques, sociales et culturelles) ?

Dans la quête de réponses à ces différentes interrogations, il est apparu évident que les représentations sociales, en orientant les actions et les relations sociales, déterminent par la même occasion, les anticipations et les attentes des uns et des autres. C'est pourquoi, il nous a semblé nécessaire de mesurer l'importance des valeurs construites autour de la santé et de la guérison, en vue de comprendre les interactions entre acteurs d'origines diverses. Ce travail nous a également permis d'appréhender les pratiques locales, en matière de santé et de guérison, notamment, et de mettre en valeur le consensus entre pratiques biomédicales et pratique des médecines locales. Cette convergence d'opinion a permis de montrer que la santé en Afrique centrale est avant tout perçue avec justesse et réalisme par les prestataires de soins, c'est-à-dire, les principaux destinataires de politiques sanitaires internationales. Cependant, certains décalages et différences de perception permettent d'expliquer les difficultés de dialogue entre biomédecine et médecines locales, et donc, les résistances de certains acteurs locaux, aux solutions biomédicales. Il convient toutefois de noter que la santé, objet de représentations sociales, est restée très fortement marquée par l'empreinte biomédicale. L'amélioration du

dialogue entre les deux pratiques ne pourrait être que bénéfique aux systèmes de santé africains et donc, au développement sanitaire du continent.

Politiques sanitaires internationales en Afrique entre libéralisme et persistance des inégalités : vers une nécessaire désinstitutionnalisation

La santé apparaît aujourd'hui plus que jamais affaiblie par une approche essentiellement économique dans laquelle l'individualisme n'a cessé de l'enfermer dans le cycle quasi irréversible des inégalités croissantes[2]. La prise de conscience de la persistance de ces inégalités dans l'offre de soins en Afrique centrale souligne la nécessité, pour chaque acteur, de jouer pleinement le rôle qui est le sien, la santé n'étant plus une exclusivité des professionnels, comme il en a été longtemps le cas et comme c'est le cas aujourd'hui encore. Les échecs successifs et répétés des mesures internationales de santé ont rendu désuet le « *one best way* » des pratiques de développement sanitaires durablement inscrites dans les institutions et dans les représentations, depuis au moins la période de l'entre-deux-guerres. Dans un contexte de fin désormais annoncée de la « biopolitique » et du « biopouvoir »[3], l'heure est plus que jamais à l'*empowerment* des communautés par elles-mêmes, ou de chaque acteur communautaire pris individuellement. C'est dire en effet que la santé, en changeant de « statut public » et en devenant « un poids dans les rouages de la gouvernance » publique nationale et internationale, est de plus en plus renvoyée à la responsabilité des individus[4]. L'atteinte de cet idéal passe nécessairement par une triple désinstutionnalisation : désinstitutionnalisation au niveau de l'OMS d'abord, puis à l'échelle des nations et enfin, à l'échelle communautaire ou tout simplement individuelle. À ce dernier pallier en effet il convient de faire admettre que ce n'est ni l'OMS, ni les États qui donnent la santé, mais que celle-ci est le « bien commun » qu'elle a toujours été, malgré les coûts et prix qu'on a toujours voulu lui attribuer. La santé est un bien universel que chacun devrait se procurer lui-même, en adoptant des comportements anti-pathogènes, c'est-à-dire, des conduites qui tendent à davantage la préserver.

---

[2] B. Livinec, et *al*., « Inégalités d'accès aux soins en Afrique », in *Médecine et Santé Tropicales*, Vol. 23, n°2, 2013, pp. 120-127 ; P. Aïach, D. Fassin, « L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé », in *La Revue du Praticien*, Vol. 54, n°20, 2004, pp. 2221-2227 ; P. Lombrail, J. Pascal, « Inégalités sociales de santé et accès aux soins », in *Les Tribunes de la santé*, n°8, 2005/3, pp. 31-39 ; etc.

[3] A. Klein, « La fin de la biopolitique ? Les transformations contemporaines de la santé publique », [en ligne], consulté le 5 décembre 2017. URL : http://histoireengagee.ca/?=7786

[4] *Ibid*.

À l'échelle des États, au contraire, désinstitutionnaliser consisterait à rompre avec toutes les logiques propices au maintien du *statu quo*. Les autorités nationales devraient parvenir au changement de leurs systèmes politique et de santé, plutôt qu'à celui des comportements individuels vers lequel ils sont aujourd'hui portés. Ces changements résident, pour l'essentiel, dans l'adoption des attitudes proactives et dans la recherche constante de performances, plutôt que dans la satisfaction des intérêts privés. Et l'un secteurs primordiaux qui devrait être affecté par ce changement de comportement semble être celui du médicament, en raison de sa centralité dans la santé des peuples. Prendre en compte cet épineux problème du médicament – dans un contexte général de réforme des mentalités et des systèmes de santé – revient à faire référence à celle des brevets et leurs implications sur l'accès à ce type de produits par les populations des pays dits en « développement ». C'est peut-être le lieu de rappeler avec Philibert Baranyanka que l'approche adoptée pour résoudre cette problématique d'accessibilté aux médicaments dans les pays du Sud est essentiellement fondée sur « l'aide publique au développement » ou sur « des considérations éthiques »[5]. Si l'on convient que cette approche est inadéquate et inefficace, on n'admettrait que difficilement l'idée que soutient Baranyanka, et qui voudrait qu'à l'instar de l'environnement, la résolution de ce problème puisse s'appuyer sur le financement des brevets et de la recherche médicale par des fonds publics internationaux. Ceci reviendrait à inscrire le problème de l'accès aux médicaments, face aux brevets, dans le registre des « biens publics mondiaux », dans le sens où l'entend l'auteur. Cette proposition de Baranyanka, quoique pertinente, ne nous semble pas suffisante.

Ramener la problématique de la brevetabilité des médicaments dans le domaine public mondial ne nous semble pas en effet très éloigné de la formule de charité prônée par l'approche fondée sur l'aide publique au développement. Cela reviendrait ainsi à résumer l'invention et l'innovation à un simple problème de financement que la participation de tous permettrait de résorber[6]. Cette idée, en paraissant illusoire, laisse aussi entendre que Baranyanka aurait perdu de vue le fait que ces deux aspects (l'invention et l'innovation) – et donc la science – sont des instruments de souveraineté aux mains des États qui les détiennent. C'est dire, en d'autres termes, que le secteur technologique du médicament est, du moins dans le secteur de la santé publique internationale, l'outil essentiel de domination et de soumission des pays du "Sud" par

[5] P. Baranyanka, « La problématique des brevets et de l'accès aux médicaments », in *ibid*.
[6] L'auteur le soutient d'ailleurs, en se résumant ainsi : « […] les brevets portant sur les inventions les plus innovants seraient rachetés par un mécanisme international institué à cette fin et dont les ressources proviendraient de la participation de tous, comme pour les biens publics nationaux », p. iii.

ceux du "Nord". De ce seul point de vue, on serait tenté de conclure que les nations détentrices de savoirs technologiques ne sauraient les faire tomber dans le domaine public, sous le simple prétexte que d'autres auraient contribué financièrement[7]. La gestion collective de la question du « rechauffement climatique », c'est-à-dire, de l'environnement que l'auteur prend comme repère, pourrait ne pas fonctionner avec « les données brevetés » (médicaments) : fruit de plusieurs années de recherches très coûteuses et parfois vaines. Baranyanka semble aussi ignorer les rapports qui lient entre eux science – ou mieux technoscience – et pouvoir[8].

En tenant compte de ce qui précède, il convient d'admettre que la solution aux problèmes d'accès aux médicaments, dans les pays du Sud, réside dans la mise en place au niveau local, de véritables unités de transformation de produits médicamenteux, même d'abord sous leur forme générique, comme est parvenu à le faire le Nigéria. Un processus qui dépend étroitement de la mise en place, au niveau régional, des ententes qui éviteraient aux nations voisines de s'investir dans les domaines similaires[9]. Une telle spécialisation par pays, en plus de laisser ouvert un marché continental plus vaste, éviterait en effet des concurrences inutiles. Les États devraient, par la suite, parvenir à la construction d'une base scientifique africaine forte qui les aiderait, mais aussi aurait un retentissement international, pour orienter les stratégies globales sur les besoins spécifiquement africains. Toutes choses qui reposent sur le développement de la ressource humaine, fondement indispensable du développement du continent[10]. Seule une telle démarche permettrait de relever les défis surtout technologiques qui se posent encore à ces États. Elle favoriserait, du même coup, par une production locale accrue, l'accessibilité du médicament de bonne qualité et à moindre coût.

La mise en œuvre par l'OMS des politiques de santé en Afrique : une réflexion inachevée

Les objectifs que nous poursuivions, en tout début de recherche, restent d'actualité, dans la mesure où ce travail ne constitue, à notre avis, qu'une étape, mieux, une introduction à des recherches futures. C'est pourquoi, notre étude gagnerait à être poursuivie, puisqu'elle ne constitue qu'un aspect des rapports entre l'OMS et les pays de la sous-région. L'exploitation rigoureuse des données collectées a montré la nécessité de concevoir des outils nouveaux, qui

[7] Il convient de rappeler que financer la recherche est une chose et produire des résultats en est une autre. Et que toute recherche dûment financée ne produit pas forcément de résultats.
[8] F. Mayor, A. Forti, *Science and Power*, « Coll. Défis », Éd. UNESCO, 1995.
[9] Entretien avec Ray Mankélé, Brazzaville, 28 février, 2018.
[10] Entretien avec D. Buriot, Genève-Lyon, le 8 février 2017.

permettraient d'analyser autrement la mise en œuvre, à l'échelle locale, des politiques publiques de santé. L'approche par les *policy transfer*, par exemple, a en effet tendance à réimpérialiser l'histoire[11], ou du moins à réhabiliter l'Empire dans les analyses. Il pourrait aussi s'agir de cerner, par exemple, les enjeux de l'intérêt porté essentiellement aux femmes et aux enfants, dans la mise en œuvre de ces politiques internationales de santé, ou encore aux politiques vaccinales et aux autres maladies que nous n'abordons pas dans le cadre de cette étude. Il conviendrait, par la même occasion, d'explorer l'importance des conflits et leur impact sur la mise en œuvre dans la sous-région, des politiques internationales de santé. L'analyse des rapports entre l'OMS et l'UNICEF, l'OMS et l'OUA, l'OMS et la BAD, l'OMS et le BM, l'OMS et l'OCEAC, l'OMS et le CIE, etc., dans l'optique de promouvoir la circulation de ces modèles de développement sanitaires sont des prolongements possibles de nos analyses, à partir de la même documentation. L'étude des interactions entre autorités locales, pharmaciens locaux et responsables des firmes pharmaceutiques occidentales devrait être entreprise et permettrait de mettre en évidence les pratiques et enjeux de ces échanges. Et, enfin, une analyse plus poussée, des rapports entre biomédecine et médecines locales, doit être poursuivie.

[11] Voir P. Grosser, « Comment écrire l'histoire des relations internationales aujourd'hui ? Quelques réflexions à partir de l'Empire britannique », in *Histoire@Politique*, n°10, 2010/1, pp. 1-11. Voir aussi du même auteur, « État de littérature. L'histoire des relations internationales aujourd'hui », *Critique internationale,* n° 65, 2014/4, pp.173-200.

ANNEXES

Annexe 1 : General Act of the Berlin Conference on West Africa, 26 February 1885

General Act of the Berlin Conference on West Africa, 26 February 1885

Signed by the representatives of the United Kingdom, France, Germany, Austria, Belgium, Denmark, Spain, the United States of America, Italy, the Netherlands, Portugal, Russia, Sweden-Norway, and Turkey (Ottoman Empire).

GENERAL ACT OF THE CONFERENCE AT BERLIN OF THE PLENIPOTENTIARIES OF GREAT BRITAIN, AUSTRIA-HUNGARY, BELGIUM, DENMARK, FRANCE, GERMANY, ITALY, THE NETHERLANDS, PORTUGAL, RUSSIA, SPAIN, SWEDEN AND NORWAY, TURKEY AND THE UNITED STATES RESPECTING: (1) FREEDOM OF TRADE IN THE BASIN OF THE CONGO; (2) THE SLAVE TRADE; (3) NEUTRALITY OF THE TERRITORIES IN THE BASIN OF THE CONGO; (4) NAVIGATION OF THE CONGO; (5) NAVIGATION OF THE NIGER; AND (6) RULES FOR FUTURE OCCUPATION ON THE COAST OF THE AFRICAN CONTINENT

In the Name of God Almighty.

Her Majesty the Queen of the United Kingdom of Great Britain and Ireland, Empress of India; His Majesty the German Emperor, King of Prussia; His Majesty the Emperor of Austria, King of Bohemia, etc, and Apostolic King of Hungary; His Majesty the King of the Belgians; His Majesty the King of Denmark; His Majesty the King of Spain; the President of the United States of America; the President of the French Republic; His Majesty the King of Italy; His Majesty the King of the Netherlands, Grand Duke of Luxemburg, etc; His Majesty the King of Portugal and the Algarves, etc; His Majesty the Emperor of all the Russias; His Majesty the King of Sweden and Norway, etc; and His Majesty the Emperor of the Ottomans,

WISHING, in a spirit of good and mutual accord, to regulate the conditions most favourable to the development of trade and civilization in certain regions of Africa, and to assure to all nations the advantages of free navigation on the two chief rivers of Africa flowing into the Atlantic Ocean;

BEING DESIROUS, on the other hand, to obviate the misunderstanding and disputes which might in future arise from new acts of occupation (prises de possession) on the coast of Africa; and concerned, at the same time, as to the means of furthering the moral and material well-being of the native populations;

HAVE RESOLVED, on the invitation addressed to them by the Imperial Government of Germany, in agreement with the Government of the French Republic, to meet for those purposes in Conference at Berlin, and have appointed as their Plenipotentiaries, to wit:

[Names of plenipotentiaries included here.]

Who, being provided with full powers, which have been found in good and due form, have successively discussed and adopted:

1. A Declaration relative to freedom of trade in the basin of the Congo, its embouchures and circumjacent regions, with other provisions connected therewith.

2. A Declaration relative to the slave trade, and the operations by sea or land which furnish slaves to that trade.

3. A Declaration relative to the neutrality of the territories comprised in the Conventional basin of the Congo.

4. An Act of Navigation for the Congo, which, while having regard to local circumstances, extends to this river, its affluents, and the waters in its system (eaux qui leur sont assimilées), the general principles enunciated in Articles 58 and 66 of the Final Act of the Congress of Vienna, and intended to regulate, as between the Signatory Powers of that Act, the free navigation of the waterways separating or traversing several States - these said principles having since then been applied by agreement to certain rivers of Europe and America, but especially to the Danube, with the modifications stipulated by the Treaties of Paris (1856), of Berlin (1878), and of London (1871 and 1883).

5. An Act of Navigation for the Niger, which, while likewise having regard to local circumstances, extends to this river and its affluents the same principles as set forth in Articles 58 and 66 of the Final Act of the Congress of Vienna.

6. A Declaration introducing into international relations certain uniform rules with reference to future occupations on the coast of the African Continent [...].

Annexe 2 : Élection du premier bureau du Conseil Exécutif (1948)

OFFICE EUROPEEN DES NATIONS UNIES
Centre d'Information
Genève

Communiqué de Presse N°264
OMS/A/17
12 juillet 1948

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

L'Assemblée élit le Conseil Exécutif de l'OMS

Cet après-midi, l'Assemblée mondiale de la Sante a élu, par une majorité de 39 contre 10, le premier Conseil Exécutif de l'Organisation mondiale de la Sante. Ce Conseil composé de 18 membres comprend les pays suivants:

Australie, Biélorussie, Brésil, Ceylan, Chine, Egypte, Etats-Unis France, Inde, Iran, Mexique, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Royaume-Uni, Union Sud-Africaine, U.R.S.S. et Yougoslavie.

Le nombre des Membres présents était de 49, la majorité requise était donc de 25. Cinq membres étaient absents. Tous les bulletins de vote étaient valables.

Aux termes de l'article 25 de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, la durée du mandat de six des Membres est d'une année, la durée de six autres est de deux ans, les six derniers étant admis à siéger pour trois ans. Cet article précise aussi que la sélection de ces trois groupes est déterminée par tirage au sort.

Le tirage au sort a donné aujourd'hui les résultats suivants:

Sont élus pour un an: Australie, Ceylan, Iran, Norvège, Royaume-Uni et Etats-Unis

Sont élus pour 2 ans: Brésil, Chine, Egypte, France, Mexique et U.R.S.S.

Sont élus pour 3 ans: Biélorussie, Inde, Pays-Bas, Pologne Union Sud-Africaine et Yougoslavie.

Aux termes de l'article 28 de la Constitution de l'OMS, les fonctions du Conseil Exécutif dont les Membres ont été désignés aujourd'hui sont notamment de: a) appliquer les décisions et les directives de l'Assemblée de la Santé; b) agir comme organe exécutif de l'Assemblée de la Santé; c) soumettre de sa propre initiative des consultations ou des propositions à l'Assemblée de la Santé et d) de soumettre à l'Assemblée de la Santé un programme général de travail s'étendant sur une période déterminée. En outre, le Conseil Exécutif peut, aux termes de la Constitution, prendre toute mesure d'urgence dans le cas d'événements exigeant une action immédiate telle que la participation à la mise en oeuvre de secours sanitaires, destinés à aider les victimes d'une calamité et la lutte contre les épidémies.

Avant de passer au vote, l'Assemblée a approuvé à l'unanimité une résolution présentée par le Docteur Thomas PARRAN (Etats-Unis) et qui était signée par les représentants du Brésil, de la Chine, de l'Egypte, des Etats-Unis d'Amérique, de la France de la Suisse et du Royaume-Uni. Cette résolution recommande au Conseil Exécutif de soumettre à la prochaine Assemblée mondiale de la Santé un rapport contenant des recommandations relatives au Règlement intérieur pour la désignation et l'élection annuelles de six membres du Conseil.

Communiqué de Presse N°264
OMS/A/17
Page 2

En déposant cette résolution, le Dr PARRAN a déclaré que la délégation américaine n'était pas entièrement satisfaite des propositions soumises par le Bureau de l'Assemblée en ce qui concerne la composition du Conseil Exécutif et qu'elle n'était pas en accord avec la procédure suivie par le Bureau de l'Assemblée qui n'avait soumis qu'une seule liste à l'Assemblée avec aucune autre alternative que de voter oui ou non; les Etats-Unis toutefois, a ajouté le Dr Parran, sont décidés afin de préserver l'harmonie qui a régné jusqu'ici à ne pas soulever d'objections qui pourraient ajourner l'élection proposée par le Président.

Le Dr Parran a également fait remarquer qu'aucours du débat qui a eu lieu samedi, une majorité importante des membres de l'Assemblée semblait être en faveur de la liste telle qu'elle a été présentée par le Bureau.

Faisant suite à la déclaration du Dr Parran, le Représentant du Salvador, le Dr Albert AMY a formulé une recommandation selon laquelle la majorité requise pour l'élection du Conseil Exécutif devrait être des deux tiers; à ce sujet, il a cité l'article 60 de la Constitution qui déclare que les décisions à prendre sur des questions importantes sont acquises à la majorité des deux tiers des Etats Membres présents et votants.

Le Représentant du Pakistan, M. MIRAR MOHAMMED SHAH a fait remarquer que le Conseil Exécutif était composé de 18 membres sur un total de 54 membres dans l'Organisation et que, par conséquent, il fallait compter un siège sur trois dans le choix des représentants pour les six régions. Alors que cette proportion a été généralement suivie par le Bureau de l'Assemblée en ce qui concerne cinq des régions, a-t-il déclaré, tel n'a pas été le cas pour le Proche et le Moyen Orient. En conséquence il a demandé que le nombre des représentants pour cette région qui est à l'heure actuelle de deux, soit augmenté par l'addition de la Turquie.

Ces deux recommandations, en l'occurence celle du Pakistan et celle du Salvador ont été renvoyées par l'Assemblée au Conseil Exécutif pour examen avant la prochaine Assemblée mondiale de la Santé.

Avant la clôture de la séance, après que le vote ait été terminé, le Président de l'Assemblée, le Dr Stampar a remercié les délégués de la confiance qu'ils ont accordée au Bureau de l'Assemblée et a rappelé aux nouveaux membres du Conseil Exécutif que leurs activités devaient être consacrées à l'Organisation tout entière et non pas à des régions spécifiques.

La séance a été levée à 18 h.20.

MS/FM

Annexe 3 : Experts représentés à la « Conférence du paludisme en Afrique équatoriale » (1950)

RAPPORT DE LA CONFÉRENCE

LISTE DES PARTICIPANTS

Dr S. Annecke, Deputy Chief Health Officer, Union Department of Health, Tzaneen, Union Sud-Africaine

Dr S. Avery-Jones, Acting Senior Parasitologist, Division of Insect-Borne Disease, Medical Research Laboratory, Nairobi, Kenya

Mr. G. Barnley, Entomologist, Kampala Medical Laboratory, Ouganda

Médecin-Colonel P. M. Bernard, Inspecteur d'Hygiène et des Services sanitaires et Directeur du Service antipaludique, Tananarive, Madagascar

Médecin-Colonel J. L. A. Bernet, Directeur de l'Hygiène des Camps de Fréjus, France ; ex-Chef de la Section du Paludisme, Service général d'Hygiène mobile et de Prophylaxie de l'Afrique-Occidentale Française

Dr W. P. Bervoets, Directeur du Service d'Hygiène publique de Léopoldville, Congo Belge (*Vice-Président*)

Dr D. M. Blair, Director of Preventive Services, Health Department, Salisbury, Rhodésie du Sud (*Vice-Président*)

Dr G. Boné, Directeur p.i. de l'Institut pour la Recherche scientifique en Afrique centrale, Costermansville, Congo Belge

Dr L. J. Bruce-Chwatt, Senior Malariologist, i/c Malaria Service of Nigeria, Lagos, Nigeria (*Rapporteur*)

Professeur F. J. C. Cambournac, Professeur à l'Institut de Médecine tropicale, Lisbonne ; Directeur de l'Institut de Paludologie, Aguas de Moura, Portugal

Dr R. L. Cheverton, Director of Medical Services, Medical Department, Accra, Côte de l'Or (*Vice-Président*)

Sir Gordon Covell, Adviser on Malaria, Ministry of Health ; Director, Malaria Laboratory, Horton Hospital, Epsom, Surrey, Royaume-Uni

Mr. G. Davidson, Colonial Insecticide Research, Taveta, Kenya

Dr M. A. C. Dowling, Officer in Charge, Malaria Eradication Scheme, Floréal, Ile Maurice

Mr. R. Elliott, Malaria Entomologist, Freetown, Sierra-Leone

Dr H. Foy, Director, Wellcome Trust Research Laboratories, Nairobi, Kenya

Dr P. C. C. Garnham, Reader in Medical Parasitology, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres, Royaume-Uni

Dr R. S. F. Hennessey, Director of Medical Services, Entebbe, Ouganda (*Vice-Presidetn*)

Mr. K. S. Hocking, Colonial Insecticides Research Unit, Arusha, Tanganyika

M. M. H. Holstein, Chef du Laboratoire d'Entomologie, Service général d'Hygiène mobile et de Prophylaxie de l'Afrique-Occidentale Française, Bobo-Dioulasso, Haute-Volta, Afrique-Occidentale Française

Médecin-Colonel H. Jonchère, Directeur du Service général d'Hygiène mobile et de Prophylaxie de l'Afrique-Occidentale Française, Bobo-Dioulasso, Haute-Volta, Afrique-Occidentale Française

Dr R. Kirk, Assistant Director (Research), Sudan Medical Service, Khartoum, Soudan

Dr D. D. McCarthy, Deputy-Director of Medical Services, Entebbe, Ouganda

Professor G. Macdonald, Director, Ross Institute of Tropical Hygiene, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres, Royaume-Uni

Dr K. A. T. Martin, Director, East African Bureau of Research in Medicine and Hygiene, Nairobi, Kenya

Dr B. de Meillon, Medical Entomologist, South African Institute for Medical Research, Johannesburg, Union Sud-Africaine (*Vice-Président*)
Dr B. de Mesquita, Directeur du Laboratoire médical de la Province de Malange, Angola
Dr H. A. Poindexter, Director, US Public Health Mission in Liberia, Monrovia, Libéria
Dr P. F. Russell, Representative in Italy of the Rockefeller Foundation International Health Division, Istituto Superiore di Sanità, Rome, Italie
Lieutenant-Colonel J. Singh, Director, Malaria Institute of India ; Additional Deputy Director-General of Health Services, New-Delhi, Inde
Dr A. Soeiro, Directeur de la Station antipaludique, Lourenço-Marques, Mozambique (*Vice-Président*)
Professeur N. H. Swellengrebel, Professeur de Parasitologie à l'Université d'Amsterdam ; Directeur de l'Institut d'Hygiène tropicale, Amsterdam, Pays-Bas (*Président*)
Mr. C. B. Symes, Officer in Charge of Research to the Colonial Insecticides Committee, Londres, Royaume-Uni
Dr J. N. Togba, Directeur de la Santé publique et de la Salubrité, Monrovia, Libéria (*Vice-Président*)
Médecin-Commandant E. F. Trinquier, Directeur p.i. de l'Institut Pasteur de Brazzaville, Moyen-Congo, Afrique-Equatoriale Française
Médecin-Général M. A. Vaucel, Inspecteur, Pathologie tropicale, Paris, France
Dr I. Vincke, Médecin-Directeur de la Section d'Etudes et de Recherches anti-malariennes, Elisabethville, Congo Belge
Dr D. B. Wilson, Director, East African Malaria Unit, Muheza, Tanganyika

Représentant de la FAO :

Professor H. C. Trumble, Sous-Division de la Production végétale, Division de l'Agriculture

Observateurs :

Dr R. Y. Dunlop, Medical Officer of Health, Public Health Department, Kampala, Ouganda
Dr A. F. Mahaffy, Joint Secretary, Colonial Medical Research Committee, Londres, Royaume-Uni
Dr J. Schneider, Chef de Clinique à la Faculté de Médecine ; Médecin-Assistant des Hôpitaux de Paris, France
Dr Margaret B. Wilson, Muheza, Tanganyika

Secrétariat :

Dr E. Pampana, Chef de la Section du Paludisme, OMS (*Secrétaire général*) assisté de
Mr. J. W. Wright, Section du Paludisme, OMS
Dr W. Bonne, Chef de la Section de Coordination des Recherches, OMS
Général F. Daubenton, Chef du Bureau pour l'Afrique, OMS

Le Dr P. Dorolle, Directeur général adjoint de l'OMS, était présent à l'ouverture de la conférence, et représentait également le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies.

Annexe 4 : « « Assistants médicaux du Congo ex-belge » ou « boursiers OMS en France en 1960 »

Facultés	Boursiers
Bordeaux	Disu Pierre Imana Victor Mabiki Dieudonné Makela Alphone Moleko Lucien Monkisheme Jules Monse Gérard Muamba Jules Mukoko Pierre Mutombo Dieudonné Mvidi Emmanuel Nkoko Emile Tshiamu Odilon
Nantes	Bofunda Jean Bonsente Antoine Diavita Gracia Kisui-Luhanga Boniface Krubwa Firmin Lufuma Simon Manga Jacques Mukelenge Jean-Pierre Nsonde Adrien Tshibuyi clément Tungwa Désiré
Lyon	Balimaka Alexis Bazinga Denis Bazunga Gorges Fienga Eugène Longo Alexandre Mango Michel Ngandu Kabeya Henri

	Omombo Patrice Peti Constant Puati Jean Tshimbalanga André Tshishimbi Martin Tumba Ambroise
Rennes	Bolongue Samuel Kabangu-Tambua Jean-Paul Kabwe André Liongo André Lutumba Antoine Mbete Simon Mbokoko Armand Nkondi Jean Nsamba Théodore Tshibasu Emmanuel
Montpellier	Assana Pascal Bila Gaston Bokolo Mathieu Kiaku André Lekie René Lusangu Daniel Luyindula Marcel Mandiangu Louis Mbengo Alphonse Ngyimbi-Diembi Dominique Sangu André Samba Daniel Tshibuabua André

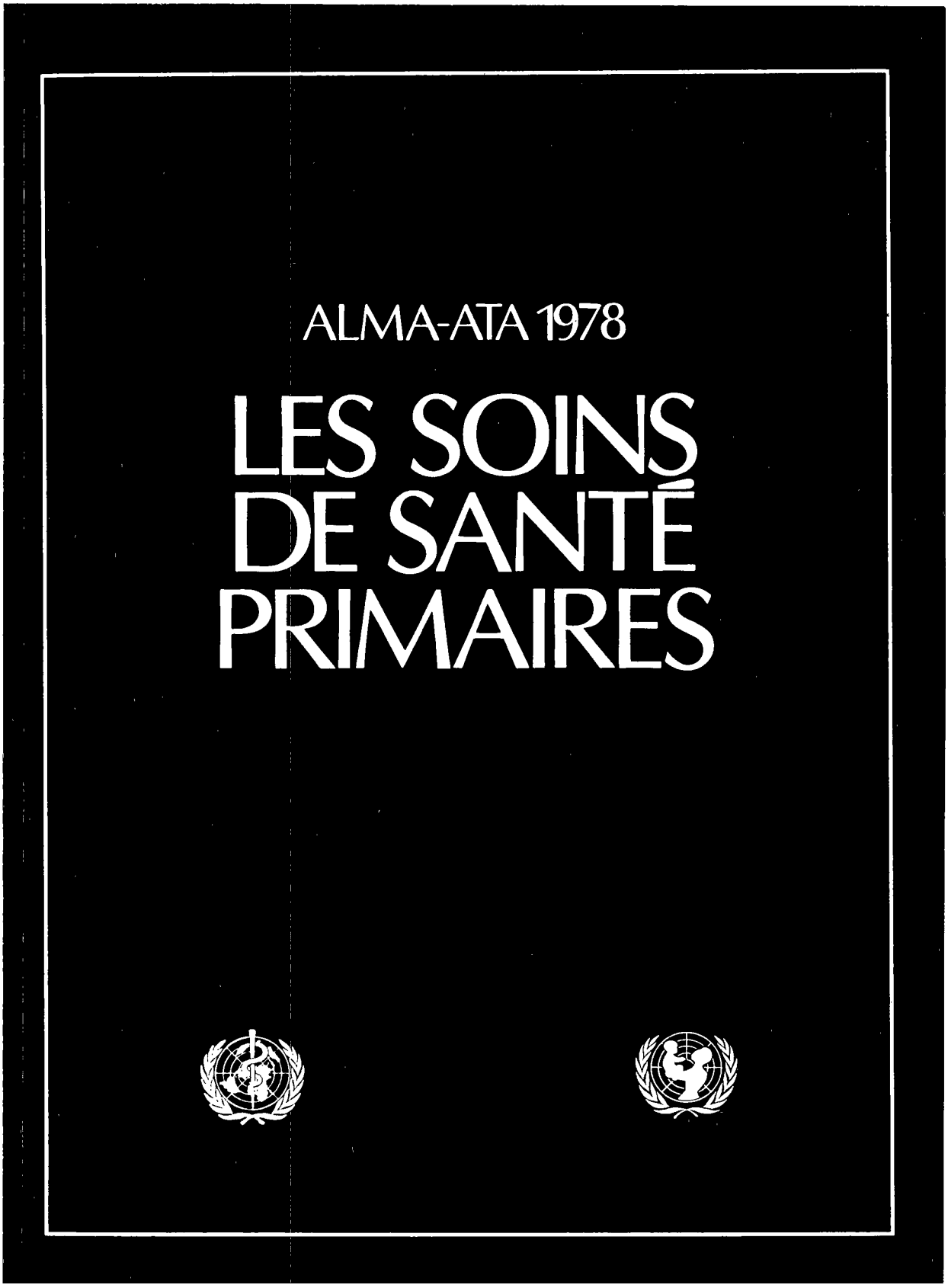
Source : ADP, « Assistants médicaux congolais (Lépoldville), boursiers de l'OMS, placés dans les facultés de médecine françaises », in MAE/DAP, Boursiers africains en France, août 1960-février 1965, 517INVA/826 NUOI 1960-1969, S50. 3. 4. G6.

Annexe 5 : Members of the Ad Hoc Committee of the Executive Board on the International Conference on Primary Health Care (1977-1978)

Members	Functions and countries	Responsability in the Ad Hoc Committee
Pr. J. Kostrzewski Chairman of the Executive Board of the WHO (WHO/EB)	Secretary, Medical Division, Polish Academy of Sciences Poland	Chairman of Ad Hoc Committee
Dr. Z. M. Dlamani	Senior Medical Officier Ministry of Health Swazilandf	Member of the WHO/EB
Dr. T. Hossain	Secretary, Ministry of Health, Population Control and Family Planning Bangladesh	Member of the WHO/EB
Dr. E. Tarimo	Director, Preventive Services Ministry of Health United Republic of Tanzania	Member of the WHO/EB
Dr. R. Valladares G.	Jefe de la Officina de Salud Pública Internacional Ministerio de Sanidad y Assistancia, Centro Simon Bolivar Venezuela	Member of the WHO/EB

Source : WHOA/GVA, « Minute of an informal meeting of the Ad Hoc Committee of Executive Board on the International Conference on Primary Health Care, Friday, 30 January 1976 », in WHO, ICPHC-1978, P 21/87/5, Chemise 1.

Annexe 6 : Déclaration d'Alma Ata sur les Soins de Santé Primaires (septembre 1978)



Série «SANTÉ POUR TOUS», Nº 1

Première impression, 1978

Réimpressions, 1979, 1981, 1983, 1986

ISBN 92 4 280000 1

© Organisation mondiale de la Santé, 1978

Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la protection prévue par les dispositions du Protocole Nº 2 de la Convention universelle pour la Protection du Droit d'Auteur. Pour toute reproduction ou traduction partielle ou intégrale, une autorisation doit être demandée au Bureau des Publications, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse. L'Organisation mondiale de la Santé sera toujours très heureuse de recevoir des demandes à cet effet.

Les appelations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

83/5688 — Journal de Genève — 5000 (R)

86/6711 — Journal de Genève — 4000 (R)

Alma-Ata 1978

Les soins de santé primaires

Rapport de la
Conférence internationale sur les soins de santé primaires
Alma-Ata (URSS), 6-12 septembre 1978

Rapport conjoint
de l'Organisation mondiale de la Santé
et du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
GENÈVE
1978

DÉCLARATION

La Conférence internationale sur les soins de santé primaires réunie à Alma-Ata ce douze septembre mil neuf cent soixante-dix-huit, soulignant la nécessité d'une action urgente de tous les gouvernements, de tous les personnels des secteurs de la santé et du développement ainsi que de la communauté internationale pour protéger et promouvoir la santé de tous les peuples du monde, déclare ce qui suit :

I

La Conférence réaffirme avec force que la santé, qui est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité, est un droit fondamental de l'être humain, et que l'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socio-économiques autres que celui de la santé.

II

Les inégalités flagrantes dans la situation sanitaire des peuples, aussi bien entre pays développés et pays en développement qu'à l'intérieur même des pays, sont politiquement, socialement et économiquement inacceptables et constituent de ce fait un sujet de préoccupation commun à tous les pays.

III

Le développement économique et social, fondé sur un nouvel ordre économique international, revêt une importance fondamentale si l'on veut donner à tous le niveau de santé le plus élevé possible et combler

D'ALMA-ATA

le fossé qui sépare sur le plan sanitaire les pays en développement des pays développés. La promotion et la protection de la santé des peuples est la condition *sine qua non* d'un progrès économique et social soutenu en même temps qu'elles contribuent à une meilleure qualité de la vie et à la paix mondiale.

IV

Tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés.

V

Les gouvernements ont vis-à-vis de la santé des populations une responsabilité dont ils ne peuvent s'acquitter qu'en assurant des prestations sanitaires et sociales adéquates. L'un des principaux objectifs sociaux des gouvernements, des organisations internationales et de la communauté internationale tout entière au cours des prochaines décennies doit être de donner à tous les peuples du monde, d'ici l'an 2000, un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive. Les soins de santé primaires sont le moyen qui permettra d'atteindre cet objectif dans le cadre d'un développement empreint d'un véritable esprit de justice sociale.

VI

Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent

assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire.

VII

Les soins de santé primaires :

1. reflètent les conditions économiques et les caractéristiques socioculturelles et politiques du pays et des communautés dont ils émanent et sont fondés sur l'application des résultats pertinents de la recherche sociale et biomédicale et de la recherche sur les services de santé, ainsi que sur l'expérience de la santé publique ;
2. visent à résoudre les principaux problèmes de santé de la communauté, en assurant les services de promotion, de prévention, de soins et de réadaptation nécessaires à cet effet.
3. comprennent au minimum : une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables, la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base, la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale, la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, la prévention et le contrôle des endémies locales, le traitement des maladies et lésions courantes et la fourniture de médicaments essentiels ;
4. font intervenir, outre le secteur de la santé, tous les secteurs et domaines connexes du développement national et communautaire, en particulier l'agriculture, l'élevage, la production alimentaire, l'industrie, l'éducation, le logement, les travaux publics et les communications, et requièrent l'action coordonnée de tous ces secteurs ;

5. exigent et favorisent au maximum l'autoresponsabilité de la collectivité et des individus et leur participation à la planification, à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des soins de santé primaires, en tirant le plus large parti possible des ressources locales, nationales et autres, et favorisent à cette fin, par une éducation appropriée, l'aptitude des collectivités à participer ;
6. doivent être soutenus par des systèmes d'orientation/recours intégrés, fonctionnels et se soutenant mutuellement, afin de parvenir à l'amélioration progressive de services médico-sanitaires complets accessibles à tous et accordant la priorité aux plus démunis ;
7. font appel tant à l'échelon local qu'à celui des services de recours aux personnels de santé — médecins, infirmières, sages-femmes, auxiliaires et agents communautaires, selon le cas, ainsi que, s'il y a lieu, praticiens traditionnels — tous préparés socialement et techniquement à travailler en équipe et à répondre aux besoins de santé exprimés par la collectivité.

VIII

Tous les gouvernements se doivent d'élaborer au plan national des politiques, des stratégies et des plans d'action visant à introduire et à maintenir les soins de santé primaires dans un système national de santé complet et à les coordonner avec l'action d'autres secteurs. A cette fin, il sera nécessaire que s'affirme la volonté politique de mobiliser les ressources du pays et d'utiliser rationnellement les ressources extérieures disponibles.

IX

Tous les pays se doivent de coopérer dans un esprit de solidarité et de service en vue de faire bénéficier des soins de santé primaires l'ensemble de leur population, puisque l'accession de la population d'un pays donné à un niveau de santé satisfaisant intéresse directement tous les autres pays et leur profite à tous. Dans ce contexte, le rapport conjoint FISE/OMS sur les soins de santé primaires constitue une base solide pour l'avenir du développement de la mise en œuvre des soins de santé primaires dans le monde entier.

X

L'humanité tout entière pourra accéder à un niveau acceptable de santé en l'an 2000 si l'on utilise de façon plus complète et plus efficace les ressources mondiales dont une part considérable est actuellement dépensée en armements et en conflits armés. Une politique authentique d'indépendance, de paix, de détente et de désarmement pourrait et devrait permettre de dégager des ressources supplémentaires qui pourraient très utilement être consacrées à des fins pacifiques et en particulier à l'accélération du développement économique et social dont les soins de santé primaires, qui en sont un élément essentiel, devraient recevoir la part qui leur revient.

* * *

La Conférence internationale sur les soins de santé primaires demande instamment que soit lancée d'urgence, aux plans national et international, une action efficace pour développer et mettre en œuvre les soins de santé primaires dans le monde entier et, en particulier, dans les pays en développement, conformément à l'esprit de la coopération technique et d'un nouvel ordre économique international. Elle appelle les gouvernements, l'OMS et le FISE et les autres organisations internationales ainsi que les organismes multilatéraux et bilatéraux, les organisations non gouvernementales, les organismes de financement, tous les personnels de santé et l'ensemble de la communauté mondiale à appuyer aux plans national et international l'engagement de promouvoir les soins de santé primaires et à lui fournir un soutien technique et financier accru, en particulier dans les pays en développement. La Conférence les exhorte tous à collaborer pour instaurer, développer et maintenir les soins de santé primaires conformément à l'esprit et à la lettre de la présente Déclaration.

Annexe 7 : Douze contraintes dans la lutte contre le paludisme, OMS, (1979)

Douze contraintes dans la lutte contre le paludisme, OMS (1979)

1. Une augmentation des coûts des matériels et équipement.
2. Une mauvaise organisation des services administratifs pour mettre en œuvre les campagnes anti-paludisme.
3. Un manque de personnels qualifiés et la difficulté à attirer et garder les personnes expérimentées.
4. Le caractère rudimentaire des infrastructures dans les pays en voie de développement et la trop faible implication sur le sujet des structures de santé des zones rurales.
5. Des facteurs de comportement humain tels que le nomadisme, le refus d'utilisation de spray dans les logements, l'accroissement de certains contacts humains qui favorise la maladie, etc.
6. La difficulté à accéder à certaines régions infestées, pour des raisons naturelles ou pour des raisons de sécurité.
7. Le développement incontrôlé de l'irrigation, de la déforestation, l'installation dans des zones infestées, l'accroissement de la fécondité de vecteurs anophèles liés aux nouvelles constructions.
8. La mauvaise connaissance des rapports coûts/efficacité des différentes mesures disponibles selon les conditions locales.
9. La résistance de nombreux vecteurs aux insecticides qui peuvent être utilisés sans danger dans les habitations
10. Le comportement de vecteurs qui les conduisent à éviter le contact avec les insecticides déposés sur les murs.
11. La résistance de certains parasites aux traitements antipaludéens.
12. Un support d'étude insuffisant.

Annexe 8 : Declaration on Strengthening District Health Systems based on Primary Health Care (Harare, Zimbabwe, 7 August 1987)

WHO/SHS/DHS

HARARE DECLARATION

[See WHO/SHS/DHS/87.13, pp. 26 - 27]

INTERREGIONAL MEETING ON STRENGTHENING DISTRICT HEALTH SYSTEMS
Harare, Zimbabwe, 3-7 August 1987

Declaration
on Strengthening District Health Systems Based on Primary Health Care

Harare, Zimbabwe
7 August 1987

BIBLIOTHÈQUE OMS
2 1 DEC
WHO LIBRARY

World Health Organization

Declaration

of the Harare Conference on Strengthening District Health Systems based on Primary Health Care

At our meeting here in Harare a mere twelve years before AD 2000, the date set for achieving the goal of Health for All, we strongly reaffirm the primary health care approach as the means to achieve that goal.

Despite impressive progress in implementing primary health care in many countries, weakness in planning, organization and management, particularly in districts, represents one of the greatest obstacles impeding health development. This fact emerged from an evaluation conducted by 90 percent of WHO Member States.

We are convinced that effective intensification of primary health care depends on comprehensive action based in well-organized district health systems, as called for by the 1986 World Health Assembly. With increasing concern to ensure equity and the sustainability of the impact of accelerated programmes on primary health problems, we are convinced that the district provides the best opportunities for identifying the underserved and for integrating all health interventions needed to improve the health of the entire population.

A district health system is taken to mean a more or less self-contained segment of the national health system which comprises a well-defined population living within a clearly defined administrative and geographical area, either rural or urban, and all institutions and sectors whose activities contribute to improved health.

We believe that the community and all sectors, including the health sector, need to come together for the effective strengthening of district health systems, through vigorous implementation of the following points for action:

Adopt National Policies
which provide for necessary support to districts.

Decentralize
financial and manpower management as appropriate to encourage flexibility within districts in adapting national policies for resource use according to local priorities.

Develop a District Planning Process
to define objectives and set targets in each district with emphasis on those families and communities most at risk on the basis of a health information system to monitor health problems and resource utilization.

Strengthen Community Involvement
by creating appropriate mechanisms for providing support and increasing self-reliance by strengthening the knowledge and skills of communities in solving health and development problems.

Promote Intersectoral Action
by creating mechanisms to give health concerns higher priority on the agenda of district development and helping each sector define its role in health activities.

Develop District Leadership
for primary health care through orientation, training and continuing education of key individuals from all walks of life.

Mobilize all Possible Resources
for health development, exploring further the role of financing through user-charges, social security and pre-paid schemes, and making better use of resources available from communities and non-governmental groups.

Ensure Sustainability
by integrating all programmes into the district health system and improving the basic management skills of health personnel.

Redefine the Role and Functioning of Hospitals
within a district as integral parts of the district health system.

Use Health Systems Research
as a tool for solving problems of the district health system, including financing and resource allocation and to answer the need for health development networks to conduct situational analyses and field studies.

Ensure Equity Between Districts
by allocation of national resources on the basis of need.

Although communities and nations will naturally take responsibility for the above action, we would also:

Encourage the Mobilization of International, Multilateral and Bilateral Resources
in support of the implementation of district health systems based on primary health care, action research and development, and exchange and dissemination of information. National, regional and global collaboration in this effort, through appropriate coordination mechanisms, will avoid wasteful duplication and ensure that support is provided for priority areas. Such support should promote national capabilities.

Annexe 9 : Programme d'action pour les Médicaments Essentiels (1992)

世界衛生組織執行委員會 決議 قرار المجلس التنفيذي لمنظمة الصحة العالمية

RESOLUTION OF THE EXECUTIVE BOARD OF THE WHO

RÉSOLUTION DU CONSEIL EXÉCUTIF DE L'OMS

РЕЗОЛЮЦИЯ ИСПОЛНИТЕЛЬНОГО КОМИТЕТА ВОЗ

RESOLUCION DEL CONSEJO EJECUTIVO DE LA OMS

Quatre-vingt-neuvième session — EB89.R4

Point 13 de l'ordre du jour — 27 janvier 1992

PROGRAMME D'ACTION POUR LES MEDICAMENTS ESSENTIELS

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport d'activité du Directeur général sur le programme d'action pour les médicaments essentiels présenté au Comité;

Notant le rythme accéléré des activités pendant la période biennale 1990-1991 et le renforcement de la collaboration du programme avec les Etats Membres grâce à l'intensification de l'appui apporté aux pays conformément à la résolution WHA43.20;

1. REMERCIE le Comité et le Directeur général du rapport;[1]

2. APPROUVE le rapport du Comité;

3. RECOMMANDE à la Quarante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :

La Quarante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant les résolutions précédentes de l'Assemblée mondiale de la Santé sur ce point (WHA37.32, WHA37.27, WHA39.27, WHA41.16, WHA41.17 et WHA41.18) et en particulier la résolution WHA43.20, par laquelle le Directeur général a été prié de renforcer son appui à la promotion de la notion de médicaments essentiels, de veiller à ce que le programme d'action pour les médicaments essentiels bénéficie de ressources humaines et financières suffisantes, et de rechercher des fonds extrabudgétaires pour compléter les crédits du budget ordinaire;

Ayant examiné le rapport du Conseil exécutif sur le programme d'action pour les médicaments essentiels;

Satisfaite de l'accélération des activités du programme et du renforcement de la collaboration avec les Etats Membres grâce à l'intensification de l'appui apporté aux pays;

Notant avec satisfaction que les Etats Membres, les organismes de développement et un certain nombre d'autres parties sont de plus en plus attentifs au but et au défi qui consistent à mettre des médicaments essentiels de qualité à la disposition de ceux qui en ont besoin;

Reconnaissant néanmoins que bien plus de la moitié de la population des pays en développement n'a toujours pas accès régulièrement aux médicaments essentiels les plus nécessaires et que le déclin socio-économique du monde en développement a rendu les progrès difficiles;

---

[1] Document EB89/INF.DOC./3.

1. APPROUVE le rapport du Directeur général sur le programme d'action pour les médicaments essentiels et les recommandations du Conseil exécutif;

2. PRIE INSTAMMENT les Etats Membres :

1) d'accroître sensiblement leurs efforts pour démontrer leur volonté politique et optimiser l'élan donné à la mise en oeuvre de politiques pharmaceutiques et de programmes nationaux de médicaments essentiels conformes à la stratégie pharmaceutique révisée de l'OMS;

2) d'utiliser l'expérience mondiale et locale pour renforcer l'infrastructure pharmaceutique nationale en vue d'assurer, en tant que de besoin, l'approvisionnement régulier et l'emploi rationnel d'un certain nombre de médicaments et de vaccins sûrs, efficaces et de qualité acceptable, au moindre coût, compte tenu du concept de la liste modèle OMS des médicaments essentiels;

3) d'appuyer le développement de la capacité nationale nécessaire à la mise en oeuvre des politiques et programmes pharmaceutiques par l'intensification de la formation et de l'éducation du personnel professionnel et du public;

4) de renforcer la coopération entre eux pour mettre en oeuvre le programme;

3. INVITE INSTAMMENT les organismes de développement et les autres collaborateurs à accroître leurs efforts et leurs contributions en continuant à appuyer le programme;

4. PRIE le Conseil exécutif :

1) de continuer à examiner attentivement les progrès réalisés dans le cadre de ce programme essentiel à la mise en oeuvre de la stratégie pharmaceutique révisée de l'OMS;

2) de faire périodiquement rapport à l'Assemblée mondiale de la Santé sur la question;

5. PRIE le Directeur général :

1) d'intensifier l'appui direct de l'OMS aux pays pour la mise en oeuvre de politiques pharmaceutiques et de programmes nationaux pour les médicaments essentiels conformément au mandat du programme;

2) de veiller à ce que des ressources humaines adéquates soient fournies pour mettre en oeuvre le programme et de trouver des moyens financiers dans le cadre du budget ordinaire et auprès de sources extrabudgétaires;

3) de veiller à ce qu'il soit fait périodiquement rapport au Conseil exécutif sur les progrès accomplis et les problèmes rencontrés.

Douzième séance, 27 janvier 1992
EB89/SR/12

= = =

Annexe 10 : Examen de la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako. Rapport du Directeur Régional (1999)

WORLD HEALTH ORGANIZATION
REGIONAL OFFICE FOR AFRICA

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
BUREAU REGIONAL DE L'AFRIQUE

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
SEDE REGIONAL EM ÁFRICA

COMITE REGIONAL DE L'AFRIQUE

AFR/RC49/13
22 mars 1999

Quarante-nwuvième session
Windhoek, Namibie, 30 août - 3 septembre 1999

ORIGINAL : ANGLAIS

Point 9.7 de l'ordre du jour provisoire

EXAMEN DE LA MISE EN OEUVRE DE L'INITIATIVE DE BAMAKO

Rapport du Directeur régional

RESUME

1. Au cours de la trente-septième session du Comité régional de l'OMS (1987), les ministres de la santé des pays de la Région africaine avaient adopté une résolution (AFR/RC37/6) sur l'Initiative de Bamako en vue de renforcer les soins de santé primaires.

2. Après une décennie de mise en oeuvre de l'Initiative, le Comité régional, à sa quarante-septième session en 1997, a demandé que celle-ci soit évaluée.

3. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, en collaboration avec le Gouvernement du Mali et l'UNICEF, a tenu une réunion à Bamako (Mali) du 8 au 12 mars 1999 pour examiner la mise en oeuvre de l'Initiative dans la Région africaine. Des représentants de 43 pays ont participé à cette réunion dont le rapport est en cours de publication.

4. Le présent rapport décrit les résultats de cette réunion ainsi que le cadre dans lequel l'Initiative de Bamako sera mise en oeuvre dans l'avenir. Il définit également le rôle de cette Initiative dans le cadre de la réforme en cours du secteur de la santé dans les pays de la Région.

5. Le Comité régional est invité à examiner et adopter le présent rapport, et à donner des orientations sur les mesures à prendre pour la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako dans l'avenir.

SOMMAIRE

Paragraphes

INTRODUCTION ..... 1 - 3
MISE EN OEUVRE DE L'INITIATIVE DE BAMAKO ..... 4 - 5
REALISATIONS ..... 6 - 9
PERSPECTIVES D'AVENIR ..... 10 - 13
CONCLUSION ..... 14 - 15

INTRODUCTION

1. La plupart des pays de la Région africaine de l'OMS ont traversé au cours des années 1970 et 1980 de graves difficultés socioéconomiques qui ont entraîné un déclin général de la prestation des services de santé. Afin de relever ce défi, les ministres de la santé, réunis à la trente-septième session du Comité régional à Bamako (Mali) en 1987, ont adopté la résolution AFR/RC37/R6, intitulée "Initiative de Bamako : assurer la santé de la femme et de l'enfant par le financement et la gestion des médicaments essentiels au niveau communautaire".

2. L'Initiative de Bamako a été conçue pour assurer une participation maximum des communautés à l'amélioration de leur propre santé, par la fourniture de médicaments essentiels et autres produits, plus adaptés à leurs besoins, à des coûts abordables. Les communautés devaient donc être au centre des efforts déployés pour renforcer les systèmes de santé au niveau du district et à l'échelle nationale.

3. L'Initiative de Bamako a pour but général d'améliorer la santé des populations, en particulier celle des femmes et des enfants. Elle avait pour premier objectif d'encourager les communautés à participer à la mise en place d'un système de financement communautaire de l'approvisionnement en médicaments et autres produits essentiels. On s'est rendu compte, au fil des ans, qu'il était indispensable de faire participer la communauté à la mobilisation des ressources et à leur utilisation, notamment en ce qui concerne la prestation des soins de santé. Les systèmes de co-financement et de co-gestion communautaires mis en place dans le cadre de l'Initiative de Bamako sont, par conséquent, des mécanismes qui permettent aux communautés d'assumer une part de responsabilité accrue dans les services de santé dispensés aux familles et aux individus.

MISE EN OEUVRE DE L'INITIATIVE DE BAMAKO

Concepts, stratégies et approches

4. Il ressort des exposés présentés sur l'expérience des pays, lors d'une réunion tenue à Bamako (Mali) du 8 au 12 mars 1999 pour examiner la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako dans la Région africaine, que cette Initiative est largement considérée comme un outil approprié pour atteindre les objectifs des soins de santé primaires. Elle a contribué à améliorer l'accès aux services de santé et à étendre leur couverture dans les pays où elle est mise en oeuvre à une grande échelle. Les approches adoptées à cet effet ont varié d'un pays à l'autre. Certains pays ont adopté une approche reposant sur les formations sanitaires et d'autres une approche à orientation communautaire. Les politiques appliquées varient également d'un pays à l'autre, notamment en ce qui concerne l'élaboration des programmes et les activités menées. En dépit de ces différences, l'Initiative est considérée comme un moyen fiable et efficace de réaliser l'un des principaux éléments des soins de santé primaires, à savoir la participation communautaire.

5. La plupart des pays ont élaboré et appliqué des politiques nationales en se fondant sur l'expérience locale ainsi que des plans d'action pour la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako. Ils ont également été amenés à concevoir un cadre juridique pour la participation communautaire ainsi que des systèmes de recouvrement des coûts et de co-financement, avec rétention des fonds au niveau local. Les Etats Membres ont en outre élaboré des politiques pharmaceutiques nationales et des listes de médicaments essentiels. Même si ces résultats ne peuvent pas être entièrement attribués à l'adoption de l'Initiative, il est bien évident que celle-ci a joué un rôle catalytique important à cet égard.

REALISATIONS

Participation communautaire et co-financement

6. La plupart des pays ont réalisé au moins une composante de la participation communautaire, soit en créant des comités de santé de village (CSV) ou des comités de centres de santé (CCS), soit en formant des agents de santé communautaire (ASC). Ils ont lancé des programmes d'action pour les médicaments fondés sur des systèmes de recouvrement des coûts, qui permettent aux communautés de conserver les fonds au niveau local. Les fonds autorenouvelables pour les médicaments ainsi créés servent à financer les coûts de fonctionnement et de réapprovisionnement en médicaments ainsi que les salaires du personnel auxiliaire. Un certain nombre de pays ont mis au point des mécanismes d'exemption et des systèmes de crédit afin d'aider les membres les plus démunis de la communauté et leur garantir l'accès aux soins de santé.

Accés aux médicaments essentiels

7. Les pays membres ont signalé une amélioration dans la gestion des médicaments à différents niveaux, suite au lancement de l'Initiative de Bamako. Au niveau de la communauté, des programmes locaux de gestion des médicaments ont été mis en place et, à l'échelon du district, la mise en oeuvre de l'Initiative a favorisé un usage rationnel des médicaments. Au niveau national, les systèmes d'approvisionnement et de distribution ont été renforcés dans la plupart des pays pour tenter de surmonter la pénurie des médicaments et d'autres fournitures au niveau local. L'utilisation d'algorithmes de diagnostic a également contribué à améliorer la gestion des médicaments. Certains pays ont appliqué avec beaucoup de succès des mesures spécifiques telles que la participation du secteur privé et des organisations non gouvernementales aux efforts menés par les communautés, les gouvernements et les partenaires.

Renforcement des systèmes de santé de district

8. La formation des agents de santé à la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako a permis de renforcer la capacité du personnel de santé à tous les niveaux du système de santé de district, et d'améliorer leur prestation. De plus, la plupart des pays ont défini un ensemble minimum de soins à dispenser aux divers niveaux du système de santé, permettant ainsi d'améliorer la qualité des soins assurés au niveau du district. L'Initiative a en outre permis de renforcer la prestation des services de santé au niveau de la communauté, notamment au profit des groupes mal desservis et marginalisés, ce qui a contribué à la mise en place d'un réseau continu de soins et au renforcement du système d'orientation/recours de la communauté jusqu'au niveau national, en passant par le niveau du district.

Enseignements tirés

9. Tout porte à croire que la volonté politique est un facteur important pour réussir la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako. Cette initiative a joué un rôle déterminant pour la redynamisation du système de santé dans les pays confrontés à des difficultés et l'instabilité. Il faut prendre des mesures, dès le début du processus de mise en oeuvre, pour garantir la viabilité et éviter une trop grande dépendance vis-à-vis des financements extérieurs. La collaboration intersectorielle et la participation du secteur privé sont également indispensables pour mener à bien l'Initiative. Une participation communautaire efficace permet en outre de renforcer le sens des responsabilités des services de santé vis-à-vis de la population. La gestion efficace des fonds autorenouvelables et des systèmes d'approvisionnement en médicaments essentiels est tout aussi importante. Elle a un effet positif sur le contrôle des prix de vente des

médicaments. Il est encore nécessaire de mener des études concrètes pour consigner par écrit l'expérience acquise au cours de ces 12 dernières années, afin d'améliorer la mise en oeuvre et les résultats de l'Initiative de Bamako.

PERSPECTIVES D'AVENIR

Initiative de Bamako et réforme du secteur de la santé

10. Les pays membres de la Région africaine de l'OMS ont entrepris, depuis un certain nombre d'années, des réformes du secteur de la santé afin d'améliorer les services de soins de santé. Une importante stratégie adoptée à cet effet a été la décentralisation. L'Initiative de Bamako devrait veiller à l'aspect communautaire de cette réforme, aspect qui a été jusque-là négligé et qui exige plus d'attention pour les années à venir.

11. Il faudra s'interroger sur les mesures à prendre pour que les communautés puissent participer à des actions visant à réduire la pauvreté et à garantir un développement durable. Il faudra également établir des liens entre l'Initiative de Bamako et d'autres activités génératrices de revenus menées au niveau de la communauté.

12. La plupart des Etats Membres ont élaboré un ensemble de prestations essentielles de santé à dispenser au niveau du district, dont la mise en oeuvre, ainsi que celle d'autres initiatives telles que l'Initiative "Faire reculer le paludisme", la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, l'Initiative pour la maternité sans risque, devrait être reliée au niveau de la communauté à l'Initiative de Bamako. L'Initiative de Bamako devrait donc continuer à accorder la priorité aux dispositions à prendre pour permettre aux communautés d'améliorer leur propre santé dans le cadre des réformes en cours. Elle présente à la fois d'énormes possibilités, mais aussi des défis majeurs pour le processus de réforme du secteur de la santé, questions qui exigent une réflexion plus poussée.

Cadre de mise en oeuvre

13. L'Initiative de Bamako reste un cadre approprié et efficace pour promouvoir l'accès universel à des soins de santé de qualité et pour améliorer la santé et le bien-être de la population. A cet effet, il conviendrait d'inclure les actions ci-après dans les efforts menés par les Etats Membres pour la mise en oeuvre de l'Initiative :

i) Elaboration d'un cadre national pour la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako afin d'améliorer la disponibilité des services de santé au niveau de la communauté et de dispenser des soins adéquats. Ce cadre devrait notamment inclure un ensemble de soins de santé essentiels adaptés aux priorités sanitaires du moment, en particulier le VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme, la santé de la mère, la santé de l'enfant et la malnutrition. Il devrait également couvrir les nouvelles initiatives prises et les nouvelles approches adoptées par d'autres programmes pertinents.

ii) Renforcement des stratégies destinées à permettre aux familles et aux individus d'adopter des comportements plus sains et à renforcer l'aptitude des communautés à co-gérer les formations sanitaires et les interventions locales.

iii) Elaboration d'une stratégie nationale efficace de développement des ressources humaines, prévoyant une formation de qualité et des mécanismes d'incitation tels que des mesures de motivation et des perspectives de carrière, ce qui permettra non seulement de promouvoir une répartition équitable du personnel, mais également d'améliorer la qualité des soins de santé.

iv) Promotion de mécanismes nationaux et locaux de financement des soins de santé, en particulier pour les groupes les plus vulnérables tels que les femmes, les enfants, les adolescents et les personnes vivant dans des zones reculées. Il faudra à cet effet élaborer des stratégies spécifiques pour accéder à ceux qui sont les plus difficiles à atteindre, dans un souci d'équité.

v) Amélioration de la coordination entre tous les acteurs, à savoir l'Etat, les communautés et les partenaires, et participation d'autres intervenants, en particulier le secteur privé et les ONG.

CONCLUSION

14. L'Initiative de Bamako est un élément essentiel du processus plus vaste que constitue la réforme du secteur de la santé. Elle prend en compte la dimension communautraire de ce processus qui porte également sur les systèmes et les services de santé. Le processus de réforme lui-même est un processus d'apprentissage et de résolution des problèmes. L'expérience tirée de la participation communautaire à la solution locale de certains problèmes devrait être exploitée pour parfaire l'élaboration des politiques nationales.

15. L'Initiative de Bamako permet de combler le fossé entre les services de santé et la communauté et, par conséquent, de poser une base solide pour la prestation d'un ensemble continu de soins de santé. En ce qui concerne ses perspectives d'avenir, l'Initiative de Bamako devra établir des liens solides avec les autres interventions visant à assurer un développement durable au niveau local. Cela permettra d'améliorer la prestation des soins de santé, et donc l'état de santé des populations. Tous les intervenants et les partenaires devront définir clairement leurs rôles et leurs responsabilités à l'intérieur du cadre proposé.

Sources et références bibliographiques

Ouvrages généraux et spécialisés

Ouvrages généraux

Abwa D., *Cameroun, Histoire d'un nationalisme, 1884-1961*, Yaoundé, éd. Clé, 2010 (Préface de T. Mouctar Bah).

Adu Boahen A., (Dir), *Histoire générale de l'Afrique, Vol. 7. L'Afrique sous domination coloniale, 1880-1935*, Édition UNESCO, 1987, 2000, 2010.

Al Gore, *Earth in the Balance: Ecolgy and the Human Spirit*, Houghton Mifflin, Boston, 1992.

Barber B. R., *Djihad versus McWorld. Mondialisation et intégrisme contre la démocratie*, Paris, Desclée de Brouwer, 1996.

Benedict R., *Échantillons de civilisations*, Paris, Gallimard, 1950.

Brunet R., R. Ferras, H. Thery, *Les mots de la géographie*, Paris, La Documentation française, nouvelle édition, 2005.

Carroue L., D. Collet & C. Ruiz, *La mondialisation*, Paris, Éd. Bréal, 2007.

Carson R. (ed), *Silent Spring*, Houghton Mifflin, Boston, 1962.

Cooper F., *Africa Since 1940 : The Past of the Present*, Cambridge, Cambrigde University Press, 2002.

—— *Colonialism in Question. Theory, Knowledge, History*, Bekerley, University of California Press, 2005.

Cornet R. J., *La bataille du rail*, Bruxelles, éd. L. Cuyers, 1958.

Cornevin R., *Histoire de l'Afrique,* Tome 2*, L'Afrique précoloniale : 1500-1900*, Paris, Payot, 1966.

Dalloz J., *La France et le monde depuis 1945*, Paris, A. Colin, 1993.

De Gaulle C., *Mémoires de guerre III.* Tome 3 *: Le salut (1944-1946)*, Paris, Plon, 1959.

De Witte L., *L'assassinat de Lumumba*, Paris, éds Karthala, 2000.

Della Porta D., S. Tarrow (eds), *Transnational Protest and Global Activism*, Lanham (Md.), Rowman and Littlefield, Coll. « People, Passios, and Power », 2005.

Deltombe T., M. Domergue, J. Tatsitsa, *Kameroun ! La guerre cachée aux origines de la Françafrique* (1948-1971), Paris, La Découverte, 2011.

—— *La guerre du Cameroun. L'invention de la Françafrique* (1948-1971), Paris, La Découverte, 2016.

Dezalay Y., B. G. Garth (eds), *Global Prescription: The Production, Exportation, and Importation of New Legal Ortodoxy*, Ann Arbor, The University of Michigan Press, 2002.

Dorolle P., *Histoire de vie*, Editions Saint-Augustin, 2000.

Doyle A. C., *The Crime of the Congo*, London : Hutchinson & Co., 1909, 4th éd.

Dülffer J., M. Frey (eds), *Elites and Decolonization in the Twentieth Century*, Palgrave Macmillan, 2011.

Ehrlich P. R., *The Population Bomb*, Ballantine Books, 1968.

Falzon P., *Ergonomie cognitive du dialogue*, Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble, 1989.

Ferenczi S., *Œuvre complètes*, Tome 1, Paris, Payot, coll. « Sciences de l'homme », 1990.

Fifield A., *A Mighty Purpose. How Jim Grant Sold the World on Saving Its Children*, Other Press, LLC, 2015.

Gadamer H. G., *L'héritage de l'Europe*, Paris, Ed. Rivages, 1996.

Geyer M. H., J. Paulmann (eds), *The Mechanics of Internationalism: Culture, Society, and Politics from the 1840s to the First Worl War*, Oxford, Oxford University Press, 2001.

Grindle M. S., J. W. Thomas, *Public Choices and Policy Change: The Political Economy of Reform in Developing Countries*, Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 1991.

Guillaume P., *Le monde colonial : XIXe - XXe siècle*, Paris, A. Colin, 1994.

Hamblin J. D., *Arming Mother Nature. The Birth of Catastrophic Environnementalism*, New York, Oxford University Press, 2013.

Herodote, *Œuvres complètes*, trad. André Barguet, Paris, Fayard, 1995.

Hochschild A., *Les Fantômes du Roi Léopold, Un holocauste oublié*, Paris, Belfond, 1998.

Hountondji P., (dir.), *Les savoirs endogènes. Pistes pour une recherche*, Paris, Karthala, Coll. Codesria, 1994.

Kent J., *The Internationalization of Colonialism: Britain, France and Black Africa, 1939-1956*, Clarendon Press: Oxford, 1992.

Keohane R. O., Nye J. S., *Power and interdependance: World politics in transition*, New York, Longman, 1977.

Kingdon J. W., *Agendas, Alternatives, and Public Policies*, Ann. Arbor, University of Michigan, 1984.

L'assistance technique aux pays insuffisamment développés, 1ère partie, La Documentation française, n°1928, 1954.

L'Assistance technique aux pays insuffisamment développés, 3e partie, La Documentation française, n°1930, 1954.

Laroche J., *Quinze ans à Rome avec Camille Barrère : 1898-1913*, Paris, Plon, 1948.

Liauzu C., *L'Enjeu tiers-mondiste : débats et combats*, Paris, L'Harmattan, 1987.

Linton R., *Le fondement culturel de la personnalité*, Paris, Dunod, 1986.

Manela E., *The Wilsonian Moment: Self-Determination and the International Origins of Anticolonial Nationalism*, Oxford: Oxford University Press, 2007.

Mayor F., A. Forti, *Science and Power*, « Coll. Défis », Éd. UNESCO, 1995.

Mbembe A. J., *Ruben Um Nyobè. Écrits sous maquis : Notes et introduction de J. A. Mbembe*, Paris, L'Harmattan, « Racines du présent », 1989.

Meier G. M., *Politics and Policy Making in Developing Countries: Perspectives on the New Political Economy*, San Francisco : International Center for Economic Growth Press, 1991.

Michel M., *Les Africains et la Grande Guerre. L'appel de l'Afrique (1914-1918)*, Paris, éd. Karthala, 2014.

Mohamadou Kane, *Birago Diop : l'homme et l'œuvre*, Paris, PAF, 1971.

Monnier E., *Évaluations de l'action des pouvoirs publics. Du projet au bilan*, Paris, Economica, 1992.

Mouctar Bah T. (dir.), *Intellectuels, nationalisme et idéal panafricain : une perspective historique*, Dakar, CODESRIA, 2005.

Neuville J., J. Yerna, *Le choc de l'hiver 60-61. Les grèves contre la loi unique*, Politique et Histoire, Bruxelles, 1990.

Nye, J. S., *Soft Power: The Means to Success in World Politics*, New York, Publics Affairs, 2004.

Olivier R., J. D. Fage, *A short history of Africa*, Harmondsworth, Penguin, 1962.

Oreskes N., E. Conway, *Merchants of Doubt*, Bloomsbury Press, 2010.

Parson W., *Public Policy*, Cheltenham, England: Edward Elgar, 1996.

Porter R. W., *Knowledge Utilization and the Process of Policy Formulation : Toward a Frameword for Africa*, Washington, D.C., Academy for International Development, 1995.

Remacle E., V. Rosoux, et L. Saur, *L'Afrique des Grands Lacs. Des conflits à la paix ?*, Éd. scientifiques internationales, Bruxelles, 2007.

Remiche B., J. Kors (éds.), *L'accord ADPIC : Dix ans après. Regards croisés Europe-Amérique latine*, Bruxelles, Larcier, 2007.

Robertson T., *The Malthusian Moment: Global Population Growth and the Birth of American Environnementalism*, New Brunswick, Rutgers University Press, 2012.

Rudin H. R., *Germans in the Cameroons, 1884-1914. A case study in modern imperialism*, Yale, Greenwood Press, 1968.

Sarraut A., *La mise en valeur des colonies françaises*, Paris, Payot, 1923.

Sibieude C., T. Sibieude, *Les rouages économiques de l'environnement : 64 dossiers-clés, 58 cas concrets, 68 schémas, 397 définitions*, Paris, les Editions de l'Atelier, 1993.

Simmel G., *Le conflit*, Paris, Circé, 1995 (rééd.).

Stengers J., *Congo, Mythes et réalités*, Paris, Louvain-la-Neuve, Duculot, 1989 (réédité et augmenté en 2005 aux Éds. Racine).

Tilley H., *Africa as a Living Laboratory: Empire, Development, and the Problem of Scientific Knowledge, 1870-1950*, Chicago and London, The University of Chicago Press, 2011.

Veltz P., *Mondialisation, villes et territoires*, Paris, PUF.

Ouvrages spécialisés

Développement

Amin S., *L'impérialisme et le développement inégal*, Les Éds. de Minuit, « Coll. Grands documents », 1976.

—— *La faillite du développement en Afrique et dans le Tiers Monde : Une analyse politique*, Paris, L'Harmattan, 1989.

Escobar A., *Encountering development. The making and unmaking of the Third World*, Princeton et Oxford, Princeton University Press, éd. 2012 [1995].

Feuer G., H. Cassan, *Droit international du développement*, 2e éd., Dalloz, Paris, 1991.

Furtado C., *Théorie du développement économique*, Paris, PUF, 1970.

Gunder Frank A., *Capitalisme et sous-développement en Amérique Latine*, Éd. Maspero, 1968.

Latouche S., *Faut-il refuser le développement* ?, Paris, PUF, 1986.

Midgley J., et *al*., *Community Participation: Social Development and the State*, Methuen, London, 1986.

Olivier De Sardan J.-P., *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*, Paris, APAD-Karthala, 1995.

Rist G., *Le développement. Histoire d'une croyance occidentale*, Paris, Presses de Science Po, Coll. « Monde et sociétés », 2013 (4e éd. revue et augmentée).

Organisations internationales et relations internationales

Aaron R., *Paix et guerre entre les nations*, Paris, Calman-Lévy, 1962.

Batistella D., *Théories des relations internationales*, 3e édition mise à jour et augmentée, Paris, Sciences-Po Les Presses, 2009, chap. 6.

—— *Théories des relations internationales*, Paris, Presses de Sciences Po, Coll. « Références inédites », 2003.

Braillard P., M.-R. Djalili, *Les Relations internationales*, Paris, PUF, (Que sais-je ?), 9e éd. Mise à jour, 1988.

—— *Les Relations internationales*, Paris, PUF, (Que sais-je ?), 10e éd., 2016.

Brierly J. L., *The Law of Nations: An Introduction to the International Law of Peace*, Oxford, Clarendon Press, 1928.

Brown T. M., M. Cueto et E. Fee, *The World Health Organization and the transition from "international" to "global" public health*, Cape Town, Global Health Trust, 2004.

Donnely J., *Realism and International Relations*, Cambridge, Cambridge University Press, 2000.

Haas E., *When Knowledge is Power: Three Models of Change in International Organizations,* Los Angeles: University of California Press, 1994.

Herren M., *Internationale Organisationen seit 1865. Eine Globalgeschichte der internationalen Ordnung*, Darmstadt, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 2009.

Hoffmann S., *Organisations internationales et pouvoirs politiques des États*, Paris A. Colin, 1954.

Huntington S., *The Clash of Civilizations and the Remaking of World Order*, New York, Simon & Schuster, 1996.

Iriye A., *Global Community. The Role of International Organizations in the Making of the Contemporary World*, Berkeley, University of California Press, 2002.

Kissinger H., *A World Restored: Metternich, Castlereagh and the Problems of Peace*, Boston, Mass, 1973.

Mazower M., *No Enchanted Palace. The End of Empire and the Ideological Origins of the United Nations*, Princeton, Princeton University Press, 2009.

Morgenthau H. J., *Politics Among Nations. The Struggle for Power and Peace*, New York, Knopf, 1954.

Roche J.-J., *Relations internationales*, LGDJ, 2014.

Woodbridge G., (dir.), *The history of the United Nations Relief and Rehabilitation Administration*, 3 volumes, Columbia University Press, New-York, 1950.

Santé, hygiène et médecine

Amrith S., *Decolonizing International Health: India and Southeast Asia, 1930-1965*, New York, Palgrave, 2006.

Antoni C., *Sozialhygiene und Public Health, Franz Goldmann (1895-1970)*, Matthiesen Verlag, 1997.

Bates R. (éd.), *What Risk* ? (Science, Politics & Public Health), Butterworth & Heinemann, Oxford, UK, 1997.

Battino L., *Paludisme et DDT : Chronique d'une tragédie occultée*, Paris, L'Harmattan, 2010.

Baxerre C., *Du médicament informel au médicament libéralisé : Une anthropologie du médicament pharmaceutique au Bénin*, Paris, les Éd. des Archives Contemporaines, 2013.

Beigbeder Y., *L'Organisation mondiale de la santé*, Graduate Inistute Publications, 1995.

Bouvenot G., E. Eschwege, *Le médicament, cité des sciences et de l'industrie*, Pocket, 1994.

Bruce-Chwatt L. J., *The Rise and Fall of Malaria in Europe: A Historico-Epidemiological Study*, Oxford, Oxford University Press, 1981.

Brudon P., *Médicaments pour tous en l'an 2000 ? Les multinationales pharmaceutiques suisses face au Tiers-Monde : l'exemple du Mexique*, Lausanne, Édition d'en bas, 1983.

Bryant J. H., *Health and the Developing World*, Ithaca, NY: Cornell University Press, 1969.

Bury J., *Éducation pour la santé, concepts, enjeux, planification*, Bruxelles, De Boeck Université, 1988.

Chetley A., *A Healthy Business ? World Health and the Pharmaceutical Industry,* London, Zed Press, 1990.

Chiffoleau S., *Genèse de la santé publique internationale : de la peste d'Orient à l'OMS*, Paris, Presses Universitaires de Rennes et Ifpo, 2012.

Conference Proceedings. *Pharmaceuticals for developing countries*, National Academy of Sciences, Washington D.C., 1979.

Cueto M., *Cold War, Deadly Fevers: Malaria Eradication in Mexico, 1955-1975*, Washington, D.C., Woodrow Wilson Center Press (Co-published Johns Hopkins University Press), 2007.

Curtin P. D., *Death by migration. Europe's encounter with the tropical world in the nineteenth century*, Cambridge, Cambridge University Press, 1989.

Deveaud B., B. Lemennicier, *L'OMS : Bateau ivre de la santé publique. Les dérives et les échecs de l'agence des Nations Unies*, Paris, L'Harmattan, 1997.

Djukanovic V., E. P. Mach (eds), *Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs of Populations in Developing Countries*. A joint UNICEF/WHO study, Development of Health Services, Division of Strengthning of Health Services, WHO, Geneva, 1975.

Eben-Moussi E., *L'Afrique doit se refaire une santé : Témoignage et réflexion sur 4 décennies de développement sanitaire*, Paris, L'Harmattan, 2006.

Edouard R., M. Clement, *Les soins de santé primaires. Critiques d'une orthodoxie*, Presses de l'Université du Québec, « Coll. Santé et Société », 2010.

Evans R., M. Barrer et T. Mamor, *Être ou ne pas être en santé. Biologie et déterminant sociaux de la maladie*, John Libbey Eurotext. Les Presses de l'Université de Montréal, 1996.

Fassin D., *L'Espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris, PUF, 1996.

Fischer G.-N. (dir.), *Traité de psychologie de la santé*, Paris, Dunod, 2005.

Foucault M., *Naissance de la biopolitique : cours au Collège de France, 1978-1979*, éd. par M. Senellart sous la dir. de F. Ewald et A. Fontana, Paris, Gallimard/Le Seuil, 2004.

—— *Sécurité, territoire, population : cours au Collège de France, 1977-1978*, éd. par M. Senellart sous la dir. de F. Ewald et A. Fontana, Paris, Gallimard/Le Seuil, 2004.

Freeman R., « Policy transfer in the health sector », Florence, Institut universitaire européen, European Forum, Centre Robert Schuman, 1999.

Gish P., L. Feller, *Planning Pharmaceuticals for Primary Health Care: The Supply and Utilization of Drugs in the Third World,* Washington, D.C., American Public Health Association (Monograph Series 2), 1979.

Iago G., *Social medecine, Its derivations and objectives*, New-York, The Commonwealth fund, 1949.

Illich I., *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*, London, Calder & Boyars, 1975.

Janssens P. J., M. Kivitz, J. Vuylsteke, *Médecine et hygiène en Afrique centrale de 1885 à nos* jours, Fondation Roi Baudouin, Bruxelles, 1992.

Klein A., S. Parayre (dir.), *Histoire de la santé (XVIIIe-XXe siècles). Nouvelles recherches francophones*, Presses de l'Université de Laval, 2015.

Klimek C. Y., G. Peters, *Une politique du médicament pour l'Afrique. Contraintes et choix*, Paris, Karthala, 1995.

La Berge A., *Mission and Method. The Early Nineteenth Century French Public Health Movement*, Cambridge University Press, Cambridge, 1992.

Lachenal G., *Le médicament qui devait sauver l'Afrique : Un scandale pharmaceutique aux colonies*, Paris, La Découverte, coll. « Les empêcheurs de penser en rond », 2014.

Lado L. (dir.), *Le pluralisme médical en Afrique*, Acte du Colloque international de Yaoundé (3-5 février 2010), PUCAC-Karthala, 2010.

Lalonde M., *A New Perspective on the Health of Canadians*, Ottawa: Health and Welfare Canada, 1974.

Lapeyssonnie L., *La médecine coloniale : Mythes et réalités*, Paris, Robert Laffont, 1988.

Light D. W., (ed.), *The Risks of Prescription Drugs*, New York, University of Columbia Press, 2010.

Martin G., *L'existence au Cameroun : études sociales, études médicales, étude d'hygiène et de prophylaxie*, Paris, Emile Larose, 1921.

Mcgilvray J. C., *The Quest for Health and Wholeness*, Tübingen, Germany: German Institute for Medical Mission, 1981.

Mckeown T., *The Role of Medicine. Dream, Mirage or Nemesis?* Second Edition, Blackwell, Oxford, 1979.

Medawar C., A. Hardon, *Medicines out of Control ? Antidepressantss and the Conspiracy od Goodwill*, Amsterdam, Aksant, 2004.

Medawar C., *Insultor Injury ? An Enquiry into the Marketing and Advertising of British Food and Drug Products in the Third World*, London, Social Audit, 1979.

Mouchet J., et *al*., *Biodiversité du paludisme dans le monde*, Paris, John Libbey Eurotext, 2004.

Muller M., *The Healh of Nations: A North-South Investigation*, London, Faber & Faber, 1982.

Mvone-Ndong S.-P. E., *Regard critique sur la médecine traditionnelle au Gabon*, Paris, L'Harmattan, 2014.

Neill's D. J., *Networks in Tropical Medicine: Internationalism, Colonialism, and the Rise of a Medical Specialty 1890-1930*, Stanford, California, Stanford University Press, 2012.

Newell K. N., *Health by the People*, WHO, Geneva 1975.

Pampana E., *A text book of Malaria Eradication*, Oxford, Oxford University Press, 1969.

Proust A., *Le choléra. Étiologie et prophylaxie*, Paris, 1883.

Ridde V., *L'initiative de Bamako 15 ans après : un agenda inachevé*, The World Bank, 2004.

Roberts D., R. Tren, *The Excellent Powder. DDT's Political and Scientific History*, Dog Ear Publishing, 2010.

Rotsart De Hertaing I., J., Courtejoie et A. Van Der Heyden, *Santé meilleure, source de progrès* : *Notions de santé publique et d'éducation sanitaire*, Bureau d'Étude et de Recherches pour la Promotion de la Santé, Kangu-Mayumbé, 1975.

Sidel R., V. Sidel, *Health Care and Traditionnal Medicine in China, 1800-1982*, London: Routledge and Kegan, 1982.

Tan M. L., *Good Medicine: Pharmaceuticals and the Construction of Power and Knowledge in the Philippines*, Amsterdam, Het, Spinhuis, 1999.

Taylor C. E. (ed.), *Doctors for the Villages: Study of Rural Internships in Seven Indian Medical Colleges*, New York, Asia Publishing House, 1976.

Velasquez G., *L'industrie du médicament et le Tiers-Monde*, Paris, L'Harmattan, 1983.

Verdrager J., *L'OMS et le paludisme. Mémoires d'un spécialiste de la malaria*, Paris, L'Harmattan, « Col. Acteurs de la science », 2005.

Verschave F.-X. (éd.), *La santé mondiale entre racket et bien public*, Paris, Éd. Charles Léopold Mayer, 2004.

Webb Jr J. L. A., *Humanity's Burden. A Global History of Malaria*, Cambridge, Cambridge University Press, 2009.

—— *The Long Struggle Against Malaria in Tropical Africa*, New York, Cambridge, Cambridge University Press, 2014.

Whyte S. R., S. Van Der Geest et A. Hardon, *Social Lives of Medicine*, Cambridge, Cambridge University Press, 2002.

Wood C. (ed.), *Tropical Medicine: From Romance to Reality. Proceedings of a Conference 12-14 December 1977*, Grune & Stratton New York, Academic Press London, 1978.

Wurster C. F., *DDT wars: Rescuing Our National Bird, Preventing Cancer, and Creating the Environmental Defense Fund*, Oxford & New York: Oxford University Press, 2015.

Ouvrages méthodologiques et théoriques

Berkowitz S., *An Introduction to Structural Analysis: The Network Approch to Social Research*, Toronto, Butterworths, 1982.

Buton F., N. Mariot (dir.), *Pratiques et méthodes de la socio-histoire*, Paris, PUF, 2009.

Degenne A., M. Forse, *Les réseaux sociaux*, Paris, Armand Colin, 1994.

Freeman L. C., *The development of social network analysis. Study in the sociology of science*, Empirical Press, Vancouver, 2004.

Le Ney J.-F., *Science cognitive et compréhension du langage*, Paris, PUF, 1989.

Lemieux V., *L'étude des politiques publiques, les acteurs et leur pouvoir*, (2e éd.), Québec : Les Presses de l'Université de Laval, 2002.

—— *Les réseaux d'acteurs sociaux*, Paris, PUF, 1999.

Noirel G., *Introduction à la socio-histoire*, Paris, La Découverte, 2006.

Nora P., *Essais d'ego-histoire. Maurice Agulhon, Pierre Chaunu, Georges Duby, Raoul Girardet, Jacque Le Goff, Michelle Perrot, René Rémond*, Éd. Gallimard, « Bibliothèque des Histoires », 1987.

Perez J. A., G. Mugny, *Influences sociales : la théorie de l'élaboration du conflit*, Neuchâtel, Paris : Delachaux et Niestlé, 1993.

Shaw M., *Theory of the Global State*, Cambridge, Cambridge University Press, 2000.

Strauss A. L., *La trame de la négociation : Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, 1992.

Topalov C. (éd.), *Laboratoires du nouveau siècle. La nébuleuse réformatrice et ses réseaux en France 1880-1914*, Paris, EHESS (Civilisation et sociétés), 1999.

Waltz K., *Man, the State, and War : A Theorical Analysis*, New York, Columbia University Press, 1959.

Articles de revues et contributions aux ouvrages

« Porter un regard nouveau sur l'éducation pour la santé », in *La Revue du Praticien*, « Environnement et santé publique », Vol. 34, n°11, 21 février 1984, pp. 485-497.

« The United Nations International Children's Emergency Fund », in *Social Services Review*, Vol. 22, n°2, 1948, pp. 240-241.

Adler E., P. M. Hass, « Conclusion: Epistemic Communities, World Order, and the Creation of Reflective Research Programm », in *International Organization*, Vol. 46, n°1, 1992, pp. 367-390.

Aïach P., D. Fassin, « L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé », in *La Revue du Praticien*, Vol. 54, n°20, 2004, pp. 2221-2227.

Amrith S. S., I. Vallee, « L'internationalisation de la santé publique en Asie du Sud et du Sud-Est, entre 1919 et 1939 », in *Monde(s)*, n°1, 2012/1, pp. 89-112.

Antonio-Nkondjio C., et *al*., « Anopheles gambiae distribution and insecticide resistance in the cities of Douala and Yaoundé (Cameroon): influence of urban agriculture and pollution », in *Malaria Journal*, n°10, 2011, p. 154.

Arndt H. W., « Economic Development: A Semantic History », in *Economic Development and Cultural Change*, Vol. 29, n°3, 1981, pp. 457-466.

Arvanitis R., et *al*., « Sciences, savoirs et mondialisation », in *Science & Devenir de l'Homme*, n°57/58, Paris, Éd. Les Cahiers du M.U.R.S., 2008, pp. 48-69.

Assayag J., « Comment devient-on un penseur postcolonial ? », in *La mondialisation des sciences sociales*, Paris, Téraèdre, Coll. L'anthropologie au coin de la rue, 2010, pp. 201-227.

Awomo Ndongo J. C., « Émergence des mutuelles de santé au Cameroun », in *Revue internationale de l'économie sociale*, n°336, 2015, pp. 23-35.

Ayangma S., « Autorités coloniales et postcoloniales face à la question de l'offre des soins de santé « parallèles » au Cameroun, 1916-2000 », in Y. B. Djouda Feudjio, H. B. Nguendo Yongsi, & A. Socpa, (éd.), *Offres, recours & accès aux soins de santé parallèles en Afrique : Des acteurs en quête de légitimité sociale, médicale et institutionnelle*, Québec, Éditions de la Différance Pérenne, en collaboration avec l'*International Journal of Advanced Studies & Research in Africa* (IJASRA) et l'École des Sciences de la Santé de l'Université Catholique d'Afrique Centrale (ESS/UCAC), 2015, pp. 29-45.

Bach D., « Régionalisme et mondialisation en Afrique subsaharienne : le retournement d'un paradigme », in D. Bach (dir.), *Régionalisation, mondialisation et fragmentation en Afrique subsahariennes*, Paris, Karthala, 1998, pp. 13-24.

—— « Régionalisme et régionalisation à travers le prisme de l'aire saharo-sahélienne », in L. Marfaing, S. Wippel (dir.), *Les relations transsahariennes à l'époque contemporaine. Un espace en constante mutation*, Paris, Éd. Karthala-ZMO, 2004, pp. 457-479.

—— « Régionalisme, régionalisation et globalisation », in M. Gazibo et C. Thiriot (dir.)., *L'Afrique en Sciences Politique*, Paris Karthala, 2009, pp. 342-361.

Badouin R., « La planification économique en Afrique noire francophone. Note critique », in *Tiers-Monde*, Vol. 6, n°24, 1965, pp. 1086-1092.

Balique H., « L'hôpital public en Afrique francophone », in *Méd. Trop.*, n°64, 2004, pp. 545-551.

Barneji D., « Reflexions on the Twenty-fith anniversary of Alma-Ata Declaration », in *International Journal of Health Services*, Vol. 33, n°4, 2003, pp. 813-818.

Baumann M., M.-M. Cao, « Diagnostic de santé d'une population et action humanitaire : un guide pratique », in *Santé publique*, Vol. 11, n°1, 1999, pp. 63-75.

Baxerre C., « Pourquoi un marché informel du médicament dans les pays francophones d'Afrique ? », in *Politique Africaine*, n°123, 2011/3, pp. 117-136.

Bayart J.-F., « Hégémonie et coercition en Afrique subsaharienne. La « politique de la chicotte » », in *Politique africaine*, n°110, 2008/2, pp. 123-152.

Bayart J.-F., R. Bertrand, « De quel « legs colonial » parle-t-on ? », in *Revue Esprit*, 2006/12, p. 134-160.

Bebe et *al*., « Les paradoxes de la participation communautaire aux soins de santé primaires au Zaïre », in *Promotion Education Quarterly*, Vol. 2, n°4, 1995, pp. 29-33.

Behrhorst C., « The Chimaltenango Development Project in Guatemala », in K. N. Newell (ed.), *Health by the People*, WHO, Geneva, 1975, pp. 30-52.

Beigbeder Y., « L'Organisation mondiale de la santé en transition : la rénovation nécessaire », in *Études internationales* (Québec), Vol. 30, n°3, 1999, pp. 477-491.

—— « Les partenariats de l'Organisation mondiale de la santé », in *Études internationales*, Vol. 41, n°2, 2010, pp. 233–251.

Beland D., « Néo-institutionnalisme historique et politiques sociales : une perspective sociologique », in *Politique et Sociétés*, Vol. 21, n°3, 2002, pp. 21-39.

Bellier I., « Global Challenge : À propos de l'Occident décroché », in *Civilisations*, Vol. 58, n°1, « American Afrocentrism(e)s américains », pp. 131-140.

Bennett C. J., « What Is Policy Convergence and What Causes It ? », in *British Journal of Political Science*, Vol. 21, n°2, 1991, pp. 215-233.

Berlan J.-P., « Brevet du vivant : progrès ou crime ? », in *Revue Tiers Monde*, n°181, 2005/1, pp. 207-221.

Berrebi-Hoffmann I., M. Lallement, « À quoi servent les experts ? », in *Cahiers internationaux de sociologie*, n°126, 2009/1, pp. 5-12.

Bonneuil C., P. Petitjean, « Les chemins de la création de l'ORSTOM, du Front populaire à la Libération en passant par Vichy, 1936-1945 : recherche scientifique et politique coloniale », in R. Waast et P. Petitjean (dir.), *Les Sciences hors d'Occident au XX^e siècle*, Paris, ORSTOM, 1996, pp. 113-161.

Borderon M., C. Perchoux, « Le paludisme urbain à Brazzaville : hétérogénéité locale, enjeu global. De la géographie du risque aux stratégies de lutte antipaludique », in *Les "jeux" scalaires*

de la crise actuelle (financière, économique, sociale, sanitaire, etc.) : entre global et local et inversement, juin 2010, Avignon, pp. 247-278.

Borowy I., « La Société des Nations, la crise des années 1930 et la santé », in *Les Tribunes de la santé*, n°36, 2012/3, pp. 21-27.

—— *Coming to terms whith World Health. The League of Nations Health Organization 1921-1946*, Frankfurt am Main, Peter Lang, 2009, pp. 57-71.

—— « Crisis as opportunity : international health during the economic depression », in *Dynamis*, n°28, 2008, pp. 29-51.

Bosc R., « L'URSS face aux revendications du tiers monde : soutien de principe et intérêt mutuel », in *Revue française de science politique*, Vol. 26, n°4, août 1976, pp. 696-708.

Bouchaud O., C. Longuet et J.-P. Coulaud, « Prophylaxie du paludisme », in *La Revue du praticien*, Vol. 48, n°3, 1998, pp. 279-286.

Bourne R. S., « Trans-National America », in *The Atlantic Monthly*, n°118, 1916, pp. 86-97.

Boutier J., « Sources, objets outils. Quelques remarques pour éviter de conclure », in P.-Y. Beaurepaire, D. Taurisson (éd.), *Les égo-documents à l'heure de l'électronique. Nouvelles approches des espaces et des réseaux relationnels*, Montpellier, Presses Universitaires de Montpellier, 2003, pp. 535-544.

Boy Octhom B., « Organisation de la médecine traditionnelle au Tchad », in *Pharm. Méd. Trad.*, Vol. 11, 2001, pp. 107-111.

Branch O., et *al*., « Clustered local transmission and asymptomatic *Plasmodium falciparum* and *Plasmodium vivax malaria* infections in a recently emerged, hypoendemic Peruvian Amazon community » in *Malaria Journal*, 2005, Vol. 4, n° 27, 16 p.

Brassine J., « La coopération technique entre la Belgique et le Congo - 1968 à 1970 (II), in *Courrier hebdomadaire du CRISP*, n°532, 1971/27, pp. 1-25.

Brown T. M., E. Fee, et V. Stepanova, « Halfdan Mahler: Architect and Defender of the World Health Organization "Health for All by 2000" Declaration of 1978 », in *Amer Journal of Public Health*, Vol. 106, n°1, « Voices From the Past », January 2016, pp. 38-39.

Brown T., E. Fee, « Sydney Kark and John Cassel: Social Medicine Pioneers and South African Emigrés », *Amer. J. Public Health,* n° 92, 2002, pp. 1744-1745.

Bryant J. H., « Principles of Justice as a Basis for Conceptualizing a Health Care System », in *International Journal of Health Services*, n°7, 1977, pp. 707-719.

Bryant J. H., J. B. Richmond, « Alma-Ata and Primary Health Care: An Evolving Story », in K. Heggenhougen & S. Quah (eds), *International Encyclopedia of Public Health, Vol. 1*, 2008, pp. 152-174.

Burke J., « Historique de la lutte contre la maladie du sommeil au Congo », in *Annales de la Société Belge de Médecine Tropicale*, n°51, 1971, pp. 465-477.

Byass P., « epidemiology without borders: an anational view of global health », in *Global Health Action*, Vol. 2, n°1, 2009, DOI: 10.3402/gha.v2i0.2052

Cahour B., P. Falzon, « Assistance à l'opérateur et modélisation de sa compétence », in *Intellectica*, n°12, 1991/2, pp. 159-186.

Caille A., « Marcel Mauss et le paradigme du don », in *Sociologie et sociétés*, Vol. 36, n° 2, 2004, pp. 141-176.

Caillouette J., « L'État partenaire du communautaire : vers un nouveau modèle de développement », in *Nouvelles Pratiques sociales*, Vol. 7, n°1, 1994, pp.161-175.

Calvez J.-Y., « Racines sociales et économiques des nationalismes du Tiers-Monde », in *Revue française de science politique*, Vol. 15, n°3, juin 1965, pp. 446-465.

Carnevale P., J. Mouchet, « La lutte antivectorielle au Cameroun. Passé-présent-avenir. Réflexions », in *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, Vol. 94, n°2, 2001, pp. 202-209.

—— « Lutte antivectorielle et lutte antipaludique », in *Médecine Tropicale*, Vol. 50, n°4, 1990, pp. 391-398.

Carrin G., « Le financement des soins de santé par la collectivité », in *Forum Mondial Santé*, Vol. 9, 1988, pp. 645-651.

Charmot G., et *al*., « Abord géographique de l'épidémiologie de la chloroquino-résistance de *plasmodium falciparum* en Afrique tropicale », in *Ann. Soc. belge Méd. trop*., n°71, 1991, pp. 187-197.

Charmot G., F. Rodhain, « La chimiorésistance chez *Plasmodium falciparum*. Analyse des facteurs d'apparition et d'extension », in *Méd. Trop*. 1982, n°42, pp. 417-426.

Chena S., « L'État dans les relations transnationales : Le cas de l'espace saharo-sahélien », in *NAQD*, n°3, 2014/1, pp. 113-132.

Chi-Hsi Hu, « L'impact de la révolution culturelle sur le conflit sino-soviétique », in *Revue française de science politique*, Vol. 21, n°4, août 1971, pp. 790-816.

Chima R. I., et *al*., « The economic impact of malaria in Africa : a critical review of evidence », in *Health Policy*, n°63, 2003, pp. 17-36.

Clavin P., « Defining Transnationalism », in *Contemporary European History*, n°14(4), 2005, pp. 421-439.

Clavin P., J.-W. Wessels, « Transnationalism and the League of Nations: Understanding the Work of Its Economic and Financial Organisation », in *Contemporary European History*, n°14(4), 2005, pp. 465-492.

Coenen-Huther J., « Analyse de réseaux et sociologie générale », in *Flux*, n°13-14, 1993, p. 33-40.

Colin R., et *al*., « L'Europe et l'Afrique, d'un Berlin à l'autre : 1885-1989, in *Observatoires et dynamiques économiques : Revue de l'OFCE*, n°43, 1993, pp. 455-488.

Colonomos A., « Sociologie et science politique : les réseaux, théorie et objets d'études », in *Revue française de science politique*, 45e année, n°1, 1995, pp. 165-178.

Combe E., E. Pfister, « Brevets et accès aux médicaments dans les pays en développement », in *Revue française d'économie*, Vol. 19, n°2, 2004, pp. 89-119.

Coquery-Vidrovitch C., « Colonisation ou impérialisme : la politique de la France entre les deux guerres », in *Le Mouvement social*, n°107 (Apr.-Jun., 1979), pp. 51-76.

Corsino D., « La part des ONG dans la coopération internationale » in *Centre Tricontinental*, Les ONG : instruments du néo-libéralisme ou alternatives populaires ?, Paris-Montréal, L'Harmattan, 1998, pp. 35-60.

Costey P., « Description et interprétation chez Clifford Geertz. La thick description chez Clifford Geertz », in *Tracés, Revue de Sciences humaines*, n°4, 2003, pp. 103-108.

Coutau-Begarie H., P. Guillen, « L'expansion. 1881-1898 », in *Politique étrangère*, n°1, 1986, 51e année, pp. 350-351.

Coz J., et *al*., « Expériences en Haute-Volta sur l'utilisation des cases pièges pour la mesure de l'activité du D.D.T. contre les moustiques », in *Bull. Org. Mond. Santé*, n°33, 1965, p. 435.

Crismer A., J.-L. Belche et J.-L. Van Der Vennet, « Les soins de santé primaires, plus que des soins de première ligne », in *Santé Publique*, Vol. 28, 2016/3, pp. 375-379.

Cueto M., « Appropriation and Resistance: Local response to Malaria eradication in Mexico, 1955-1970 », in *Journal of Latin American Studies*, Vol. 37, n°3, Mexico (Aug. 2005), pp. 533-559.

—— « The origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care », in *Amer. Journal of Public Health*, Vol. 94, n°11, « Public Health Then and Now », 2004, p. 1864-1874.

Cullather N., « Development? It's History », in *Diplomatic History*, n°24, 2000, pp. 641-653.

Cuypers L., « Le Congrès de Berlin (15 novembre 1884-26 février 1885) et l'évangélisation de l'Afrique équatoriale, in *Annales Aequatoria*, Tome 1, Vol. 1, 1980, pp. 117-136.

Czeher C., et *al*., « Evidence of increasing Leu-Phe knockdown resistance mutation in *Anopheles gambiae* from Niger following a nationwide long-lasting insecticide-treated nets implementation », in *Malaria Journal*, n°7, 2008, p. 189.

Darriet F., et *al*., « Impact de la résistance aux pyréthrinoïdes sur l'efficacité des moustiquaires imprégnées dans la prévention du paludisme : résultats des essais en cases expérimentales avec deltaméthrine », in *SC. Bull. Soc. Pathol. Exot*., n°95, 2000, pp. 131-134.

Darriet F., R. N'guessan, P. Carnevale, « Évaluations en cases-pièges de l'effet protecteur de moustiquaires non imprégnées d'insecticide dans la prévention des piqûres d'Anopheles gambiae s.s. », in *Cahiers d'Études et de Recherches Francophones*/Santé n°10, 2000, p. 413-417.

Davis K., « Research and Policy Formulation » in *Health Policy*, n°7, 1987, pp. 295-296.

De Chazournes L. B., « Application de la notion de médicaments essentiels », in *Annuaire français de droit international*, Vol. 30, 1984, pp. 692-703.

De La Moussaye E., P. Jacquemot, « Politiques de santé : les trois options stratégiques », in *Afrique contemporaine*, n°166, 1993, pp. 15-26.

Delcaux A., J.-J. Lévy, « Cultures et médicaments. Anciens ou nouveau courant en anthropologie médicale ? », in *Anthroplogie et société*, Vol. 27, n°2, 2003, pp. 5-21.

Delforce B., J. Noyer, « Pour une approche interdisciplinaire des phénomènes de médiatisation : constructivisme et discursivité sociale », in *Études de communication*, n°22, 1999, « Dossier : La médiatisation des problèmes publics », pp. 13-40.

Delpeuch T., « L'analyse des transferts internationaux de politiques publiques : un état de l'art », in *Questions de recherche*, n°27, 2008, 69 p.

Deschamps J.-P., « Une « relecture » de la charte d'Ottawa », in *Santé Publique* 2003/3, Vol. 15, pp. 313-325.

Di Maggio P., W. Powell, « Le néo-institutionnalisme dans l'analyse des organisations », in *Politix*, Vol. 10, n°40, 4e trimestre 1997, pp. 113-154.

Dianzinga S., « Santé et maladies en situation coloniale : l'exemple du Moyen-Congo (1908-1958) », in *Annales de l'Université Marien Ngouabi*, 2009, pp. 92-107.

Dippold M. F., « L'image du Cameroun dans la littérature coloniale allemande », in *Cahiers d'Études Africaines*, Vol. 13, Cahier 49, 1973, pp. 37-59.

Dixneuf M., « Au-delà de la santé publique. Les médicaments génériques entre perturbation et contrôle de la politique mondiale », in *Revue française de science politique*, Vol. 53, 2003/2, pp. 277-304.

Dobbin F., B. Simmons, G. Garrett, « The Global Diffusion of Public Policies: Social Construction, Coercion, Competition, or Learning ? » in *The Annual Review of Sociology*, n°33, 2007, pp. 449-472.

Dohet J., J. Faniel, « Belgique 1960-2010. Grève du siècle et crise multiforme », in *Politique d'ailleurs*, « Savoir/agir », 2011, pp. 103-107.

Dolowitz D. P., D. Marsh, « Who Learns What from Whom: a Review of the Policy Transfer Literature », in *Political Studies*, Vol. 44, n°2, 1996, pp. 343-357.

—— « Learning from Abroad: The Role of Policy Transfer in Contemporary Policy-Making », in *Governance: An International Journal of Policy and Administration*, Vol. 13, n°1, 2000, pp. 5-23.

Dorier-Apprill E., « Le pluralisme chrétien en Afrique subsaharienne » in *Le Christianisme dans le monde, Questions Internationales*, Paris, La Documentation française, n°29, janvier-février 2008.

Douky C., P. Minard, « Histoire globale, histoires connectées : un changement d'échelle historiographique ? Introduction », in *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, Vol. 54, n°4 bis, 2007, pp. 7-21.

Dozon J.-P., « Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire », in *Politique africaine* « Politique de santé », n°28, décembre 1987, pp. 9-20.

—— « Quand les pastoriens traquaient la maladie du sommeil », in *Sciences sociales et santé*, Vol. 3, n° 3-4, 1985, pp. 27-56.

Droux J., « La tectonique des causes humanitaires : concurrences et collaborations autour du Comité de protection de l'enfance de la Société des Nations (1880-1940) », in *Relations internationales*, n°151, 2012/3, pp. 77-90.

Duara P., « Cold War as Historical Period: an Interpretive essay », in *Journal of Global History*, Vol. 6, n°3, 2011, pp. 457- 480.

Dubois S., et *al*., « Connaissances et reconnaissance de l'expert », in *Les cahiers de l'INSA de Strasbourg*, 2005, pp. 89-108.

Dugac Z., « Andrija Stampar (1888-1958): Resolute Fighter for Health and Social Justice », in I. Borowy et A. Hardy (eds), *Of Medicine and Men: Biographies and Ideas in European Social Medicine between the World War*, Peter Lang, Frankfurt, 2008, pp. 73-102.

Dumoulin L., S. Saurugger, « Les policy transfer studies », in *Critique internationale*, n°48, 2010/3, pp. 9-24.

Duponchel J.-L., « Bilan des soins de santé primaires », in *Méd. Trop.*, n°64, 2004, pp. 533-538.

Durand P. M., « Leçons congolaises. L'ONUC (1960-1964) ou « la plus grande des opérations » : un contre modèle ? », in *Relations internationales*, L'ONU, d'hier à demain. Colloque, Genève, Suisse, (09/06/2006), 2006, n°127.

Ekanza S.-P., « Le double héritage de l'Afrique », in *Études*, Tome 404, 2006/5, pp. 604-616.

Escobar A., « Power and Visibility: Development and the Invention and Management of the Third World », in *Cultural Anthropology*, Vol.3, n°4, 1988, pp. 428-443.

Essane S., « La médecine au pluriel en Afrique », in *Phar. Méd. Trad. Afr*., Vol. 10, 1998, pp. 82.

Evans M., « Understanding Policy Transfer », in M. Evans (éd.), *Policy Transfer in Global Perspective*, Aldershot, Ashgate, 2004, pp. 9-43.

Eve M., « Deux traditions dans l'analyse des réseaux sociaux », in *Réseaux*, n°115, 2002, pp. 183-212.

Fainzang S., « La "Maison du Blanc" : la place du dispensaire dans les stratégies thérapeutiques des Bisa du Burkina », in *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 3, n°3-4, 1985, pp. 105-128.

Fairclough N., « Critical discourse analysis », in *Marges linguistiques*, n°9, 2005, pp. 76-94.

Fassin D., « L'internationalisation de la santé : entre culturalisme et universalisme », in *Esprit*, Vol. 229, n°2, février 1997, pp. 83-105.

—— « La santé, un enjeu politique quotidien », in *Politique africaine* « Politique de santé », n°28, décembre 1987, pp. 2-8.

Feuer G., « L'Uruguay Round, les pays en développement et le droit international du développement », in *Annuaire français de droit international*, Vol. 40, 1994, pp. 758-775.

Field J. A., « Transnationalism and the New Tribe », in *International Organization*, Vol. 25, n°3, 1971, pp. 353-372.

Fleck F., « Consensus during the Cold War: back to Alma-Ata », in *Bulletin of World Health Organization*, October 2008, pp. 745-746.

Fournier C., S. Kerzanet, « Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature », in *Santé publique*, 2007/5, Vol. 19, pp. 413-425.

Fournier G., « Les soins de santé primaires : création nouvelle ou nouvelle approche », in *Soins Pathologie Tropicale*, n°35, 1982, pp. 3.

Gamble A., « Regional Blocs, World Order and the New Medievalism », in M. Telo (dir.), *European Union and the New Regionalism,* Bruxelles, Université Libre de Bruxelles, 2007, pp. 21-36.

Gauvrit E., « L'OMS : la santé et le fossé Nord/Sud », in *Cahiers français*, n°302, 2011, pp. 90-96.

Gazin P., M. Cot, V. Robert & D. Bonnet, « La perception du paludisme en Afrique au Sud du Sahara », in *Ann. Soc. belge Méd. trop.*, Vol. 68, n°1, 1988, pp. 1-3.

Gobin C., J.-C. Deroubaix, « L'analyse du discours des organisations internationales. Un vaste champ encore peu exploré », in *Mots. Les langages du politique*, n°94, 2010, pp. 107-114.

Gosselin R., « Les conseils régionaux : une décennie d'évolution », in *Administration hospitalière et sociale*, Vol. 17, n°6, 1981, pp. 4-10.

Goudsblom J., « Les grandes épidémies et la civilisation des mœurs », in *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°68, juin 1987, pp. 3-14.

Granovetter M., « Economic action and social structure: the problem of embeddedness », in *American Journal of Sociology*, Vol. 91, 1985, pp. 481-510.

Green A., « La projection : de l'identification projective au projet », in *La folie privée*, Paris, Gallimard, 1990, pp. 195-223.

Green R., « Politics, Power and Poverty: Health for All in 2000 in the Third World », in *Social Science and Medicine*, Vol. 32, n°7, 1991, pp. 745-755.

Grenier C., S. Guitton-Philippe, « Politiques publiques et innovation : proposition d'un modèle d'agir de l'innovation dans le champ sanitaire et social », in *Revue management & avenir*, Management Prospective Ed., n°35, 2010/5, pp. 194-209.

Grenier J.-Y., A. Orlean, « Michel Foucault, l'économie politique et le libéralisme », in *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 62e année, 2007/5, pp. 1155-1182.

Grmek M. D., « Life and Achievement of Andrija Stampar, Fighter for the Promotion of Public Health », in M. D. Grmek (éd.), *Serving the Cause of Public Health: Selected Papers of Andrija Stampar*, Zagreb: Andrija Syampar School of Public Health, 1996, pp. 13-51.

Grodos D., X. Bethune, « Les interventions sanitaires sélectives : un piège pour les politiques de santé du tiers-monde », in *Social Science and Medicine*, Vol. 26, n°9, 1989, pp. 879-889.

Grosser P., « Comment écrire l'histoire des relations internationales aujourd'hui ? Quelques réflexions à partir de l'Empire britannique », in *Histoire@Politique*, n°10, 2010/1, pp. 1-11.

—— « État de littérature. L'histoire des relations internationales aujourd'hui », *Critique internationale,* n° 65, 2014/4, pp.173-200.

Gruenais M. É., « Vers une nouvelle médecine traditionnelle en Afrique : l'exemple du Congo », in *La Revue du Praticien – Médecine générale*, Tome 5, n°141, 1991.

Guillaume P., « L'hygiène à l'école et par l'école », in Bourdelais P. O. Faure, *Les nouvelles pratiques de santé XVIII^e^-XX^e^ siècles*, Paris, Belin, 2004, pp. 213-226.

Guldan G., « Obstacles to Community Health Promotion », in *Social Science and Medicine*, Vol. 43, n°5, 1996, pp. 689-695.

Guyard M., « Les puissances occidentales et la crise congolaise : de la sécession du Katanga à l'accord de Kitona (1960-1961) », in *Guerres mondiales et conflits contemporains*, n°196, Dossier : Afrique partenariat international et conflits régionaux, décembre 1999, pp. 53-63.

Guyot Y., « L'accord franco-anglais », in *6 Rev. Droit Int'l & Legis.Comp.* (2d ser.), n°275, 1904, pp. 275-289.

Haas P. M., « Epistemic Communities and International Policy Coordination », *International Organization*, Vol. 46, n°1, 1992, pp. 1-36.

Haas P., E. Haas, « Learning to Learn: Improving International Governance », *Global Governance* Vol. 1, n°3, 1995, pp. 255-284.

Hall J. J., R. Taylor, « Health for all beyond 2000: the demise of the Alma-Ata Declaration and primary health care in developing countries », in *Medical Journal of Australia*, n°178, 2003, pp. 17-20.

Hall P. A., R. C. Taylor, « La science politique et les trois néo-institutionnalismes », in *Revue française de science politique*, 47^e^ année, n°3-4, 1997, pp. 469-496.

Hamon J., J. Mouchet, G. Chavet, R. Lamuret, « Bilan de quatorze années de lutte contre le paludisme dans les pays francophone d'Afrique tropicale et à Madagascar. Considérations sur la persistance de la transmission et perspectives d'avenir », in *Bulletin de la Société de Pathologie exotique*, Tome 56, n°5, Septembre-Octobre 1963, pp. 933-971.

Hayward J., « Incorporer la périphérie : l'essor et la chute de la régionalisation fonctionnelle en France », in *Pouvoirs*, *Revue française d'études constitutionnelles et politiques*, n°19, 1981 - Régions, pp. 103-118.

Heraut L.-A., « La médecine militaire coloniale française : une aventure médicale de trois quarts de siècle (1890-1968) », in *Histoire des Sciences Médicales*, Tome 40, n°4, 2006, pp. 381-392.

Hodge J. M., « British Colonial Expertise, Post-Colonial Careering and the Early History of International Development », in A. Eckert, S. Malinowski, and C. Unger (eds), special issue, « Modernizing Missions: Approaches to "Developing" the Non-Western World after 1945 », in *Journal of Modern European History*, Vol. 8, n°1, 2010, pp. 24-46.

Hours B., « ONG et idéologies de la solidarité : du développement à l'humanitaire », in J-P. Deler et *al*. (dir.), ONG et développement, Paris, Karthala, 1998, pp. 34-46.

Howard-Jones N., « Origins of International Health Work », in *The British Medical Journal*, Vol. 1, n°4661, (May 6, 1950), pp. 1032-1037.

Hugon P., « L'Europe et le Tiers monde : entre la mondialisation et la régionalisation », in *Revue Tiers Monde*, Vol. 34, n°136, « L'Europe et le Tiers Monde », 1993, pp. 725-748.

Huntington S., « *The Clash of Civilizations ?* », in *Foreign Affairs*, Vol. 72, n°3, 1993, pp. 22-49.

Inglehart R. F., « Choc des civilisation ou modernisation du monde ? », in *Le Débat*, n°105, 1999/3, pp. 23-54.

Jacquemot P., « Les systèmes de santé en Afrique et l'inégalité face aux soins », in *Afrique contemporaine*, n°243, 2012/3, pp. 95-97.

Jalbert L., « La décentralisation, quel enjeu ? », in *Cahier de recherche sociologique*, Vol. 3, n°1, 1985, pp. 5-7.

Janssens P. G., J. Burke, « Les trypanosomiases africaines », in *Médecine et hygiène en Afrique centrale de 1885 à nos jours*, Vol. 2, (éds. P. G. Janssens, M. Kivits & J. Vuylsteke), Fondation Baudouin, Bruxelles, 1992, pp. 1399-1535.

Jardel J.-P., « Message from WHO Director General, Halfdan T. Mahler, MD, and Greetings from Host Region of WHO », in *Ergonomics*, n°30/2, 1987, pp. 159-163.

Jaspard J.-M., « Introduction pluridisciplinaire : la santé comme paradigme », in *Cahiers des sciences familiales et sexologiques*, n°10, 1986, pp. 11-24.

Jobert B., « Clientélisme et soins primaires (commentaire) », in *Sciences sociales et santé*, Vol. 4, n°3-4, « Handicap et politique sociale », 1986, pp. 223-227.

Joly P.-B., V. Mangematin, « Les acteurs sont-ils solubles dans les réseaux ? », in *Économies et sociétés*, Vol. 29, n°9, 1995, pp. 17-50.

Kane C. H., P.-E. Mandl, « Vers une remise en cause des politiques de santé publique en Afrique de l'Ouest et du Centre ? », in *Tiers-Monde*, Tome 14, n°53, 1973, Politiques et planifications de la santé, pp. 135-147.

Katsakioris C., « Transferts Est-Sud. Echanges éducatifs et formation des cadres africains en Union soviétique pendant les années soixante », in *Outre-mers*, Vol. 94, n°354, « L'URSS et le Sud », 2007, pp. 83-106.

Kayembe D., M. Wery, « Observation sur la sensibilité aux diamidines de souches de *Trypanosoma gambiense* récemment isolées en République du Zaïre », in *Annales de la Société belge de Médecine Tropicale*, n°52, 1972, pp. 1-8.

Kickbusch I., « Health Promotion: A Global Perspective », Keynote Address, in *Canadian Journal of Public Health*, « Special Article », Vol. 77, September/October 1986, pp. 321-326.

Kinda N., « Les États-Unis et le nationalisme en Afrique noire à l'épreuve de la décolonisation (Deuxième Guerre mondiale - 1960), in *Revue française d'histoire d'outre-mer*, Vol. 79, n°297, 1992, pp. 533-555.

Klotz A., C. Lynch, « Le constructivisme dans la théorie des relations internationales », in *Critique internationale*, n°2, 1999, pp. 51-62.

Knippemberg R., et *al*., « Initiative de Bamako : des expériences en soins de santé primaires », in *L'enfant en Milieu Tropical*, n°184/185, 1990, pp. 1-96.

Koslowski R., F. Kratochwil, « Understanding change in international politics: the Soviet Empire's demise and the international system », *International Organization* 48, printemps 1994, pp. 222-223.

Kott S., « Les organisations internationales, terrains d'étude de la globalisation. Jalons pour une approche socio-historique », in *Critique internationale*, n°52, 2011/3, pp. 9-16.

—— « Une « communauté épistémique » du social ? Experts de l'OIT et internationalisation des politiques sociales dans l'entre-deux-guerres », *Genèses*, n°71, 2008/2, pp. 26-46.

Kouokam Magne E., « Les médecines alternatives au Cameroun : dynamiques sociales de la promotion des médicaments faits à base de plantes », in Ludovic Lado (dir.), *Le pluralisme médical en Afrique*, acte du Colloque international de Yaoundé (3-5 février 2010), PUCAC-Karthala, 2010, pp. 177-198.

Kovar R., « La participation des territoires non autonomes aux Organisations internationales », in *Annuaire français de droit international*, Vol.15, 1969, pp. 522-549.

Kwiatkowska-Viatteau A., « L'Union Soviétique dans les relations internationales », (compte rendu), in *Revue d'études comparatives Est-Ouest*, Vol.14, n°1, 1983, pp. 138-145.

Lachenal G., B. Taithe, « Une généalogie missionnaire et coloniale de l'humanitaire : le cas Aujoulat au Cameroun, 1935-1973 », in *Le mouvement social*, n°227, 2009/2, pp. 45-63.

Lambrecht F. L., « Aspects of evolution and ecology of tsetse flies and trypanosomiasis in prehistoric Africain environment », in *Journal of African History*, Vol. 1, 1964, pp. 1-23.

Lasswell H., « The Policy Orientation », in D. Lerner et H. Lasswell (éds), *The Policy Sciences*, Stanford, Stanford University Press, 1951, pp. 3-15.

Latouche S., « Bretton Woods et la pensée unique », in *Géopolitique Africaine*, n°9, 2003, pp. 149-158.

—— « La transnationalisation, la crise du développement et la fin du Tiers Monde », in *Tiers-Monde*, Tome 29, n°114, 1988, pp. 253-269.

Laverack G., R. Labonte, « A Planning Framework for Community Empowwerment Goals within Health Promotion », in *Health Policy and Planning*, Vol. 15, n°3, 2000, pp. 255-262.

Lawn J. E., et *al*., « Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise », in *The Lancet*, Vol. 372, n°9642, 2008, pp. 917-927.

Le Bras J., et *al*., « Prise en compte des disparités de résistance de P. falciparum en Afrique dans la décision chimioprophylactique », in *Presse Méd*, 1998, n°27, pp. 1419-1423.

Lecompte J., « Conflit et coopération : La théorie des jeux », in *Sciences humaines*, 1998, n°82, pp. 42-44.

Lemercier C., « Analyse de réseaux et histoire », in *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, n°52-2, 2005/2, pp. 88-112.

Lengeler C., B. Genton, « Cartographie du paludisme : les nouveaux outils et leur utilisation », in *Revue médicale suisse*, n°2301, 2000.

Lewandowski S., « Les savoirs locaux au Burkina Faso. Enjeux pédagogiques et sociaux », in *Ethnologie française*, n°4, « Anthropologie de l'école », 2007, pp. 605-615.

Litsios S., « Malaria Control, the Cold War, and the Postwar Reorganization of International Assistance », in *Medical Anthropology*, Vol. 17/3: *Malaria & Development*, 1997, pp. 255-278.

—— « The Christian Medical Commission and the Development of the World Health Organization's Primary Health Care Approach », in *Amer. Journal of Public Health*, Vol. 94, n°11, « Public Health Then and Now », 2004, pp. 1884-1893.

—— « The long and difficult road to Alma-Ata : a personal reflection », in *Int. J. Health Serv.*, Vol. 32, n°4, 2002, 709-732.

Livinec B., et *al*., « Inégalités d'accès aux soins en Afrique », in *Médecine et Santé Tropicales*, Vol. 23, n°2, 2013, pp. 120-127.

Lombrail P., J. Pascal, « Inégalités sociales de santé et accès aux soins », in *Les Tribunes de la santé*, n°8, 2005/3, pp. 31-39.

Lopes C., « La coopération technique, concept marqué par l'histoire », (Débat), in *Politique africaine*, n°62, « Le Cameroun dans l'entre-deux », juin 1996, pp. 69-82.

Louis W. R., R. Robinson, « Empire Preserv'd: How the Americans put Anti-Communism before Anti-Imperialism », in P. Duara (ed.), *Decolonization: Perspectives from Now and Then*, London, Routledge, 2004, pp. 155-161.

Mabelle A., A. Rajanikant, « A Comprehensive Rural Health Project in Jamkhed (India), in K. N. Newell (ed.), *Health by the People*, WHO, Geneva, 1975, pp. 70-90.

Mac Donald G., G. Davidson, « Dose and Cycle of Insecticide Applications in the Control of Malaria », *Bulletin of World Health Organization*, Vol. 9, n°6, 1953, pp. 785-812.

Maluccio J. A., et *al*., « The impact of improving nutrition during early childhood on education among guatemalan adults », in *The Economic Journal*, Vol. 119, n°537, 2009, pp. 734-763.

Mann M., « L'impérialisme américain. Des réalités passées aux prétextes présents », in *Études internationales*, Vol. 36, n°4, 2005, pp. 445-467.

Mantz J.-M., F. Wattel, « Importance de la communication dans la relation soignant-soigné », in *Bulletin de l'Académie nationale de Médecine*, France, 2006, Vol. 190, n°9, pp. 1999-2011.

March J., J. Olsen, « The New Institutionalism : Organizational Factors in Political Life », in *American Political Science Review*, Vol. 78, 1984, pp. 734-749.

Marchand C., « Idéologie coloniale et enseignement en Afrique noire francophone », in *Canadian Journal of African Studies/Revue canadienne des Etudes Africaines,* Vol. 5, n°3, 349-358.

Markel H., « WHO: past, present and future. Worly approches to global health: 1851 to the present », in *Public Health*, n°128, 2014, pp. 124-128.

Marmot G., M. E. Mcdwell, « Mortality decline and widening social inequalities », in *Lancet*, n°2, 1986, pp. 274-276.

Marsh D., J.C. sharman, « Policy diffusion and policy transfer », in *Policy Studies*, Vol. 30, n°3, 2009, pp. 269-288.

Martin S., I. B. Alilio, C. Bygbjerg, J. G. Breman, « Are multilateral malaria research and control programs the most successful ? Lessons from the past 100 years in Africa », in *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, n°71, (Suppl 2), 2004, pp. 268-278.

Mathonnat J., « Financement public de la santé en Afrique, contraintes budgétaires et payements directs par les usagers : regards sur des questions essentielles », in *C. R. Biologies*, n°331, 2008, pp. 942-951.

Mathonnat J., M. Audibert, « Aide au secteur de la santé, choix des instruments et enjeux », in *L'Assurance maladie en Afrique francophone. Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*, BM, Washington D.C., 2006, pp. 163-193.

Mbembe J. A., « Pouvoir des morts et langage des vivants : Les errances de la mémoire nationaliste au Cameroun », in *Politique Africaine*, n° 22, juin 1986, pp. 37-72.

Medard J.-F., « Le « Big man » en Afrique : Esquisse d'analyse du politicien entrepreneur », in *L'Année sociologique (1940/1948-)*, Troisième série, Vol. 42, 1992, pp. 167-197.

Meimon J., « L'invention de l'aide française au développement. Discours, instruments et pratique d'une dynamique hégémonique », in *Questions de Recherche*, n°21, 2007.

Meny Y., « La dynamique politique de la régionalisation », in *Cahiers de recherche sociologique*, Vol. 3, n°1, 1985, pp. 25-54.

Merckele P., « La « découverte » des réseaux sociaux. À propos de John A. Barnes et d'une expérience de traduction collaborative ouverte en sciences sociales », in *Réseaux*, n°182, 2013/6, pp. 187-208.

Meyer J.-B., « Connaissance et développement : un lien à actualiser, in M. Carton, Meyer J.-B. (dir.), *La société des savoirs ; trompe-l'œil ou perspective* ?, Paris, L'harmattan, coll. Travail et mondialisation, 2006, pp. 9-25.

Mills A., « The Economics of Hospital in Developing Countries : Cost and Sources of Income », Part II, in *Health Policy and Plannig*, n°5, 1990, pp. 203-218.

—— « The Economics of Hospital in Developing Countries : Expenditure Patterns », Part I, in *Health Policy and Plannig*, n°5, 1990, pp. 107-117.

—— « Vertical Versus Horizontal Health Programmes in Africa: Idealism, Pragmatism. Ressources and Efficiency », in *Social Science and Medicine*, Vol. 17, n°24, 1983, pp. 1971-1981.

Mizrahi J.-D., « Politique sanitaire et impérialisme à l'heure de la révolution pastorienne : le Conseil sanitaire de Constantinople, 1838-1923 », in W. Arbid et al. (éds), *Méditerranée, Moyen-Orient : deux siècles de relations internationales : recherche en hommage à Jacques Thobie*, Paris, L'Harmattan, 2003, pp. 221-242.

Moity-Maïzi P., R. Bouche, « Ancrage territorial et hybridation des savoir-faire au sein d'un système agroalimentaire localisé. Le cas des fromages corses », in *Économie rurale*, n°322, 2011, pp. 24-38.

Moity-Maïzi P., « Interroger la localisation et la circulation des savoirs en Afrique », in *Revue d'anthropologie des connaissances*, Vol. 5, n°3, 2011/3, pp. 473-491.

Moity-Maïzi P., J. Muchnik, « Circulation et construction de savoir-faire : questions pour une anthropologie des systèmes agroalimentaires localisés », in *Industries alimentaires et agricoles*, Vol. 122, n°9, 2005, pp. 16-26.

Morgan L. M., « Community Participation in Health: Perpetual Allure, Persistent Challenge », in *Health Policy and Planning*, Vol. 16, n°3, 2001, pp. 221-230.

Mouchet J., « Le DDT en santé publique », in *Cahiers Santé*, n°4, 1994, pp. 257-262.

Mouchet J., et *al*., « Le défi de la lutte contre le paludisme en Afrique tropicale : place et limite de la lutte antivectorielle », in *Cahiers Santé*, 1991, n°1, pp. 277-288.

Mouchet J., J. Hamon, « Les problèmes techniques de l'éradication du paludisme en Afrique », *Médecine tropicale et paludisme*, 1963, pp. 39-48.

Muller P., « L'analyse cognitive des politiques publiques : vers une sociologie politique de l'action publique », in *Revue française de science politique*, Vol. 50, n°2, avril 2000, pp.189-207.

Murard L., P. Zylberman, « La raison de l'expert, ou l'hygiène comme science sociale appliquée », in *Archives européennes de sociologie*, 1985, n°26, pp. 58-89.

Murhard F. (éd.), « Nouveau Recueil des traités », Vol.16, 2e partie, Gottingue, Dieterich, 1842, pp. 920-926.

Nambiar B., et *al*., « Planning Health Care in Developing Countries », in *Anaesthesia*, n°62 (Suppl.1), 2007, pp. 5-10.

Navarro V., « A critique of the ideological and political positions of the Willy Brandt report and the WHO Alma Ata declaration », in *Social Science & Medicine*, Vol. 18, n°6, 1984, pp. 467-474.

Nay O., « "Grand angle". La théorie des "États fragiles" : un nouveau développementalisme politique ? », in *Gouvernement et action publique*, n°1, 2013/1, pp. 139-151.

Neujean G., « Aspects pratiques de la lutte contre la trypanosomiase humaine dans la république du Congo (Léoplodville) », in *Bull. Org. mond. Santé*, n°28, 1963, pp. 797-810.

Newell K. N., « Selective PHC: The Counter Revolution », in *Social Science and Medicine*, Vol. 26, n°9, 1988, pp. 903-906.

Ngoye T., V. Poutrain, « L'évolution des savoirs et des pratiques médicales : l'exemple de la lutte contre le paludisme au Sénégal », in *Presses de Sciences Po*, « Autrepart », 2004/1 (n°29), pp. 81-98.

Nichter M., « Pharmaceuticals, the Commodification of Health and the Health Care-Medicine Use Tradition », in Nichter M. et Nichter M., *Anthropolgy and International Health: Asian Case Studies*, Amsterdam, Gordon & Breach, 1996, pp. 265-326.

Nichter M., C. Nordstrom, « A Question of Medicine Answering: Health Commodification and the Social Relations of Health in Sri Lanka », in *Culture, Medicine and Psychiatry*, n°13, 1989, pp. 367-390.

Njoya O., « Le Roi Njoya et la transition de l'approche médicale dans une société africaine », in *Le Roi Njoya : créateur de civilisation et précurseur de la renaissance africaine*, « Colloque international Roi Njoya », Paris, L'Harmattan, 2014, pp. 317-321.

Noël O., « L'évolution du paludisme au Cameroun, de 1948 à 1960. Campagnes organisées avec l'aide de l'O.M.S. et de l'U.N.I.C.E.F. », in *Médecine d'Afrique noire*, n°21, du 1er au 15 novembre 1960, pp. 433-434.

Nugroho G., « A Community Developement Approach to Raising Health Standard in Central Java, Indonesia », in K. N. Newell (ed.), *Health by the People*, WHO, Geneva, 1975, pp. 91-111.

Nye J., R. O. Keohane, « Transnational Relations and World Politics: An Introduction », in *International Organization*, n°25(3), 1971, pp. 329-349.

Nys J.-F., « Les nouveaux flux de migrations médicales », in *Revue internationale et stratégique*, n°77, 2010/1, pp. 24-35.

O'Brien P., « Historiographical Traditions and Modern Imperatives for Restoration of Global History », in *Journal of Global History*, n°1(1), 2006, pp. 3-39.

Offenstadt N., « La socio-histoire », in C. Delacroix, F. Dosse, P. Garcia, *Historiographies : concepts et débats*, Paris, Gallimard, 2010, pp. 618-624.

Okuonzi S. A., « Political Economy of Health with Reference to Primary Health Care », in *Health Policy and Development*, Vol. 2, n°1, 2004, pp. 1-4.

Olivier De Sardan J.-P., « Les trois approches en anthropologie du développement », in *Revue Tiers Monde*, Vol. 42, n°168, « Anthropologie du développement, fiscalité, géographie industrielle, éducation », 2001, pp. 729-754.

Ollivier G., D. Legros, « Trypanosomiase humaine africaine : historique de la thérapeutique et de ses échecs », in *Tropical Medicine and International Health*, Vol. 6, n°11, 2001, pp. 855-863.

Paillette C., « Diplomatie et globalisation des enjeux sanitaires : Camille Barrère, un itinéraire diplomatique du Caire à l'Office international d'hygiène publique (1883-1926) », in *Hypothèses*, n°17, 2014/1, pp. 129-138.

—— « Épidémies, santé et ordre mondial. Le rôle des organisations sanitaires internationales, 1903-1923 », in *Monde(s)*, n°2, 2012/2, pp. 235-256.

—— « L'Europe et les organisations sanitaires internationales. Enjeux régionaux et mondialisation, des années 1900 aux années 1920 », in *Cahiers Irice*, n°9, 2012/1, pp. 47-60.

Parayre S., « De l'hygiène à l'hygiène scolaire : les voies de la prévention à l'école (XVIII^{e}-XIX^{e} siècles) », in *Carrefours de l'éducation*, n°32, 2011/2, pp. 49-63.

—— « L'hygiène à l'école aux XVIII^{e} et XIX^{e} siècles : vers la création d'une éducation à la santé », in *Recherches & éducations*, 2008, pp. 177-193.

Payet J.-P., D. Laforgue, « Qu'est-ce qu'un acteur faible ? Contribution à une sociologie morale et pragmatique de la reconnaissance », in J.-P. Payet, F. Giuliani, D. Laforgue, *De l'indignité à la reconnaissance. Enquête sur la voix des acteurs faibles*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2008, pp. 9-25.

Pearson-Patel J., « Between Colonial Reform and Global Public Health: The Establishment of the WHO Regional Office for Africa », in *International Conference on « International Health Organisations and the History of Health and Medicine ». Proceedings of the Conference*, Shanghai, October 18-20, 2013, pp. 360-373.

—— « Promoting Health, Protecting Empire: Inter-Colonial Medical Cooperation in Postwar Africa », in *Monde(s)*, n°7, 2015/1, pp. 213-230.

Pernet C. A., « Between entanglements and dependencies: food, nutrition, and national development at the Central American Institute of Nutrition (INCAP) », in M. Frey, S. Kunkel, C. R. Unger (eds.), *International Organizations and Development, 1945-1990*, The Palgrave Macmillan Transnational History Series, 2014, pp. 103-111.

—— « L'UNICEF et la lutte contre la malnutrition en Amérique centrale dans les années 1950 : entre coopération et compétition », in *Relations internationales*, n°161, 2015/2, pp. 27-42.

Peters A., « Le cheminement historique des organisations internationales : entre technocratie et démocratie », in P.-M. Dupuy ; V. Chetail (éds), *The Roots of International Law/Les*

fondements du droit international, Liber Amicorum Peter Haggenmacher (Leiden, Boston: Martinus Nijhoff Publishers), 2014, pp. 487-529.

Petitat A., « Échange symbolique et historicité », in *Sociologie et sociétés*, Vol. 31, n°1, printemps 1999, pp. 93-101.

Pierre G., « La régionalisation », in *Annales de Géographie*, « Comptes rendus », Tome 87, n°484, 1978, p. 733.

Plevoets M., « Lovanium, une œuvre de foi », in *Bulletin de l'Association des médecins anciens étudiants de l'Université catholique de Louvain*, numéro spécial, Témoignages, juin 2007, pp. 5-9.

Porteous T., « L'évolution des conflits en Afrique subsaharienne », in *Politique étrangère*, Vol. 68, n°2, 2003, pp. 307-320.

Pourtier R., « L'Afrique centrale dans la tourmente. Les enjeux de la guerre et de la paix au Congo et alentour », in *Hérodote*, n°111, 2003/4, pp. 11-39.

Pringle D., et *al*., « La collaboration interdisciplinaire et la réforme des soins de santé primaires », in *Revue Canadienne de Santé Publique*, Vol. 91, n°2, 2000, pp. 87-88.

Quantin P., « L'Afrique centrale dans la guerre : les États-fantômes ne meurent jamais », in *African Journal of Political Science/Revue Africaine de Science Politique*, Vol. 4, n°2, Special Issue: Politics in Central Africa, 1999, pp. 106-125.

Raeburn J., « Charte d'Ottawa : réflexions des antipodes », in *International Union for Health Promotion and Education (IUHPE)*, Supplément 2, « Réflexions a posteriori sur Ottawa », 2007, pp. 41-42.

Raeburn J., L. Peters, « The First International Conference on Health Promotion: A New Zelande Perspective », in *Health Review*, Vol. 6, n°4, 1987, pp. 24-27.

Rageau J., J.-P. Adam, & E. Rivola, « Étude préliminaire sur la biologie d'Anopheles gambiae, Giles 1902 dans les régions forestières du Sud Cameroun », in *Annales de Parasitologie* Vol. 28, n°5-6, 1953, pp. 425-449.

Reus-Smit C., « The constitutional structure of international society and the nature of fundamental institutions », in *International Organization*, Vol. 51, n°4, 1997, pp. 555-589.

Richard Y., « Régionalisation, régionalisme et intégration régionale : concepts flous et nécessaire clarification », in A. Gana et Y. Richard (dir.), *La régionalisation du monde. Construction territoriale et articulation global/local*, Paris, IRMC-Karthala, 2014, pp. 23-44.

Ridde V., « Kingdon à Bamako : conceptualiser l'implantation d'une politique publique de santé en Afrique », in *Politique et Sociétés*, Vol. 23, n°2-3, 2004, pp. 183-202.

Rifkin S., « Paradigms Lost: Toward a New Understanding of Community Participation in Health Programmes », in *Acta Tropica*, n°61, 1996, pp. 79-92.

—— « The Role of the Public in the Planning Management and Evaluation of Health Activities and Programmes, Including Self-care », in *Social Science and Medicine*, n°15A, 1981, pp. 377-386.

Rocher G., *«* La mondialisation : un phénomène pluriel *»*, in D. Mercure, *Une société-monde ? Les dynamiques sociales de la mondialisation*, Québec, Les Presses de l'Université Laval et De Boeck Université, 2001, pp. 17-31.

Roemer M., « Social Science and Organized Health Services », *Human Organization*: Summer 1959, Vol. 18, n°2, pp. 75-77.

Rogier C., J.-F. Trape, « Paludisme : Organisations, réseaux et initiatives nouvelles », in *Médecine Tropicale*, Congrès, Actualité du Pharo n°6, Marseille, France (03/09/1999), Vol. 59, n°2, 1999, pp. 55-56.

Saillant F., A. Queniart, « Médecines douces. Quêtes, trajectoires, contrôles », in *International Review of Community Development*, n°24, 1990, pp. 5-9.

Santolamazza F., et *al.*, « Distribution of *knock-down resistance* mutations in *Anopheles gambiae* molecular forms in west and west-central Africa » in *Malaria Journal*, n°7, 2008, p. 74.

Saunier P.-Y., « Circulations, connexions et espaces transnationaux », in *Genèses*, n°57, 2004, pp. 110-126.

—— « Learning by Doing: Notes about the Making of the Palgrave Dictionary of Transnational History », in *Journal of Modern European History*, Vol. 6, n°2, 2008, pp. 159-180.

—— « Les régimes circulatoires du domaine social 1800-1940 : projets et ingénierie de la convergence et de la différence », in *Genèses*, n°71, 2008, pp. 4-25.

Sawyer L., « Community Participation: Lip Service ? », in *Nursing Outlook*, Vol. 43, pp. 17-22.

Sealey A., « Globalizing the 1926 International Sanitary Convention », in *Journal of Global History*, vol. 6, n°3, 2011, pp. 431-455.

Serre M., F. Pierru, « Les organisations internationales et la production d'un sens commun réformateur de la politique de protection maladie », in *Lien social et Politiques*, n°45, 2001, pp. 105-128.

Severin A., « Vente illicite de médicaments dans la rue. Les pharmaciens dénoncent la complicité de l'État », in *Tam-tam d'Afrique*, n°237, du 15 juin 2005.

Sharma S. N., et *al*., « Impact of DDT spraying on malaria transmission in Bareilly District, Uttar Pradesh, India », in *Journal of Vector Borne Disease*, n°42, 2005, pp. 54-60.

Sicault G., « Le développement « au ras du sol » », in *Revue Tiers Monde*, Vol. 18, n°72, (Octobre-Novembre 1977), pp. 699-708.

Sidel V. W., « The Barefoot Doctors of the People's Republic of China », in *New England Journal of Medicine*, n°286, 1972, pp. 1292-1300.

Simeant J., « Transnationalisation/internationalisation », in O. Fillieule et *al*., *Dictionnaire des mouvements sociaux*, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.), « Références », 2009, pp. 554-564.

Sindzingre A., « La dépendance vis-à-vis de l'aide en Afrique subsaharienne : éléments d'économie politique », in *Autrepart,* n°13, 2000, pp. 51-69.

Sinha C., et *al*., « Mosquito repellent (pyrethroid-based) induced dysfunction of blood-brain barrier permeability in developing brain », in *Int. J. Devl. Neuroscience*, n°22, 2004, pp. 31-37.

Smith D., J. Bryant, « Building the Infrastructure for Primary Health Care: An Overview of Vertical and Integrated Approaches », Vol. 26, n°9, 1988, pp. 909-917.

Smouts M.-C., « La construction équivoque d'une « opinion » mondiale », in *Tiers-Monde*, Tome 38, n°151, 1997, Coopération internationale : le temps des incertitudes, pp. 677-693.

Stengers J., « Une décolonisation précipitée. Le cas du Congo Belge », in *Cultures et développement*, Vol. 10, n°4, 1978, pp. 521-556.

Stone D., « Transfer agents and global networks in the "transnationalization" of policy », in *Journal of European Public Policy*, Vol. 11, n°3, 2004, pp. 545-566.

Sydenstricker E., « Health and the depression », *Quarterly Bulletin of Milbank memorial Fund*, Vol. 11, n°4, 1933.

Tejada-De-Rivero D., « Alma-Ata Revisited », in *Perspectives in Health Magazine: The Magazine of the Pan American Health Organization*, Vol. 8, n°2, 2003, pp. 1-6.

The Lancet*, *The Bamako Initiative, Editorial, 1988, pp. 1177-1178.

Thomas M., « *Albert Sarraut, French Colonial Development, and the Communist Threat, 1919-1930* », in *The Journal of Modern History*, Vol. 77, n°4 (Décember 2005), pp. 917-955.

Thuilliez J., « L'impact du paludisme sur l'éducation primaire : une analyse en coupe transversale des taux de redoublement et d'achèvement », in *Revue d'économie du développement*, Vol.17, 2009/1, pp. 167-201.

Tizio S., Y.-A. Flori, « L'initiative de Bamako », in *Revue Tiers Monde*, Vol. 38, n°152, 1997, pp. 837-858.

Trape J. F., et *al*., « Malaria morbidity and pyrethroid resistance after introduction of insecticide-treated bednets and artemisinin-based combination therapies: a longitudinal study », in *The Lancet Infectuous Diseases*, Vol. 11, n°12, 2011, pp. 925-932.

Triviere L., « Pékin à l'O.N.U., Taipei exclu », in *Études (France),* janvier 1972, pp. 76-77.

Ugalde A., « Ideological Dimension of Community Participation in Latin American Health Programs », in *Social Science and Medicine*, Vol. 21, n°1, 1985, pp. 41-53.

Unger J., J. Kilingsworth, « Selective Primary Health Care: A Critical Review of Methods and Results », in *Social Science and Medicine*, Vol. 22, n°10, 1986, pp. 1001-1013.

Vallee O., « La construction de l'objet corruption en Afrique », in *Afrique contemporaine*, n°220, 2006/4, pp. 137-162.

Van De Ven A., « Central Problems in the Management of Innovation », in *Management Science*, Vol. 32, n°5, 1986, pp. 590-607.

Van Der Geest S., « The Articulation of Formal and Informal Medicine Distribution in South Cameroon », in S.Van der Geest & S. R. Whyte (Dir.), *The Context of Medicines in Developing Countries: Studies in Pharmaceutical Anthropology*, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 1988, pp. 131-148.

—— « The Illegal Distribution of western Medicines in Developing Countries: Pharmacist, Drug Pedlars, Injection Doctors and Others. A Bibliographic Exploration », in *Medical anthropology*, Vol. 6, n°4, 1982, pp. 197-219.

Van Der Geest S., et *al*., « Primary Health Care in a Multi-level Perspective: Towards a Research Agenda », in *Social Science and Medicine*, Vol. 30, n°9, 1990, pp. 25-34.

Van Der Geest S., S. R. Whyte, « Popularité et scepticisme : opinions contrastées sur les médicaments », in *Anthropologie et sociétés*, Vol. 27, n°2, 2003, pp. 97-117.

Van Dormael M., « La médecine coloniale, ou la tradition exogène de la médecine moderne dans le Tiers Monde », in *Studies in Health Services Organization & Policy*, n°1, 1997, pp. 1-38.

Van Lerberghe W., « Les politiques de santé africaines : continuités et ruptures », in *Bulletin de Séances de l'Académie Royale des Sciences d'Outre-Mer*, Vol. 39, n°2, 1993, pp. 205-230.

Van Lerberghe W., H. Van Balen, et G. Kegels, « Typologie et performances des hôpitaux de premier recours en Afrique sub-saharienne », in *Annales de la société belge de médecine tropicale*, Vol. 72, sup.2, 1992, pp. 1-50.

Van Lerberghe W., K. A. Pangu, « Les politiques de santé », in D. Tabutin (éd.), *Population et sociétés en Afrique au Sud du Sahara*, Paris, L'Harmattan, 1988, pp. 335-367.

Van Lerberghe W., V. De Brouwere, « État de santé et santé de l'État en Afrique subsaharienne », *Afrique contemporaine*, (numéro spécial), 3ème trimestre 2000, pp. 175-190.

Velasquez G., « Origine et évolution du concept du médicament essentiel promu par l'OMS », in *Tiers-Monde*, Tome 32, n°127, 1991. « Investissement-travail et développement. Des approches renouvelées ? », pp. 673-680.

Veltz P., « Une organisation géoéconomique à niveaux multiples », in *Politique étrangère*, Vol. 62, n°2, 1997, pp. 265 - 276.

Vigier D., « la Commission de coopération technique en Afrique au sud du Sahara », in *Politique étrangère*, Vol. 19, n°3, 1954, pp. 335-349.

Vignes K., « Étude sur la rivalité d'influence entre puissance européennes en Afrique équatoriale et occidentale depuis l'acte général de Berlin jusqu'au seuil du XXe siècle », in *Revue française d'histoire d'outre-mer*, Tome 48, n°170, 1er trimestre 1961, pp. 5-95.

Volden C., C. R. Shipan, « The Mechanism of Policy Diffusion », in *American Journal of Political Science*, Vol. 52, n°4, 2008, pp. 840-857.

Von Waetensleben A., « Major Issues Concerning Pharmaceutical Policies in the Third World », in *World Development*, Vol. 11, 1983, p. 171.

Walley J., et *al*., « Primary Health Care: Making Alma-Ata a realty », in *The Lancet*, Vol. 372, n° 9642, 2008, pp. 1001-1007.

Walsh J., K. Warren, « Selective Primary Health Care. An Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries », in *New England Journal of Medicine*, Vol. 301, 1979, pp. 967-974.

Walt G., L. Gilson, « Reforming the Health Sector in Developing Countries : The Central Role of Policy Analysis », in *Health Policy and Planning*, Vol. 9, n°4, 1994, pp. 353-370.

Watal J., « Product Patents, Pharmaceutical Prices and Welfare Losses: a Simulation Study of Policy Options for India under the WTO TRIPS Agreement », in *World Economy*, Vol. 23, n°5, 2000, pp. 733-752.

Webber D. J., « Distribution and Use of Policy Knowledge in the Policy Process. » in *Knowledge and Policy*, Vol. 4, n°4, 1992, pp. 6-35.

Werner D., et *al*., « Health Care in the Context of Social Revolution: The Example of Nicaragua », in *The Politics of Primary Health Care and Child Survival*. Health and Rigth, 1997, pp. 153-160.

Whyte S. R., S. Van Der Geest, A. Hardon, « Health Planners: Making and Contesting Drug Policy », in *Social Lives of Medicines*, Cambridge, Cambridge University Press, 2002, pp. 146-160.

Williams P. O., « The Scientific Neglect of Tropical Medicine », in C. Wood (ed.), *Tropical Medicine: From Romance to Reality*. *Proceedings of a Conference 12-14 December 1977*, Grune & Stratton New York, Academic Press London, 1978, pp. 15-23.

Wimmer A., N. G. Schiller, « Methodological Nationalism, the Social Sciences, and the Study of Migration: an Essay in Historical Epistemology », in *International Migration Review*, Vol. 37, n°3, 2003, pp. 576-610.

Zawadi Musaka B., et *al*., « Évaluation de la Sensibilité et Résistance des Anophèles gambiae ss aux Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide », in *International Journal of Innovation and Scientific Research*, Vol. 10, n°2, octobre 2014, pp. 312-317.

Zerbo Y., « La problématique de l'unité africaine (1958-1963) », in *Guerres mondiales et conflits contemporains*, n°212, 2003/4, pp. 113-127.

Ziskind B., « Le paludisme, un fléau de l'ancienne Egypte », in *Revue du Praticien*, Vol. 59, avril 2009, pp. 586-589.

Zorn J.-F., « Les débuts du protestantisme en Afrique », in *Afrique contemporaine*, n° 159, 3e trimestre 1991, pp. 15-20.

Zylberman P., « Fewer Parallels than Antitheses, Rene Sand and Andrija Stampar on Social Medecine, 1919-1955 », in *Social History of Medecine*, Vol.17, n°1, 2004, pp. 77-93.

Articles de journaux

« 1962 : Fin du paludisme en Europe », *in Le Courrier de l'Unesco*, 13e année, avril 1960, p. 16.

« L'aide de la Belgique au Congo. Le prêt d'un milliard comprend un risque, mais c'est un risque calculé, déclare M. Spaak », in *La Dernière Heure*, du 14 novembre 1963.

« L'hôpital général de Brazzaville », in *La Semaine de l'A.E.F.*, n°297, 7e année, Dimanche 11 mai 1958, pp. 1 et 3.

« Palu : les pharmacies baissent les prix des médicaments », in Le Quotidien national, *Cameroon Tribune*, du 4 mai 2007.

« Traitement du paludisme : des prix variables malgré la gratuité », in *La Nouvelle Expression*, du 29 mai 2007.

« Une aide aux familles organisée par l'O.M.S. », in *La Semaine de l'A.E.F.*, n°6, samedi 11 octobre 1952, p. 1.

Belga K. Z., « La Belgique défend habilement son œuvre coloniale devant l'O.N.U. », in *Le dernière Heure*, édition du mercredi 5 novembre 1952.

Borlaug N. E., « Plaidoyer pour le DDT et autres pesticides », *Courrier de l'UNESCO*, Vol. 25, n°2, 1972, pp. 4-12.

Deutchoua X. L., « Joseph Nzo Ekangaki : un éclair dans la diplomatie », *Le Quotidien Mutations*, Yaoundé, 16 juin 2005.

Dev Ray, « Le rôle de la Fondation Gates dans la lutte antipaludique a suscité récemment une controverse », in *Nouvelles trimestrielles de l'Association des Anciens de l'OMS*, QNT 71, janvier-mars 2008.

Essomba F., « Ratissage des forces de l'ordre : Le DG de la CENAME activement recherché », in *Le Messager*, 04 avril 2008.

Foucart S., « La fable de l'interdiction de l'insecticide DDT par les écologistes », *Le Monde*, 25 avril 2014.

Jouve E., « Bonnes relations avec les pays industrialisés, solidarité avec le tiers-monde », in *Le Monde diplomatique*, « Politique étrangère », août 1976, p. 25.

L'Humanité du 8 décembre 1961, p. 3. Cité par M. Guyard.

Menounga E., « Le rapport qui accuse Olanguena et ses coaccusés », in *Le Jour*, n˚0708 du lundi 14 juin 2010, p. 5.

Radio Presse, n˚1171, dimanche 8 août 1954.

Sauvy A., « Trois mondes, une planète », in *L'Observateur*, 14 août 1952, n°118, p. 14.

Thèses et mémoires

Andela Bambona S. L., « Le personnel de santé féminin autochtone au Cameroun sous régime français, 1921-1947 », Mémoire de Maîtrise en histoire, Université de Yaoundé I, 2000.

Baranyanka P., « La problématique des brevets et de l'accès aux médicaments dans les pays en développement par l'approche des biens publics mondiaux », Thèse de doctorat en études internationales, Québec, Université de Laval, 2015.

Baty J.-R. F., « Direction de la santé scolaire, universitaire et de la médecine du sport : organisation et fonctionnement », Université Marien Ngouabi, INSSSA, Mémoire de Licence en sciences de la santé, 1989.

Epossy Ebongue F. M., « Quatre décennies d'aide sanitaire française au Cameroun : 1960-2000. Approche historique », Mémoire de Maîtrise, Université de Yaoundé I, 2002.

Ferragu G., « Camille Barrère, ambassadeur de France à Rome et le rapprochement franco-italien de 1898 à 1914 », Thèse de doctorat, Université de Paris X, 1999.

Kampagama P., « Pratiques et discours des organisations non-gouvernementales de développement (ONGD) en République Démocratique du Congo », Thèse de doctorat en sociologie, Université de Laval, Québec, Canada, 2006.

Katembo Kaluma, « L'influence des dimensions des soins de santé primaires (SSP) sur les résultats des programmes de santé : cas de la participation habilitante ou *empowerment* », Thèse de doctorat (Ph.D.) en santé communautaire, Université de Laval, Quebec, 2009.

Mve B. J., « La médecine traditionnelle et l'évolution de la santé au Cameroun. Le cas de l'ère culturelle Fang-Beti-Boulou, 1924-2003 », Thèse de Doctorat/Ph.D en Histoire, Université de Yaoundé I, 2011.

Sabakinu Lukwikilu L., « Politique de lutte contre le paludisme. Cas de l'ancienne province de Léopoldville (1888-1960) », Université de Kinshasa, Licence en sciences historiques, 2011.

Wang Sonne, « Les auxiliaires autochtones dans l'action sanitaire publique au Cameroun sous administration française, 1916-1945 », Thèse de Doctorat en histoire, Université de Yaoundé I, 1986.

Watkins D. E., « The English Revolution in Social medecine, 1889-1911 », PhD Thesis, University of London, 1984.

Sources imprimées ou éditées (rapports reliés)

« Arrangement de Rome du 9 décembre 1907 », Bibliothèque OMS/GVA.

« Assistance technique en vue du développement économique », in OMS, Actes officiels de l'Organisation mondiale de la santé, n°30. Travaux de l'OMS (1950) : Rapports annuel du Directeur général à l'Assemblée mondiale de la santé et aux Nations Unies, OMS, Palais des Nations, Genève, 1951, pp. 59-61.

« Charter of the United Nations and Statute of the International Court of Justice », San Francisco, 1945.

« Convention sanitaire internationale, 1853 », Bibliothèque, OMS/GVA.

« Extrait du Rapport de la Commission mixte spéciale composée des Délégués du Comité d'Hygiène de la Société des Nations et des Délégués du Comité de l'Office International

d'Hygiène Publique », Annexe du Procès Verbal de la 6e séance, 27 octobre 1923, Bibliothèque, OMS/GVA.

« Localisation et circulation des savoirs en Afrique », colloque organisé par Bruno Martinelli et Pascale Moity-Maizi à la MMSH (Maison Méditerranéenne des Sciences de l'Homme) d'Aix-en-Provence les 19 et 20 mars 2009.

« Ordonnance n° 45-2484 du 24 septembre 1945 relative à l'exercie et à l'organisation des professions de médecin, de chirurgien dentiste et de sage-femme », in Journal Officiel de République Française (JORF) du 28 septembre 1945, p. 6083.

« The Commission's Current Understanding of its task », (paper presented at the Annual meeting of the CMC, September 2-6, 1968).

Actes Officiels de l'OMS, n°118, annexe 3, p. 81, XVe Assemblée mondiale de la santé, Genève, 8-25 mai 1962.

AOIHP/AOMSGVA, *Arrangement between the United States and others powers for the establishment of the International Office of Public Health*.

Assogbe L., T. Locoh, « Le marché parallèle des produits pour la contraception et la lutte contre la stérilité à Lomé », in *Études et travaux APEL*, Cotonou, Université du Bénin, Unité de recherche démographique, N°5, 19 p. + annexes, 1985.

Bach D., H. Hveem, « Regionalism, Regionalisation and Globalisation », *Congrès de l'ECPR et de l'International Studies Association*, Vienne, 16-20 septembre 1998.

Bridgman R. F., *L'hôpital rural. Ses structures et son organisation*, Séries de monographies de l'OMS, n°21, 1955.

Buchan J., « Comment maîtriser les migrations des professionnels de santé de façon à réduire leurs effets néfastes sur l'offre des services ? », Synthèse pour la Conférence ministérielle européenne de l'OMS à Tallinn, 25-27 juin 2008, Copenhague, OMS, Europe, 2008.

Bureau Européen des Nations Unies, Communiqué de presse n°207, OMS/CP/1, 30 juin 1948.

Charte d'Ad Lucem, fonds abbé Prévost, OPM, Q15 661 (cité par G. Lachenal et B. Taithe, p. 53).

Canadian Department of National Healh and Welfare, A New Perspective on the Health of Canadians/Nouvelle perspective de la santé des Canadiens, Ottawa, n.p., 1974.

CMC, Annual Report 1973 (Bossey, Switzerland: CMC, 1973), pp. 32-33, pp. 38-44.

Déclaration d'Alma-Ata, points VI et VII, in « Les soins de santé primaires. Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata (URSS), 6-12 septembre 1978, série Santé pour tous, n°1.

Fonds documentaire de l'ORSTOM, n°25791 ex1/M, côte B.

Fonds OIHP_A3.pdf, archives numérisées.

Graham E., C. Volden, C. R. Shipan, « The Diffusion of Policy Diffusion », papier présenté au congrès annuel de l'*American Political Science Association*, Boston, 27-31 août 2008.

Journal Officiel de l'Afrique équatoriale française (JOAEF), « Arrêté du 2 janvier 1937, portant organisation générale de l'Enseignement en Afrique équatoriale française.

JOAEF, Décret du 15 janvier 1910, portant création du Gouvernement Général de l'A.E.F.

Journal Officiel de la République Française (JORF), « Arrêté du 2 janvier 1937 portant organisation générale de l'enseignement en Afrique Equatoriale Française », 1937.

Journal Officiel du Cameroun (JOC), 1944, p. 620.

JOC, 1953, p. 795.

Kahssay H., M. Taylor et A. Berman, *Les agents de santé communautaires : comment aller de l'avant*, OMS, Genève, 1999.

Kahssay H., P. Oakley, *Community Involvement Health Development: A Review of The Concept and Practice*, WHO, Geneva, 1999.

Kanagaratnam K., « A Review of the Bellagio Population and Health Papers », May 9, 1979, Folder "Health and Population", Rockefeller Foundation Archives (cited by M. Cueto in « The Origin of Primary Health Care », p. 1869).

Lantum N. D., S. Atangana, « The evaluation of UCHS (CUSS) Doctors in the fields: comprehensive report », Public health unit, UYI, June 1980.

Llewelyn-Davies R., H. C. M. MacAulay, *Planification et administration hospitalière*, Séries de monographies de l'OMS, n°54, 1966.

Mahler H. T., « Discours d'ouverture de la conférence de la Fondation Agha Khan et de l'OMS, sur le rôle des hôpitaux dans les SSP », Karachi, 1981.

—— « Essential Drugs for All », in *Pharmaceuticals in Developing Countries*, Papers presented at the Eleventh IFPMA Assembly, Washington D.C., 7-8 June, 1982.

McGilvray J. C., « The International and Ecumenical Dimensions of DIFAM's Contribution to the Healing Ministry of the Church », May 18, 1990, p. 5.

Nkoum B. A., *Santé et développement. Leçon inaugurale de la rentrée solennelle académique 2012/2013 de l'Université catholique d'Afrique centrale (UCAC)*, PUCAC, Yaoundé, 2014.

O.M.S. et H.A.I., Les prix des médicaments. Une nouvelle approche pour les mesurer, éd. 2003.

O.M.S., *Stratégie pharmaceutique de l'OMS : Cadre d'action pour les médicaments essentiels et politiques pharmaceutiques 2000-2003*, OMS, Genève, 2000.

OCEAC, « Rapport final de la 4e conférence technique de l'OCEAC, Yaoundé du 21 au 25 janvier 1969 », Tome II, p. 488.

OHSDN, « The economic depression and Public Health, Memorandum prepared by the Health section », Bulletin I, 1932.

OIHP, Comité international permanent, Session ordinaire d'octobre 1929, (première séance), p. 16, in Procès verbal du Comité permanent de l'OIHP, 1928-1929, Bibliothèque, OMS/GVA.

OMS, « 22e rapport du comité d'experts de l'OMS sur les insecticides », OMS, Genève, 1976.

OMS, « Accès équitable aux médicaments essentiels : cadre d'action collective », *Perspectives de l'OMS sur les médicaments*, Genève, OMS, 2004.

OMS, « Hôpitaux et santé pour tous. Rapport d'un comité d'experts de l'OMS sur le rôle des hôpitaux de premiers recours », OMS, Genève, Série de rapports techniques, n°744, 1987.

OMS, « Insecticide resistance and vector control », 17e rapport du comité d'experts de l'OMS, OMS, Genève, 1970.

OMS, « L'hôpital de district dans les zones rurales et urbaines. Rapport d'un groupe d'étude de l'OMS sur les fonctions des hôpitaux de premiers recours », OMS, Série de rapports techniques, n0819, 1992.

OMS, « L'utilisation des médicaments essentiels », 9e rapport du Comité OMS d'experts, OMS, Genève, 2000.

OMS, « La sélection des médicaments essentiels », Série de rapports techniques, Genève, OMS, 1977.

OMS, « Les contrefaçons des médicaments », Rapport de l'atelier OMS/FIIM, avril 1992.

OMS, « Observatoire de la santé en Afrique : médecine traditionnelle, notre culture, notre avenir », in *Revue du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique*, Vol. 4, n°1, janvier-juin 2003, p. 2.

OMS, « Procès-verbal provisoire de cinquième séance », Palais des Nations, Genève, Mardi 10 mai 1994.

OMS, « Programme d'action pour les médicaments essentiels », A35/7.

OMS, « Programme d'action pour les médicaments essentiels », Rapports du Comité ad hoc du Conseil exécutif pour les politiques pharmaceutiques mandaté par le Conseil exécutif, A35/7, 1er avril 1982.

OMS, « Rapport de la Conférence du paludisme en Afrique équatoriale », Série de Rapports techniques n°38, OMS, Genève, avril 1951.

OMS, « Référentiel pour l'harmonisation des procédures d'enregistrement des médicaments essentiels génériques dans les pays de la zone franc et pays associés », Rapport général du séminaire-atelier tenu Ouagadougou du 17-19 février 1999, OMS et Ministère français des Affaires étrangères, 1999.

OMS, *Actes officiels de l'Organisation mondiale de la santé, n°30 : Travaux de l'OMS, 1950. Rapport annuel du Directeur général à l'Assemblée mondiale de la santé et aux Nations Unies*, Palais des Nations, Genève, 1951.

OMS, *Actes officiels de l'Organisation mondiale de la santé, n°59 : Travaux de l'OMS en 1954. Rapport annuel du Directeur général à l'Assemblée mondiale de la santé et aux Nations Unies*, Palais des Nations, Genève, 1955.

OMS, *Alma-Ata 1978. Les soins de santé primaires : Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata (URSS), 6-12 septembre 1978. Rapport conjoint de l'OMS et de l'UNICEF*, OMS, Genève, 1978.

OMS, *Brazzaville-Santé (la) publique en Afrique : dix ans de progrès*, OMS, Brazzaville, 1958.

OMS, Congo belge, Direction générale des services médicaux. Rapports annuels de 1948-1956.

OMS, *Défis, conflits et succès. Bilan de dix années à la tête du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique : Dr. Ebrahim Malick Samba*, OMS, Brazzaville, 2004.

OMS, Directives concernant la lutte contre la lèpre, Genève, OMS, 1980.

OMS, *Documents fondamentaux, « Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé »*, 48e éd., 2014, pp. 1-20.

OMS, *Guide pour l'élaboration de politiques nationales de vaccination dans la région africaine de l'OMS*, OMS, Brazzaville, 2017.

OMS, *La situation pharmaceutique dans le monde*, OMS, Genève, 1990.

OMS, *La stratégie de la santé pour tous d'ici l'an 2000*, OMS ; Série « Santé pour tous », n°2, Genève, 1981.

OMS, Médecine traditionnelle : besoins croissants et potentiels, perspectives politiques de l'OMS sur les médicaments, OMS, Genève, 2002.

OMS, *Séries de rapports techniques*, n°615 (1977) ; n°641 (1979) ; n°685 (1983) ; n°722 (1985) ; n°770 (1988) ; n°796 (1990) ; n°825 (1992) ; n°850 (1995) ; n°867 (1997).

OMS, *Statut du Personnel et Règlement du Personnel*, OMS, Genève, 1er février 2016.

OMS, *Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000*, Genève, OMS, 1978.

OMS, *Stratégie mondiale de lutte antipaludique*, Genève, OMS, 1994.

OMS, *Stratégie pharmaceutique de l'OMS : Cadre d'action pour les médicaments essentiels et politiques pharmaceutiques (2000-2003)*, OMS, Genève, 2000/ Document WH0/EDM/2000.1, pp. 34-35.

OMS/MSP, « Profil-Pays Cameroun. Rapport conjoint OMS/MSP adressé à AFRO par le représentant de l'OMS au Cameroun, le Dr. G. Imboua-Bogui », octobre 1985.

OPM, Abbé Prévost, Ad Lucem, Q14/I/38, Appel à la formation des missionnaires laïcs, 1932 (cité par G. Lachenal et B. Taithe, p. 53).

Plan national camerounais de lutte contre le paludisme, 2010.

Plan stratégique national tchadien de lutte contre le Paludisme 2014-2018.

Préambule de l'accord portant création de l'UNRRA.

Procès verbal du Comité Permanent de l'OIHP, Bibliothèque, OMS/GVA.

PVCSI, Paris, 1894, C. Barrère, 7 fév. 1894, p.14. (cité par C. Paillette, in « Diplomatie et globalisation des enjeux sanitaires », p. 134).

Recueil des résolutions et décisions de l'Assemblée Mondiale de la Sante et du Conseil Exécutif, Vol. I, 1948-1972.

Résolution AFR/RC37/R.1, § 1.

Rodhain J., « Compte rendu des travaux des commissions chargées d'étudier l'organisation de la lutte contre le paludisme au Congo belge et au Rwanda-Urundi », (extrait du *Bulletin de l'Institut Royal Colonial belge*, Tome 22, fasc. 3, 1951), Gembloux, 1951.

Société des Nations : ses fins, ses moyens et son œuvre (édition révisée), Genève, secrétariat de la SDN, 1938.

Stone D., « Learning Lessons, Policy Transfer and the International Diffusion of Policy Ideas », CSGR Working Paper No. 69/01, 2001.

Taal H., *Decentralization and Community Participation for Improving Access to Basic Services: An Empirical Approach*, UNICEF, 1993.

Tarimo E., A. Creese, *La santé pour tous d'ici l'an 2000 : À mi-chemin, le point de la situation dans divers pays*, OMS, Genève, 1991.

UNICEF, HAI & OXFAM, *Report on the International Study Conference on Community Financing in Primary Health Care*, Cape Sierre Hotel, Freetown, Sierra Leone, 1989.

UNICEF, *Immunization Summary, The 2009 edition: a statistical reference containing data through 2007*, New York, NY, 2009.

Van Lerberghe W., Y. Lafort, *The role of the hospital in the district. Delivering or supporting primary heath care ? Current concerns*, WHO SHS, paper n°2, 1990.

WHO, « Harare Declaration : Declaration on Strengthening District Health Systems Based on Primary Health Care », Harare, Zimbabwe, 7 August 1987.

WHO, *Optimization of vaccination schedules in low and middle income countries*, SAGE meeting, 27-29 October 2009.

WHO, *The selection of essential drugs. Report of a WHO Expert Committee*, SRT 615, WHO, Geneva, 1977.

Sources archivistiques

Archives diplomatiques de Bruxelles ci-après ADB

ADB, « Note pour P. IV. : Étude d'un programme d'information belge aux États-Unis », 10 juillet 1951, chemise 13211, liasse n°11.449.

ADB, « Note pour Monsieur de Secrétaire Général », 21 septembre 1951, chemise 13211, liasse n°11.449.

ADB, « Note pour Monsieur de Secrétaire Général », 21 septembre 1951, chemise 13211, liasse n°11.449.

Archives diplomatiques de Paris ci-après ADP

ADP, « 3ème Assemblée Mondiale de la Santé. Note pour le Ministre », 15 juin 1950, in Ministère des Affaires Etrangères/Direction des Affaires Politiques (par la suite MEA/DAP), 3e Assemblée mondiale de la Santé, Genève, 8-27 mai 1950, 372QO/315-Nations Unies et Organisations Internationales (NUOI) 1949-1950, S50. 3. 4.

ADP, « a.s. du Dr. Daubenton », Correspondance de Bernard Toussaint, représentant permanent de la France auprès de l'Office des NU, à Maurice Schuman, MAE, 20 novembre 1950, in MAE, *Poste de Directeur de la région africaine de l'OMS, novembre 1950-février* 1954, S50. 3. 4. G 6.

ADP, « a/s. Coopération technique franco-belge en Afrique. Correspondance de R. Bousquet, ambassadeur de France en Belgique, à Couve de Murville, MAE », Bruxelles le 17 novembre

1958, in MAE/DAP, Coopération franco-anglo-belge, 372QO/115 NUOI 1947-1958, S22. 4. 3.

ADP, « Admission d'assistants médicaux congolais dans les facultés de médecine française », lettre de J. Wolfrom (ministre des affaires étrangères) au ministre de l'éducation nationale, 25 août 1960, in MAE/DAP, Boursiers africains en France, 517INVA/826 NUOI août 1960-juin 1965, S50. 3. 4. G6.

ADP, « Arrivée du Docteur Cambournac, Directeur du Bureau Régional pour l'Afrique de l'O.M.S. », Correspondance par autorisation de Luchaire, conseiller technique au ministère de la France d'Outre-Mer, à M. le Haut-commissaire de la République en AEF, 24 février 1954, in MAE, *Poste de Directeur de la région africaine de l'OMS, novembre 1950-février* 1954, S50. 3. 4. G 6.

ADP, « Assemblée Mondiale de la Santé. Télégramme de P. Bertrand au Ministre des affaires étrangères, 12 juillet 1948 », in MEA/DAP, 1ère Assemblée mondiale de la Santé, Genève 24 juin-24 juillet 1948, 372QO/315 NUOI 1947-1948, S50. 3. 4.

ADP, « Attitude américaine vis-à-vis des problèmes coloniaux », correspondance de Henry Bonnet (ambassadeur de France aux USA) à Robert Schuman (MAE), in K. Afrique-Levant, Généralités 1944-1952, 49QO/59, K. 23. 11.

ADP, « Compte-rendu sur la Réunion Préparatoire à la 3ème session du Comité Régional pour l'Afrique de l'O.M.S. (Paris 24 Juillet 1953), in MAE/DAP, Afrique-Levant, CCTA, Relations avec l'OMS, K.23.5.

ADP, « Direction d'Afrique-Levant : Note concernant les projets africains de l'O.M.S. », in MAE/DAP, Bureau Régional "Afrique". Création du Bureau Régional pour l'Afrique, juin 1947-octobre 1950, 372QO/330 NUOI 1947-1950, S50. 3. 4. G. 6.

ADP, « Esquisse d'une mise au point des relations France-O.M.S. », in MAE/DAP, représentants français aux conférences et groupes d'étude, 372QO/313 NUOI, 1948-1949, S.50. 3. 4.

ADP, « Instructions pour la délégation française à la deuxième assemblée mondiale de la santé », MAE/DAP, 2e Assemblée mondiale de la santé, Rome 13 juin-3 juillet 1949, 372QO/315, NUOI 1948-1949, S50. 3. 4.

ADP, « Instructions pour la délégation française à la troisième Assemblée Moniale de la Santé », in MAE/DAP, 3e Assemblée mondiale de la santé, Genève, 8-27 mai 1950, 372QO/315, NUOI 1949-1950, S50. 3. 4.

ADP, « L'activité de l'OMS est appelée à influer favorablement sur les échanges commerciaux, les transports et les approvisionnements en denrées alimentaires dans le monde », K. 3, 6-48, 372QO/315 NUOI 1947-1948, S50. 3. 4.

ADP, « L'organisation internationale de la santé publique », Ministère de français l'information (Direction de la Documentation), in *Notes Documentaires et études* n°220 du 18 janvier 1946 (Série internationale-LXXIV).

ADP, « La France et les Nations Unies », octobre 1955-décembre 1956, in MAE/DAP, Coopération franco-anglo-belge, 372QO/115 NUOI 1947-1958, S22. 4. 3.

ADP, « Lettre de Candau au ministre des affaires étrangères, réf. G 1/180/11 Congo », 23 août 1960, in MAE/DAP, Boursiers africains en France, 517INVA/826 NUOI août 1960-juin 1965, S50. 3. 4. G6.

ADP, « Lettre de Massigli, l'Ambassadeur de France à Londres à Robert Schuman, ministre français de affaires étrangères », 27 avril 1951, in MAE/DAP, Paludisme, Projet de création d'un bureau de la C.C.T.A. pour la lutte contre le paludisme, (avril-juin 1951 et s.d.), Afrique-Levant, CCTA 50, K.23.5, E12.

ADP, « Lettre du médecin général François Daubenton au ministre français des affaires étrangères », 27 juin 1951, in MAE/DAP, Bureau Régional "Afrique". Choix du siège : siège à Brazzaville, cité du D'joué, 372QO/330 NUOI 1951-1956, S50. 3. 4. G. 6.

ADP, « Lettre du ministre de la santé publique et de la population à monsieur le ministre des affaires étrangères », 6 juillet 1951, in in MAE/DAP, Bureau Régional "Afrique". Choix du siège : siège à Brazzaville, cité du D'joué, 372QO/330 NUOI 1951-1956, S50. 3. 4. G. 6.

ADP, « Lettre du ministre des affaires étrangères au ministre de la France Outre-mer », 20 août 1948, 49QO/35, K.21. bis-6.

ADP, « Note anonyme du Secrétariat des Conférences au ministre français des affaires étrangères le 27 septembre 1951 », K. Afrique-Levant, Généralités 1944-1952, 49QO/59, K. 23. 11.

ADP, « Note au sujet d'une action sanitaire commune en Afrique », in MAE/DAP, Paludisme, Projet de création d'un bureau de la C.C.T.A. pour la lutte contre le paludisme, (avril-juin 1951 et s.d.), Afrique-Levant, CCTA 50, K.23.5, E12.

ADP, « Note concernant l'action à entreprendre en Afrique par la C.C.T.A. contre le paludisme », in MAE/DAP, Paludisme, Projet de création d'un bureau de la C.C.T.A. pour la lutte contre le paludisme, (avril-juin 1951 et s.d.), Afrique-Levant, CCTA 50, K.23.5, E12.

ADP, « Note concernant les projets africains de l'O.M.S. », in MAE/DAP, Coopération franco-anglo-belge, 372QO/115 NUOI 1947-1958, S22. 4. 3.

ADP, « Note de la Direction d'Afrique-Levant : a.s. Organisation mondiale de la Santé », n°749 sc, Paris le 5 juillet 1947, in K. Afrique-Levant, Généralités 1944-1952, 49QO/35, K.21. bis-6.

ADP, « Note sur la réunion du 9 mars 1951 concernant la création d'un comité régional africain de l'O.M.S. », in MAE/DAP, K. Afrique-Levant, CCTA. Relations avec l'OMS (1947-1961), 42QO/82 NUOI 1946-1965, K.23.5.

ADP, « Notes sur les conversations coloniales franco-belges qui ont eu lieu à Bruxelles le 27, 28 et 29 janvier 1947, in MAE/DAP, Coopération franco-anglo-belge, 372QO/115 NUOI 1947-1958, S22. 4. 3.

ADP, « O.M.S. et C.C.T.A. en Afrique », 25 avril 1951, in in MAE/DAP, K. Afrique-Levant, CCTA. Relations avec l'OMS (1947-1961), 42QO/82 NUOI 1946-1965, K.23.5.

ADP, « O.M.S.-Création d'un bureau régional africain. Siège provisoire Genève », in MAE/DAP, Bureau Régional "Afrique". Création du Bureau Régional pour l'Afrique, juin 1947-octobre 1950, 372QO/330 NUOI 1947-1950, S50. 3. 4. G. 6.

ADP, « Première Assemblée Mondiale de la Santé », 6 juillet 1948, in K. Afrique-Levant, Généralités 1944-1952, 49QO/35, K.21. bis-6.

ADP, « Première Assemblée Mondiale de la Santé. Deuxième rapport de la délégation française, adressé par le Pr. Parisot à Mme Poinso-Chapuis, ministre de la santé publique et de la population », 16 juillet 1948, 372QO/315 NUOI 1947-1948, S50. 3. 4.

ADP, « Rapport E. Giraud : La France et les Nations Unies », in MAE/DAP, Coopération franco-anglo-belge, 372QO/115 NUOI 1947-1958, S22. 4. 3.

ADP, « Représentation des territoires non autonomes aux organismes internationaux, Note, 24 juillet 1947, in K. Afrique-Levant, Généralités 1944-1952, 49QO/35, K.21. bis-6.

ADP, « Secrétariat des Conférence : Note pour la Direction Afrique-Levant, n°985 sc. », 20 septembre 1947, in K. Afrique-Levant, Généralités 1944-1952, 49QO/35, K.21. bis-6.

ADP, « Télégramme de Chalvron au ministre français des affaires étrangères », Madrid, le 18 septembre 1951, in in MAE/DAP, Bureau Régional "Afrique". Choix du siège : siège à Brazzaville, cité du D'joué, 372QO/330 NUOI 1951-1956, S50. 3. 4. G. 6.

ADP, « Télégramme de Dumaine au ministre français des affaires étrangères », Lisbonne, le 18 septembre 1951, in in MAE/DAP, Bureau Régional "Afrique". Choix du siège : siège à Brazzaville, cité du D'joué, 372QO/330 NUOI 1951-1956, S50. 3. 4. G. 6.

ADP, « Télégramme de Dumaine au ministre français des affaires étrangères », Lisbonne, le 19 septembre 1951, in in MAE/DAP, Bureau Régional "Afrique". Choix du siège : siège à Brazzaville, cité du D'joué, 372QO/330 NUOI 1951-1956, S50. 3. 4. G. 6.

ADP, « Télégramme de Gazel au ministre français des affaires étrangères », Pretoria, le 17 septembre 1951, in in MAE/DAP, Bureau Régional "Afrique". Choix du siège : siège à Brazzaville, cité du D'joué, 372QO/330 NUOI 1951-1956, S50. 3. 4. G. 6.

ADP, « Télégramme de la direction générale des affaires politiques - direction Afrique à l'ambassadeur de France à Londres, Massigli », Paris, 4 avril 1951, in MAE/DAP, Paludisme, Projet de création d'un bureau de la C.C.T.A. pour la lutte contre le paludisme, (avril-juin 1951 et s.d.), Afrique-Levant, CCTA 50, K.23.5, E12.

ADP, « Télégramme de Viala au ministre français des affaires étrangères », Monrovia, le 18 septembre 1951, in MAE/DAP, Bureau Régional "Afrique". Choix du siège : siège à Brazzaville, cité du D'joué, 372QO/330 NUOI 1951-1956, S50. 3. 4. G. 6.

ADP, « Télégramme de Viala au ministre français des affaires étrangères », Monrovia, le 20 septembre 1951, in in MAE/DAP, Bureau Régional "Afrique". Choix du siège : siège à Brazzaville, cité du D'joué, 372QO/330 NUOI 1951-1956, S50. 3. 4. G. 6.

ADP, (AMAE), Affaires consulaires, 1781-1908 (AC), *The New York Herald*, Paris, 16 mars 1897, p. 3.

ADP, MAE/DAP, « Lettre de L. P. Aujoulat à M. De Biran, du 11 juin 1965 », octobre 1960-juin 1965, S50. 3. 4. G6.

Archives municipales de Brazzaville ci-après AMB

AMB, « Arrêté n°071/C.SG/DPVB, instituant la journée "Ville-Propre" », Carton, 49 G.

AMB, « Célébration de la journée mondiale de la santé ». Lettre du Dr. M. A. D'Almeida, représentant résident de l'OMS au Congo, à Monsieur le Maire central de Brazzaville, le 2 avril 1990, Carton 8 H.

AMB, « Fiche technique concernant les réflexions du conseil populaire sur les perspectives sanitaires de la commune autonome de Brazzaville », Carton 221G.

AMB, « Arrêté n°53 M. du 15 février 1964, interdisant la vente de produits pharmaceutiques sur les marchés et places publiques », Carton 70A.

Archives du Ministère camerounais de la santé ci-après AMCSP

AMCSP, « A. Belinga, A. Wasseng, correspondance du 19 mars 1986, au ministère de la santé publique ».

AMCSP, « 85/L/CF/MSP/DSP. "Problème de la Médecine Traditionnelle", Yaoundé, 12 février 1976.

AMCSP, « Décret n°95/013 du 7 février 1995, portant organisation des services de santé de base en district de santé », (sans référence).

AMCSP, « Lettre n˚D23L/MSP/CT1 du 27 octobre 1978. "Programme d'action concernant les médicaments essentiels" ».

AMCSP, « Lettre V/L n°C.L.16.1978 du Dr. Mahler au Minsanté, le Dr. P. Fokam Kamga ».

AMCSP, « Note à l'intention de son Excellence Monsieur le Président de la République Fédérale du Cameroun à l'occasion de l'audience qu'il accorde au Dr. M.G. Candau, DG de l'OMS ».

AMCSP, « Situation actuelle de la Médecine Traditionnelle au Cameroun », Yaoundé, 1992.

AMCSP, « Situation actuelle de la Médecine Traditionnelle au Cameroun », Yaoundé, 1992.

AMCSP, Lettre n˚1445/L/MSP/CAB du 16 octobre 1989 "Réhabilitation de l'ONAPHARM".

AMCSP, Lettre n˚D23/BS/MSP/DS/SDPH-SLS, du 12 juillet 1978.

AMCSP, Lettre n˚D23/MSP/DS/SDPH, du Minsanté au Premier Ministre, du 14 août 1978.

AMCSP, Rapport final de la 1ère conférence du personnel médico-sanitaire et administrateur de la santé, Yaoundé, 1978.

Archives nationales du Congo ci-après ANC

ANC, « Arrêté du 18 mars 1918 du Gouverneur des Colonies Estebe, créant un poste militaire à Maloukou », in Dossier Santé et assistance Publique, Carton GG 440.

ANC, « Arrêté fixant le tarif des soins médicaux donnés aux indigènes », Dossier GG 442.

ANC, « Arrêté fixant le tarif des soins médicaux donnés aux indigènes », in Fonds santé et assistance publique, GG 442.

ANC, « Autorisation de traiter la maladie du sommeil », in « Dossier Santé, 1927 », Carton GG 442.

ANC, « Circulaire au sujet de l'inspection médicale scolaire », 21 octobre 1937, I.G.S.S., Dossier GG 443.

ANC, « Circulaire n°36 du Gouverneur général J.-F. Reste, aux gouverneurs délégués, chefs de départements, chef de subdivisions, et aux médecins », 17 mars 1937, in *Fonds santé et assistance publique*, GG 443.

ANC, « Circulaire n°37 au sujet des tournées médicales », 17 mars 1937, GG 445 (2).

ANC, « Commission de la maladie du sommeil. Compte rendu des séances des 5 et 15 décembre 1917 », in Dossier « Santé, 1910-1921 : Trypanosomiase », Carton GG 440.

ANC, « Développement du cinéma éducatif. Circulaire n°2885 E.J. du Dr. Aujoulat », 5 avril 1950, Dossier GG 22.

ANC, « Films éducatifs en A.E.F. », *Journal « Climats »,* n°236 du 22 juin 1950, in ANC, Dossier GG 22.

ANC, « La lutte contre la maladie du sommeil en Afrique Équatoriale française », in Fonds santé et assistance publique, Carton GG 445 (1).

ANC, « Les problèmes de l'africanisation. Rapport n°6 D : Africanisation du service de santé. Rapport rédigé par A. Chovard, Inspecteur général de France Outre-Mer (FOM), 12 octobre 1960 », in *Fonds de la Présidence de la République*, PR 66.

ANC, « Note à l'attention du Conseil des Ministres », in *Fonds de la Présidence de la République*, PR 66.

ANC, « Note du Dr. Fulconis sur la politique hospitalière en AEF », in Fonds santé et assistance publique, GG 443.

ANC, « Note sur la politique hospitalière en AEF », in Fonds santé et assistance publique, GG 443.

ANC, « Note sur la politique hospitalière en AEF », in *Fonds santé et assistance publique*, GG 443.

ANC, « Rapport d'activités du ministère des affaires sociales et de la santé publique pour 1970 », in *Fonds de la Présidence de la République*, PR 66.

ANC, « Rapport d'ensemble sur l'organisation et les activités des services sanitaires de l'A.E.F., 1952 », in Fonds santé et assistance publique, Caton GG 450.

ANC, « Santé 1910-1921. Trypanosomiase », in Dossier Santé et assistance publique, Carton GG 440.

ANC, « Santé, 1910-1921. Trypanosomiase », in « Fonds santé et assistance publique », Carton GG 440.

ANC, « Subdivision de Boko. Tournée de prophylaxie de la maladie du sommeil (novembre 1926 – janvier 1927). Rapport du Médecin Aide-Major de 1ère classe Le Roux », in Santé 1927, Fonds santé et assistance publique, Carton GG 442.

ANC, Rapport du Gouverneur Général de l'AEF pour l'année civile 1949 contenant des renseignements sur la protection de de l'enfance et de la jeunesse », Dossier GG 456.

Archives nationales du Gabon ci-après ANG

ANG, « Hygiène scolaire : note de bases – Instructions : 1955-1956, Dossier 1H274.3.

ANG, « Médicaments antipaludiques de synthèse », in Santé – Paludisme : médicaments antipaludiques, 1952-1955, 1H257.3.

Archives nationales de Yaoundé ci-après ANY

ANY, « Activités fétichistes (Bas Togo et Dahomey) », 1950, 2AC 908.

ANY, « Cameroun, santé 1916-1950 : l'œuvre sanitaire au Cameroun », 3AC 1117.

ANY, « Circulaire du Haut-commissaire de République française au Cameroun, J. Repiquet aux chefs de régions, 24 avril 1936 », in ANY, « Guérisseurs indigènes », 1936, 1AC 1925.

ANY, « Création des secteurs SHMP », 1954, 2AC 1594.

ANY, « Dossier d'un meurtre rituel dans une société à Babimbi », 1928, 2AC 906.

ANY, « Dossier d'un meurtre rituel dans une société à Bamimbi », 1928, 2AC 906.

ANY, « Enquête sur la sorcellerie. Ebolowa », 1935, 2AC 890.

ANY, « Fétichisme-sorcellerie », 1956, 2AC 899.

ANY, « Guérisseurs indigènes », 1936, 1 AC 1925.

ANY, « Meurtre rituel (Sanaga-Maritime 1950-1953) », 1950, 2AC 902.

ANY, « Meurtres rituels (Sanaga-Maritime 1950-1953) », 1950, 2AC 902.

ANY, « Santé publique, Protection », 1928, 1AC 4989.

ANY, « Santé, 1932. Arrêté n° 151 du 12 Juin 1932, créant une école d'aides de santé et d'agents sanitaires 1932 », 3AC 1398.

Archives de l'OMS à Brazzaville ci-après AOMS/BZV

AOMS/BZV (représentation nationale), « Protocole d'accord instituant une commission mixte de coopération entre le Gouvernement de la République du Congo et le bureau régional de l'OMS pour l'Afrique », 21 septembre 1993.

AOMS/BZV, « Médicaments pour l'Initiative de Bamako. Correspondance du Dr. J. Lisboa Ramos (représentant résidant de l'OMS au Sao Tomé e Principe) au Dr. Chisale (EDP/AFRO), le 30 mai 1996 », in *Bamako Initiative*, P7/27/11, Chemise 6, Carton ARC 185.

AOMS/BZV, « AFRO-Mémorandum du Dr. Guy Comlan (Directeur, Recherche et Développement des personnels de santé pour le Directeur régional) au Dr. Tamas Fülop (Directeur de la Division du Développement des Personnels de Santé au Secrétariat général : HMD/HQ), le 20 octobre 1982 », in WHOA, Meetings of Deans of Medical Schools of the African Region, AF/ICP/HMD/006.

AOMS/BZV, « AGIP CONGO : Appui à la mise en œuvre du plan national de développement sanitaire par le biais des cliniques mobiles dans les zones défavorisées », in OMS, Soins de santé primaires, CNG/PHC/001, Chemise 3, Carton PP 041.

AOMS/BZV, « Arrêté n°207/MSPP/CAB/SG/DGSPP/DSC/SCSASSP/94, portant création, organisation et fonctionnement des comités de gestion des centres et postes de santé publics en République centrafricaine », in OMS, Soins de santé primaires, CAF/PHC/001, Chemise 1, Carton ARC 116.

AOMS/BZV, « Assignment of Algeria to the African Region », in *Membership of WHO African Region*, L2/50/3, Chemise 1, Carton ARC 170.

AOMS/BZV, « Comité régional de l'Afrique. Quinzième session, Lusaka, 6-16 septembre 1965. Procès verbal provisoire de la troisième séance », 13 septembre 1965, AFR/RC15/Min/3, pp. 7-20.

AOMS/BZV, « Création d'une école d'assistants médicaux en République centrafricaine. Rapport de mission (28 juin - 11 août 1973) du Dr. Ioan Teleianu », in AOMS, Post-University Teaching in Public Health, AF/ICP/HMD/008.

AOMS/BZV, « Création d'une école d'assistants médicaux en République centrafricaine. Rapport de mission (28 juin - 11 août 1973) du Dr. Ioan Teleianu », in AOMS, Post-University Teaching in Public Health, AF/ICP/HMD/008.

AOMS/BZV, « Création d'une école d'assistants médicaux en République centrafricaine. Rapport de mission (28 juin - 11 août 1973) du Dr. Ioan Teleianu » (sr).

AOMS/BZV, « De l'utilisation rationnelle de l'assistance technique et matérielle de l'OMS », n°815/CAB/SPAS/RG, 22 juin 1965, AFR/RC7/7.

AOMS/BZV, « Discussions techniques/WHA47. Community Action for Health. Contribution du Bureau régional », in Technical Discussions 1994 – Community Action for Health, P 7/48/38 WHA47, Chemise 1, Carton ARC 194.

AOMS/BZV, « Idées directrices pour la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako (Documents AFR/RC38/18 Rév. 1) », in OMS/AFRO, Comité régional, trente-huitième session. Annexe X, p. 172.

AOMS/BZV, « Joint WHO-IBRD Workshop on « Banking for Health », Geneva, 15-17 June 1994 », in OMS, Financement des systèmes de santé, P 7/27/10, Chemise 1, Carton ARC 179.

AOMS/BZV, « L'initiative de Bamako. Rapport d'activité du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance. Conseil d'administration, Session de 1992 », UNICEF, New York, p. 13, *in Bamako Initiative*, P7/27/11, Chemise 5, Carton ARC 183.

AOMS/BZV, « L'Initiative de Bamako. Rapport d'activité, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance. Conseil d'administration, session 1992 », UNICEF, New-York, USA, juillet 1992, in OMS, Bamako Initiative, P 7/27/11, Chemise 5, Carton ARC 183.

AOMS/BZV, « La santé et le Nouvel Ordre Économique International. Contribution à la discussion », OMS, TDs/NIEO/79.1.

AOMS/BZV, « Lettre circulaire du Dr. Comlan A. A. Quenum aux Doyens des Facultés de Médecine de Bujumbura, Conakry, Abidjan, Tananarive, Bamako, Butare, Lomé, Kinshasa, et au Recteur de l'Université de Cotonou avec copies aux Gouvernements et Représentants de l'OMS des pays concernés, 25 avril 1974 », in WHOA, Meetings of Deans of Medical Schools of the African Région, AF/ICP/HMD/006.

AOMS/BZV, « Médicaments pour l'Initiative de Bamako », in *Bamako Initiative*, P7/27/11, Chemise 6, Carton ARC 185.

AOMS/BZV, « Médicaments pour l'initiative de Bamako », in OMS, Bamako Initiative, P 7/27/11, Chemise 6, Carton ARC 185.

AOMS/BZV, « Médicaments pour l'Initiative de Bamako. Fax du DR/AFRO aux représentants résidents des pays concernés », in *Bamako Initiative*, P7/27/11, Chemise 6, Carton ARC 185.

AOMS/BZV, « Point 12 de l'ordre du jour provisoire : La contribution de la santé au Nouvel Ordre Économique International », 13 juillet 1979, AFR/RC29/14.

AOMS/BZV, « Predicting the success of PHC Districts in Zaïre: A Subjective Approach », in OMS, Soins de santé primaire, ZAI/PHC/001, Chemise 3, Carton ARC 116.

AOMS/BZV, « Quinzième session du comité régional de l'Afrique : Procès verbal provisoire de la troisième séance », 13 septembre 1965, p. 9, AF/RC15/Min/4.

AOMS/BZV, « Rapport annuel du Directeur régional (1 juillet 1956-30 juin 1957) », AFR/RC7/3 (Annexe IV).

AOMS/BZV, « Rapport de la conférence panafricaine sur le financement communautaire des services de santé. Rapport de la conférence, Vol. I, Kinshasa, Zaïre, 27-29 juin 1990 », p. 10, in *Bamako Initiative*, P7/27/11, Chemise 5, Carton ARC 183.

AOMS/BZV, « Rapport sur une réunion organisée par le Bureau régional de l'Afrique de l'Organisation mondiale de la santé, Brazzaville, 3-5 décembre 1974 », in WHOA, Meetings of Deans of Medical Schools of the African Région, AF/ICP/HMD/006.

AOMS/BZV, « Résolution 3201 (S.VI). Déclaration concernant l'instauration d'un nouvel ordre économique international », 1974.

AOMS/BZV, « Résolutions adoptées sur le rapport de la Commission spéciale de la sixième session extraordinaire », Assemblée générale, Sixième session extraordinaire, TDs/NIEO/79.1.

AOMS/BZV, « The implementation of the Bamako Initiative in Cameroon. Fax du Dr. Madiou Touré au Dr. Monekossoko, 13 may 1991 », in *Bamako Initiative*, P7/27/11, Chemise 5, Carton ARC 183.

AOMS/BZV, « Transfer of Ethiopia to WHO's African Region », *Membership of WHO African Region*, L2/50/3, Chemise 1, Carton ARC 170.

AOMS/BZV, « Transfert de l'Algérie à la région africaine, 3 août 1983 », in *Membership of WHO African Region*, L2/50/3, Chemise 1, Carton ARC 170.

AOMS/BZV, Rapport du Comité régional de l'Afrique, Première session, RC1/AFR7, 10 septembre 1951.

AOMS/BZV, Rapport du Directeur régional (1975-1976) au Comité régional de l'Afrique, pp. 16-18.

AOMS/BZV, Résolutions AFR/RC26/R2, AFR/RC26/R4, AFR/RC26/R7, in Recueil des résolutions et décisions du Comité régional de l'Afrique, 10e édition, partie I, p. 8, partie III, p. 14, partie VI, p. 15.

Archives de l'OMS à Genève ci-après AOMS/GVA ou WHOA/GVA

AOMS/GVA, « BHS Demonstration Zones - Cameroun - 2 », Lettre du Dr. M. E. Torfs conseiller en santé publique du projet Cameroun - 2 (services de santé de base), au Dr. L. J. Charles, conseiller régional AFRO du paludisme, 3 novembre 1965.

AOMS/GVA, « Brief summary of the discussions held between the USSR health authorities and members of the WHO secretariat in relation to the International conference on Primary Health Care. Moscow, 2-10 septembre 1976 », in WHO, ICPHC-1978, P 27/87/5, Chemise 1.

AOMS/GVA, « Collaboration avec l'Organisation de l'Unité Africaine », in WHO/OMS, *Relations with Organization of African Unity*, N54/348/18, Chemise 2.

AOMS/GVA, « Commission du Programme : Quatre programmes de l'OMS sur la liste de priorité (discussion sur le paludisme), Communiqué de Presse n°216, OMS/CP/2, 1er juillet 1948, in WHO/OMS, WHO1_101_1_18.pdf (fichiers numérisés 2e génération).

AOMS/GVA, « Commission du Programme. Lutte contre le paludisme : hygiène de la maternité et de l'enfance », Communiqué de Presse n°221, 2 juillet 1948, in WHO/OMS, WHO1_101_1_18.pdf (fichiers numérisés 2e génération).

AOMS/GVA, « Confidentiel », correspondance de Bellerive à Quenum, 12 avril 1972, in *Relations with Organization of African Unity*, N54/348/18, Chemise 2.

AOMS/GVA, « Correspondance "personnelle et confidentielle" de Dorolle à Quenum », du 17 juillet 1968, in WHO/OMS, Congo (K), AFRO 178.

AOMS/GVA, « Correspondance de Ansari à Newton, du 8 mars 1967 », in WHO/OMS, AFRO 2301. *Trypanosomiasis advisory services Congo (K)*.

AOMS/GVA, « Correspondance de Dorolle à Quenum », 11 juillet 1968, in WHO/OMS, Congo (K), AFRO 178.

AOMS/GVA, « Correspondance de E. Haas au Dr. Cambournac, DR/AFRO », 1er mai 1963, in WHO/OMS, Programme for Malaria Eradication in Cameroons, M 2/372/3 Came.

AOMS/GVA, « Correspondance de L. J. Bruce-Chwatt à M. A. C. Dowling, 10 novembre 1960 », in WHO/OMS, Programme for Malaria Eradication in Cameroons, M 2/372/3 Came.

AOMS/GVA, « Correspondance de Payne à Candau », 24 avril 1968, in WHO/OMS, Congo (K), AFRO 178.

AOMS/GVA, « Correspondance de Willett à Newton du 23 janvier 1967, réf. AFRO-178 Congo (K) », in WHO/OMS, AFRO 2301. *Trypanosomiasis advisory services Congo (K)*.

AOMS/GVA, « Correspondance du Dr. Newton au Dr. Willett », 6 décembre 1966, in WHO/OMS, AFRO 2301. *Trypanosomiasis advisory services Congo (K)*.

AOMS/GVA, « Correspondance n° RE260/37/01 du 22 novembre 1966, in WHO/OMS, AFRO 2301. *Trypanosomiasis advisory services Congo (K)*.

AOMS/GVA, « Création d'une école des sciences de la santé en République populaire du Congo – étude préliminaire », Rapport de mission du Dr. P. Carteret : médecin de l'OMS, janvier 1974, in Consultative Group – Teaching of Public Health, AFRO 6404.

AOMS/GVA, « DDT in North Cameroun. Correspondance de M. A. C. Dowling à L. J. Bruce-Chwatt », 12 décembre 1960, in WHO/OMS, Programme for Malaria Eradication in Cameroons, M 2/372/3 Came.

AOMS/GVA, « Éducation sanitaire en République du Congo. Rapport de mission, 2-30 mai 1973 », in Consultant services in Health education, AFRO 4501, Chemise 2.

AOMS/GVA, « Follow-up of International Conference on Primary Health Care », Letter from Newton R. Bowles, UNICEF Senior Advisor/Programme Policy, to All the Field Staff and Regional Directors, 25 August 1978 », in WHO International Conference in Primary Health Care, 1978, P 21/87/5, Chemise 10, 12 p.

AOMS/GVA, « Insecticide dosages and treatment cycles of DDT and Dieldrin on Malaria Eradication Programs », Rapport du *Technical Development Laboratories* (*Technology Branch*), Savannah-Georgia, 20 février 1959, in WHO/OMS, « Study on Dosage and Cycle of Insecticides in Malaria Eradication », M2/445/11, Chemise 1 + 2.

AOMS/GVA, « Installation du bureau régional de l'OMS à Brazzaville : Besoin en logement pour l'année 1954 », in AOMS/GVA, « Building or Renting of Additionnal Office Accomodation for AFRO », B10/416/2, Chemise 1.

AOMS/GVA, « le télégramme (WHOGRAM) de Payne à Quenum », 28 octobre 1968, in WHO/OMS, Congo (K), AFRO 178.

AOMS/GVA, « Letter from Ansari to Payne, 27 may 1967 », in Congo (K), AFRO 178.

AOMS/GVA, « Lettre "personnelle et confidentielle" de Candau à Quenum », 16 août 1967, in WHO/OMS, Congo (K), AFRO 178.

AOMS/GVA, « Lettre "personnelle et confidentielle" de Dorolle à Quenum », 24 juin 1968, in WHO/OMS, Congo (K), AFRO 178.

AOMS/GVA, « Lettre "personnelle et confidentielle" de Quenum à Candau », 8 septembre 1967. Voir aussi en annexe de cette lettre, celle adressée le même jour à Siebert, in WHO/OMS, Congo (K), AFRO 178.

AOMS/GVA, « Lettre "*strictly confidential*" de Bernard à Payne », du 12 juin 1968, in WHO/OMS, Congo (K), AFRO 178.

AOMS/GVA, « Lettre d'Ansari à Burke, 24 avril 1967, réf. T7/451°2 Congo (K) », in WHO/OMS, Congo (K), AFRO 178.

AOMS/GVA, « Lettre d'Ansari à Candau », 16 août 1967, in WHO/OMS, Congo (K), AFRO 178.

AOMS/GVA, « Lettre d'Ansari à Candau », 26 mars 1968, in WHO/OMS, Congo (K), AFRO 178.

AOMS/GVA, « Lettre de Bernard à Payne », 12 juin 1968, in WHO/OMS, Congo (K), AFRO 178.

AOMS/GVA, « Lettre de Burke à Ansari du 27 avril 1967, réf. T7/451/2 Congo (K) », in WHO/OMS, Congo (K), AFRO 178.

AOMS/GVA, « Lettre de Burke à Ansari, 17 avril 1967, réf. T7/451/2 Congo (K) », in WHO/OMS, Congo (K), AFRO 178.

AOMS/GVA, « Lettre de Candau à Payne », 31 mai 1968, in WHO/OMS, Congo (K), AFRO 178.

AOMS/GVA, « Lettre de Candau à Quenum », in WHO/OMS, Congo (K), AFRO 178.

AOMS/GVA, « Lettre de Cavalié à Dowling, Maroua le 30 octobre 1960 », in WHO/OMS, Programme for Malaria Eradication in Cameroons, M 2/372/3 Came.

AOMS/GVA, « Lettre de Daubenton à Aujoulat », 12 mars 1951, in WHO2_OD_20_1.pdf, fichiers numérisés.

AOMS/GVA, « Lettre de Daubenton à Mitterrand », 12 mars 1951, WHO2_OD_20_1.pdf, fichiers numérisés.

AOMS/GVA, « Lettre de Dorolle à Quenum », 19 juillet 1968, in WHO/OMS, Congo (K), AFRO 178.

AOMS/GVA, « Lettre de Dorolle à Quenum », 2 août 1968, in WHO/OMS, Congo (K), AFRO 178.

AOMS/GVA, « Lettre de Dorolle à Quenum », 24 juin 1968, in WHO/OMS, Congo (K), AFRO 178.

AOMS/GVA, « Lettre de F. J. C. Cambournac à Pierre Dorolle, 27 juillet 1955 », in Building or Renting of Additional Office Accomodation for AFRO, B10/416/2 AFRO, Chemise 1.

AOMS/GVA, « Lettre de H. F. Cummings, à Milton Siegel, réf. Budget 1.1. », 20 juin 1968, in WHO/OMS, Congo (K), AFRO 178.

AOMS/GVA, « Lettre de Le Rouzic à Dorolle », 17 janvier 1961, in WHO/OMS (microfiche), *Special account for the Congo-France* F4/180/10 France.

AOMS/GVA, « Lettre de Nzo Ekangaki à M. G. Candau », 6 juillet 1973, in WHO/OMS, *Relations with Organization of African Unity*, N54/348/18, Chemise 2.

AOMS/GVA, « Lettre de Quenum à Candau », 2 février 1968, in WHO/OMS, Congo (K), AFRO 178.

AOMS/GVA, « Lettre de Siebert au Dr. Quenum », 30 octobre 1967, in WHO/OMS, Congo (K), AFRO 178.

AOMS/GVA, « Lettre de Tshiamu au DR/AFRO réf. n°1250/CAB/00536/0030/67 », 15 décembre 1967, in WHO/OMS, Congo (K), AFRO 178.

AOMS/GVA, « Lettre du Dr. Ansari à Candau », du 17 août 1967, in WHO/OMS, Congo (K), AFRO 178.

AOMS/GVA, « Lettre du Dr. Ansari au Dr. Candau, », 16 août 1967, réf. T7/451/2, Congo (K), in WHO/OMS, Trypanosomiasis advisory services-Congo (K), AFRO 2301.

AOMS/GVA, « Lettre du Dr. Ansari au DR/ AFRO », 7 mars 1967, réf. T7/370/1, in WHO/OMS, Congo (K), AFRO 178.

AOMS/GVA, « Lettre du Dr. Ansari au DR/AFRO, », 7 mars 1967, réf. T7/370/1, in WHO/OMS, Congo (K), AFRO 178.

AOMS/GVA, « Lettre du Dr. Ansari au DR/AFROn», 7 mars 1967, réf. T7/370/1, in WHO/OMS, Congo (K), AFRO 178.

AOMS/GVA, « Lettre du Dr. F. Tross à Ansari », 10 mai 1967, Réf.T4/61/1, in WHO/OMS, Congo (K), AFRO 178.

AOMS/GVA, « Lettre du DR/AFRO au Ministre de la Santé publique et des affaires sociales du Tchad », in OMS, *Équipe de surveillance épidémiologique et lutte contre la maladie*, octobre 1976 à avril 1980, AF/ICP/ESD/005, Chemise 1.

AOMS/GVA, « Lettre du DR/AFRO au PR gabonaise », 26 mai 1972, in OMS, AF/ICP/HLE/001, *Health Legislation*.

AOMS/GVA, « Lettre du Pr. Janssens au Dr. Ansari », 18 mars 1968, in WHO/OMS, Congo (K), AFRO 178.

AOMS/GVA, « Lettre du service français de coopération technique internationale au Dr. Candau », 10 octobre 1960, in WHO/OMS (microfiche), *Special account for the Congo-France* F4/180/10 France.

AOMS/GVA, « Lettre n°63/SP/AFF.SOC.CAB du Dr. Jacques Daroum au Dr. Quenum », in Consultant services in Health education, AFRO 4501, Chemise 2.

AOMS/GVA, « Malaria control activities in the African region ». Correspondance de Noguer à Weeks, in WHO/OMS, Programme for Malaria Eradication in AFRO, M2/372/3 AFRO, Chemise 6.

AOMS/GVA, « Malaria control activities in the african region ». Correspondance de Houel à Noguer, 30 septembre 1969, in AFRO, M2/372/3 AFRO, Chemise 6.

AOMS/GVA, « Malaria control activities in the African region. Correspondance de Noguer à Weeks », 12 août 1969, in WHO/OMS, Programme for Malaria Eradication in AFRO, M2/372/3 AFRO, Chemise 6.

AOMS/GVA, « Members of the Ad Hoc Committee of the Executive Board on the International Conference on Primary Health Care », WHOA/GVA, « Minute of an informal meeting of the Ad Hoc Committee of Executive Board on the International Conference on Primary Health Care, Friday, 30 January 1976 », in WHO, ICPHC-1978, P 21/87/5, Chemise 1.

AOMS/GVA, « Mémorandum d'Ansari au Dr. Candau, 24 janvier 1968, réf. T7/451/2 Congo (K) », in WHO/OMS, Congo (K), AFRO 178.

AOMS/GVA, « Note anonyme et confidentielle », in Congo (K), AFRO 178.

AOMS/GVA, « Note au sujet de l'établissement de relations avec l'Organisation de l'Unité Africaine », in WHO/OMS, *Relations with the Organization of African Unity*, N54/348/18, Chemise 1.

AOMS/GVA, « Note d'Ansari », 15 août 1967, in WHO/OMS, Congo (K), AFRO 178.

AOMS/GVA, « Note de Ansari et de Bellerive au Dr. Bernard », 25 mars 1968, réf. T7/451/2 Congo (K), in WHO/OMS, Congo (K), AFRO 178.

AOMS/GVA, « Note de service anonyme, "confidentielle", et sans référence intitulée « Note pour le dossier », in WHO/OMS, Congo (K), AFRO 178.

AOMS/GVA, « Note manuscrite du Dr. Candau », 3 mai 1968, in WHO/OMS, Congo (K), AFRO 178.

AOMS/GVA, « Organisation de l'Unité Africaine. Commission de santé, d'hygiène et de nutrition », Lettre de Dr. L. Bernard, au Dr. M. G. Candau et au Dr. P. Dorolle, in WHO/OMS, *Relations with the Organization of African Unity*, N54/348/18, Chemise 1.

AOMS/GVA, « Plan d'opérations pour un programme de prééradication du paludisme au Cameroun », in WHO/OMS, Plans of operation and related correspondance, malaria eradication in Cameroons, M 2/372/3 (A) Cameroons, Chemise 2.

AOMS/GVA, « PNUD, Bureau du représentant résident-RCA : Repertoire des organisations internationales et de leur personnel participant aux programmes de coopération technique des Nations Unis en République centrafricaine », in *Emergency Situations – Lists of International Staff and their Personnal Property*, P 3/180/2 (A), Chemise 2.

AOMS/GVA, « Rapport de mission du Dr. R. Féry, consultant de l'OMS », décembre 1973, in OMS, AF/ICP/HLE/001, *Health Legislation.*

AOMS/GVA, « Rapport final, par Professeur Dr. G. A. Livadas, consultant O.M.S. », in WHO/OMS, Malaria Eradication in Cameroons – Reports only, M 2/372/3 (b) Cameroons, Chemise 1 + 2.

AOMS/GVA, « Rapport sur la chimioprophylaxie dans les écoles du Cameroun en tant que mesure de santé publique, dans le cadre de la lutte contre la morbidité globale et l'absentéisme scolaire », in WHO/OMS, Malaria Eradication in Cameroons – Reports Only, M 2/372/3 (b) Cameroons, Chemise 5.

AOMS/GVA, « Rapport sur la Lutte Antipaludique au Cameroun en 1962 », par le médecin Général P. M. Bernard, Conseiller technique au ministère de la coopération, expert paludologue, in WHO/OMS, Malaria Eradication in Cameroons – Reports only, M 2/372/3 (b) Cameroons, Chemise 1 et 2.

AOMS/GVA, « Relations OMS-OUA (CSIRT) », Mémorandum du Dr. N. Ansari (chef de la Division des maladies parasitaires) au Dr. A. Bellerive (directeur de la Division de la Coordination), 24 janvier 1972, in *Relations with Organization of African Unity*, N54/348/18, Chemise 2.

AOMS/GVA, « Report on visit to Cameroun, 29 july to 6 august 1964, by Dr. S. Goriup, MO/MAL », in WHO/OMS, Malaria Eradication in Cameroons – Reports only, M 2/372/3 (b) Cameroons, Chemise 4.

AOMS/GVA, « Survivance des accords internationaux souscrits par la France au nom des territoires africains devenus par la suite États indépendants », Lettre de A. H. Zarb, responsable OMS du service juridique au Dr. Cambournac, DR/AFRO, 12 décembre 1960, in Negociations with the French authorities : Official and residential accomodation at Djoue, B10-416-4, Chemise 1.

AOMS/GVA, « The malaria eradication programme in the African region », janvier 1965, in WHO/OMS, Programme for Malaria Eradication in AFRO, M2/372/3 AFRO, Chemise 5.

AOMS/GVA, « The malaria eradication programme in the African region », Chemise 5.

AOMS/GVA, « WHO Expert Committee on the Selection of Essential Drugs, Geneva, 17-21 October 1977 », WHO, *The selection of essential drugs*, 1977.

AOMS/GVA, Mémorandum, Yaoundé le 27 juillet 1962, in WHO/OMS, Plans of operation and related correspondance, malaria eradication in Cameroons, M 2/372/3 (A) Cameroons, Chemise 2.

AOMS/GVA, V. T. Herat Gunaratne, « Lettre à Mahler, DG/OMS », 22 juin 1977, in WHOA/GVA, WHO-ICPHC, 1978, P21/87/5, Chemise 3.

AOMS/GVA, WHO/OMS (microfiche), *Special account for the Congo-France* F4/180/10 France.

AOMS/GVA, WHO/OMS (microfiche), *Special account for the Congo-Swit* F4/180/10 Switzerland.

OMS/GVA, « Sixième séance de la Commission du Programme. Discussion générale sur le paludisme et la tuberculose », Communiqué de Presse n°228s, 5 juillet 1948, in WHO/OMS, WHO1_101_1_18.pdf (fichiers numérisés 2e génération).

WHOA/GVA, « Assembly Hears Presidential Address – General Discussion of Interim Commission Reports Begins », in 1st Session Geneva June-July 1948 : Press Releases. Subject n°101, Series n°1, File n°18.

WHOA/GVA, « International Conference on Primary Health Care », in WHO, ICPHC-1978, P 21/87/5, Chemise 1.

WHOA/GVA, « International Conference on Primary Health Care », WHO, ICPHC-1978, P21/87/5, Chemise 1.

WHOA/GVA, « International Conference on Primary Health Care: Preliminary UNICEF suggestions about major issues for the Conference Agenda and the Basic Report to the Conference », in WHO, ICPHC-1978, P21/87/5, Chemise 3.

WHOA/GVA, « Letter from Dr. D. Tejada-de-Rivero to Pr. K. N. Newell, 9 February 1977 », in WHO, International Conference on Primary Health Care - 1978, P21/87/5, Chemise 2.

WHOA/GVA, « Letter from Dr. Mahler to the Minister of Health of the USSR », in WHO, ICPHC-1978, P 21/87/5, Chemise 1.

WHOA/GVA, « Letter from Pr. Dr. L. Mecklinger to Dr. Mahler, 17 March 1976 », in WHO, ICPHC-1978, P 21/87/5, Chemise 1.

WHOA/GVA, « Minute of an informal meeting of the Ad Hoc Committee of Executive Board on the International Conference on Primary Health Care, Friday, 30 January 1976 », in WHO, ICPHC-1978, P 21/87/5, Chemise 1.

WHOA/GVA, « Problèmes liés à l'organisation des services de santé de village par le Docteur Vincent (USAID/Dakar) », in WHO, ICPHC-1978, P21/87/5, Chemise 6, 5 p.

WHOA/GVA, « Report of the International Conference on Primary Health Care. Alma Ata, USSR, 6-12 September 1978 », in WHO, ICPHC-1978, P21/87/5, Chemise 9.

WHOA/GVA, « Réunion régionale d'Experts sur les Soins de santé primaires – Brazzaville, 7-11 mars 1977 », in WHO, ICPHC-1978, P21/87/5, Chemise 1.

WHOA/GVA, « United Nations Economic and Social Council, United Nations Children's Fund, Executive Bord, 29 October 1976 », in WHO, ICPHC-1978, P21/87/5, Chemise 1.

WHOA/GVA, Fonds Records of the Central Registry, 3rd Generation of file, 1955-1983, file N61/348/77.

WHOA/GVA, *Officials Records*, n°185, pp. 58, 204-207, Geneva, 1970.

Sources orales

Noms et prénoms	Âge	Fonction ou activité	Lieu et/ou moyen de l'entretien	Date de l'entretien
Entretiens avec les fonctionnaires/experts de l'OMS				
Litsios Socrates	80 ans	Fonctionnaire/OMS	Baulmes et suite par skype	Les 15/01/2017 et 18/01/2017
Ray Dev	77 ans	Fonctionnaire/OMS	Genève (Appia)	31/01/2017
Menu Jean-Paul	77 ans	Fonctionnaire et expert/OMS	Genève (Appia)	07/02/2017
Buriot Diego	70 ans	Fonctionnaire et expert/OMS	Genève-Lyon (appel vidéo FaceTime)	08/02/2017
Konongo Jean-De-Dieu	/	OMS/AFRO, Conseiller épidémio, génie et urgences sanitaires	Brazzaville (Plateau)	31/01/2018
Passi-Louamba Cyr Judicaël	/	OMS/BZV, Conseiller maladies non-transmissibles et nutrition	Brazzaville (Plateau)	31/01/2018
Ngomouna Jean	/	OMS/AFRO	Brazzaville (Bifouiti)	Samedi 27 janvier 2018
Ambendet Auguste	/	OMS/AFRO	Brazzaville	Lundi 06 février 2018
Mankélé Ray	/	OMS/BZV, Conseiller pharmacie	Brazzaville (Plateau)	Mercredi 28 février 2018
Entretiens avec les autorités locales				
Sa Majesté Okala Ayissi Jean	72 ans	Chef du village Nkengue (Elig-Mfomo)	Nkengue	04/01/2018

Sa Majesté Ngoungou Mbida	68 ans	Chef de quartier de Nkomo II,, bloc 6 (B)	Nkomo	06/01/2018
Sa Majesté Mbida Alphonsine	63 ans	Cheffe de 3e degré du quartier Nkolndongo 12	Nkolndongo	06/01/2018
Entretiens avec le personnel local de santé				
Nneme Françoise	48 ans	Infirmière supérieure, Cheffe du Centre de Santé Urbain (CSU) d'Obala	Obala	28/12/2017
Onambele Paul	/	Médecin, Chef du District de santé de Nkolndongo	CDS de Mimboman	02/01/2018
Entretiens de groupe avec les communautés				
Ndzana Dieudonné	50 ans	Cultivateur, Président du Comité de santé (COSA) d'Obala	CDS d'Obala	29/12/2017
Essimi Jean Paul	58 ans	Cultivateur, président du comité de gestion du district de santé (COGEDI) d'Obala	/	/
Omgba Minsa	59 ans	Planteur, agent de santé communautaire (ASC)	/	/
Nkolo Joseph	50 ans	Planteur, ASC	/	/
Bilogue-Ambassa	69 ans	Planteur, délégué communautaire (DC)	/	/
Engama Dieudonné	56 ans	Planteur, ASC	/	/
Ndi Tanga	62 ans	Planteur	/	/
Enok Joseph	72 ans	Tacheron, membre du COSA d'Obala	/	/
Nga Epse Ahanda Clémentine	52 ans	ASC	/	/
Menogo Colette Dorothée	54 ans	ménagère	/	/
Ngono Noah Cunégonde	59 ans	ASC	/	/
Ngah Tsala Jacqueline	60 ans	ASC	/	/
Bemogo Marie Thérèse Epse Ndzana	52 ans	Couturière	/	/
Noah Antoinette	61 ans	DC	/	/
Nkoua Albertha	67 ans	DC	/	/

Asse Essele Marie-Régine	63 ans	ASC	/	/
Takeudo Jeanne	55 ans	DC	/	/
Mbia Epse Onana Perpétue	56 ans	Ménagère, ASC	CSD de Minkama	29/12/2017
Nke Majolie Patience	/	Ménagère	/	/
Mebenga Rachelle	50 ans	Ménagère, ASC	/	/
Asse Justine	42 ans	Ménagère	/	/
Ngasomta Bernadette	54 ans	Ménagère, ASC	/	/
Noah Noah Pulchérie	/	Ménagère, ASC	/	/
Eloundou Odile Marcelle	/	Ménagère	/	/
Haman Tadewal	/	ASC	/	/
Tsanga Raymond	42 ans	Planteur	/	/
Tsogo EKolo André Thierry	/	ASC	/	/
Mendouga Valère	47 ans	Planteur	/	/
Ndongo Olinga J.-B.	/	Agriculteur	/	/
Mebenga Louis	61 ans	ASC	/	/
Ngono Biloah	55 ans	Maçon	/	/
Foe Ndjomo Marcel	43 ans	ASC	/	/
Menye Gertrude	57 ans	Ménagère	CSD d'Elig-Mfomo	04/01/2018
Tobo Ngono	57 ans	/	/	/
Aboudi Brigitte	61 ans	/	/	/
Nke Venérande	54 ans	/	/	/
Nyebe Ebode Clotilde	60 ans	Ménagère	/	/
Ngono Eugenie	59 ans	/	/	/
Onana née Mendouga Anne Albertine	58 ans	Enseignante	/	/
Ambomo Emilienne	63 ans	Ménagère	/	/
Pepogo Noah Régine	67 ans	/	/	/
Atangana Tobie	53 ans	Planteur, DC	CSD d'Elig-Mfomo	04/01/2018
Nga Mbia	70 ans	/	/	/
Ngah Ndzana Laurent	63 ans	/	/	/
Nke J. Pierre	54 ans	/	/	/
Beyala Ndzana S.	68 ans	/	/	/
Mendouga Bidzanga	66 ans	Agriculteur, COGEDI	/	/
Essomba Antoine	71 ans	Planteur, DC	/	/
Onga Menounga	61 ans	Planteur, DC	/	/
Ngomo Cyrille	78 ans	Patriarche du village Lebodo par Elig-Mfomo	CSD d'Elig-Mfomo	04/01/2018
Nga Désiré	49 ans	Praticien de la médecin locale	Nkolbang par Elig-Mfomo	04/01/2018

Elouga Lazare	79 ans	Praticien de la médecin locale	Lekoukoua par Elig-Mfomo	04/01/2018
Menyeng Jean (dit Ali)	58 ans	Iman	Nkomo	06/01/2018
Wandji Nansi Marie-Noelle	49 ans	ASC	CMA/Nkomo	06/01/2018
Tabi Tamba	51 ans	Président du COSA de Nkomo	/	/
Hatcha Jean Marie	52 ans	Membre du COSA de Nkomo	/	/
Nzouyong Blandine	48 ans	ASC	/	/
Abandje Rela	62 ans	Enseignante retraitée	/	/
Dim Angèle née Zintsem	56 ans	Laborantine, ASC	/	/

Dictionnaires et encyclopédies

Bibliorom Larousse - Petit Larousse, Encyclopédie numérique.

Dictionnaire encyclopédique Larousse, Vol.2, 1963.

Encyclopédie Larousse de la santé.

Encyclopédie Universalis, Vol.12, France, 1980.

Larousse, Encyclopédie nomade 2006.

Sources numériques et webographiques

« Andrija Stampar », http://www.voutsadakis.com/GALLERY/ALMANAC/Year2012/Sep2012/09012012/2012sep01.html

« Apport de la Belgique en Afrique Centrale, dans le domaine médical, de 1885 à ce jour ». Exposé du Dr. J. F. Ruppol au Centre Royal Africain d'Outre-Mer (CRAOM), [en ligne], consulté le 25 avril 2016. URL : http://www.urome.be/fr2/reflexions/Ruppol.pdf

« *Contact*, journal de la CMC », n°117, décembre 1990, http://www.brill.com/world-council-churches-christian-medical-commission

« Désinstitutionalisation », [en ligne], consulté le 5 avril 2016. URL : http://fr.wikipedia.org/wiki/désinstitutionalisation

« Halfdan T. Mahler », DG/OMS », http://www.who.int/medicines/areas/nextgen_essentialmeds/next_mahler/en/

« Jacques Parisot », http://www.professeurs-medecine-nancy.fr/Parisot_J.html

« James P. Grant », https://www.unicef.org/french/about/who/index_bio_grant.html

« L'industrie pharmaceutique et la production pharmaceutique en Afrique de l'Ouest : Potentiels, contraintes et perspectives d'évolution », in *Passerelles*, (International Center for Trade and Sustainable Development), Vol. 11, n°2, 2010, [en ligne], consulté le 4 mars 2018. URL : https://www.ictsd.org/bridges-news/passerelles/news/l%E2%80%99industrie-pharmaceutique-et-la-production-pharmaceutique-en-afrique

« La Charte des Nations Unies », en ligne. URL : http://www.un.org/fr/charter-united-nations/

« La crise des années 1970-1990 », in *Encyclopédie Larousse*, [en ligne], consulté le 14 décembre 2016. URL : http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/la_crise_des_années_1970-1990/18731

« Le laboratoire Novartis accusé d'avoir corrompu deux ex-premiers ministres grecs », in *Le Monde*, du 6 février 2018, [en ligne], consulté le 6 février 2018. URL : http://www.lemonde.fr

« Le paludisme régresse dans le monde mais l'Afrique concentre toujours plus de 80% de cas », *par Jeune Afrique avec AFP*, du 17 septembre 2015, [en ligne], consulté le 18 mars 2016. URL : http://www.jeuneafrique.com/265040/societe/paludisme

« Maurice Kivits », [en ligne], consulté le 25 avril 2016. URL : http://www.kaowarsom.be/fr/notices_kivits_maurice

« Opportunisme », [en ligne], consulté le 20 août 2016. URL : http://www.wikiberal.org/wiki/Opportunisme

« Réponse à la crise en Centrafrique, in *Bulletin hebdomadaire des Partenaires du secteur de la Santé,* n°17, 24 mars 2014 [en ligne], consulté le 23 mars 2016. URL : http://www.who.int/hac/crises/caf/sitreps/car_health_cluster_bulletin_24march2014.pdf

« Résolution 3201 (S.VI). Déclaration concernant l'instauration d'un nouvel ordre économique international », 1974, [en ligne], consulté le 19 décembre 2016. URL : http://www.uno.int/united_nations_official_documents.html

« Résolutions adoptées sur les rapports de la deuxième commission », 304 (IV). Programme élargie d'assistance technique en vue du développement économique des pays insuffisamment développés, [en ligne], consulté le 25 avril 2016. URL : http://www.un.org/french/documents/view_doc.asp?symbol=A/RES/304(IV)&Lang=F

« Russian Space Web », [en ligne], consulté le 15 novembre 2016. URL : http://www.russianspaceweb.com/baikonour_town.html

« The Healing Church. The Tübingen Consultation 1964, WCC », Geneva 1965 (World Council Studies 3), 34-43, [en ligne], consulté le 14 décembre 2016. URL :

https://difaem.de/fileadmin/Dokumente/Publikationen/Dokumente_AErztliche_Mission/tuebingenI_englisch.pdf

« Uruguay Round Agreement: Trips, preambule », [en ligne], consulté le 20 juillet 2017. URL : http://www.wto.org/english.docs_e/legal_e/27-trips_02_e.htm

« *USAID history* », [en ligne], consulté le 13 décembre 2016. URL : https://www.usaid.gov/who-we-are/usaid-history

« World Council of Churches: Christian Medical Commission », in *BRILL*, « Primary Source », January 1999, [en ligne], consulté le 14 décembre 2016. URL : http://www.brill.com/world-council-churches-christian-medical-commission

146 (1960). Resolution of 9 August 1960, [en ligne], consulté le 22 avril 2016. URL : http://www.un.org/fr/documents/view_doc.asp?symbol=S/RES/146(1960)&Lang=E&style=B

Batifoulier P., « Aux origines de la privatisation du financement du soin : quand la théorie de l'aléa moral rencontre le capitalisme sanitaire », in *Revue de la régulation*, Spring, 2015, [en ligne], consulté le 23 août 2017. URL : http://regulation.revues.org/11196.

Benkimoun P., « Le premier vaccin contre le paludisme va être autorisé », in *Le Monde*, 24/07/2015, [en ligne], consulté le 03 avril 2016. URL : http://www.lemonde.fr/sciences/article/2015/07/24/le-premier-vaccin-contre-le-paludisme-va-etre-autorise_4697336_1650684.html

Boisbouvier C., « Comment les Belges ont fait disparaître Lumumba », [en ligne], consulté le 12 mars 2017. URL : http://www.rfi.fr/afrique/20121214-ludo-witte-belges-americains-mobutu-savaient-tres-bien-envoi-lumumba-katanga-signif

Cesari J., « Le multiculturalisme mondialisé : le défi de l'hétérogénéité », in *Cultures & Conflits*, n°33-34, 1999, [en ligne], consulté le 30 septembre 2016. URL : http://conflits.revues.org/153

Cycle parasitaire de Trypanosoma Brucei, CDC — AfrTryp_LifeCycle. GIF centre for disease control.gov, Domaine public, https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=2065089

Dadsi D., « Nouvel ordre économique international, développement et mondialisation : l'impasse d'une revendication », [en ligne], consulté le 19 décembre 2016. URL : http://www.cifedhop.org.FR/Publications/Thematique/thematique3/Dadsi.pdf

Elliot R., et *al*., « Les brevets, le droit commercial international et l'accès aux médicaments essentiels », Réseau juridique canadien VIH/Sida et Médecins sans frontières, 3e éd., mars 2003, [en ligne], consulté le 19 août 2017. URL : http://sagecollection.ca/fr/system/files/patentsinternationaltradelawaccess-fra.pdf

Encyclopédie l'Agora. « Mondialisation », [en ligne], consulté le 7 juin 2017. URL : http://agora.qc.ca/dossiers/Mondialisation

Fierro A., « Nachtigal Gustav (1834-1885) », in *Encyclopaedia Universalis*, [en ligne], consulté le 3 décembre 2015. URL : http://www.universalis.fr/encyclopedie/gustav-nachtigal/

Hanrieder T., « Mahler, Halfdan Theodor », in *IO BIO*, *Biographical Dictionary of Secretaries-General of International Organizations,* Edited by B. Reinalda, K. J. Kille & J. Eisenberg, [en ligne], consulté le 12 décembre 2016. URL : http://www.ru.nl/fm/iobio

Henault-Ethier L., « Health and environmental impacts of pyrethroid insecticides: What we know, what we don't know and what we should do about it », *Executive summary and littérature review. Équiterre*. Montréal, Canada. 68 p. [en ligne], consulté le 13 août 2016. URL : http://www.equiterre.org/publication/revue-de-litterature-sur-les-impacts-des-insecticidespyrethrinoides-sur-la-sante-et-len.

Jackson G., TNA News, 6 décembre 2000, www.newaus.com.au/news166ddt.html.

Jancloes M., (ancien fonctionnaire de l'OMS de 1986 à 2005). Interview accordée à l'Association des anciens de l'OMS, « Rubrique histoire-Orale », [en ligne], consulté le 20 décembre 2016. URL : http://www.who.int/formerstaff/history/jancloes_m_fr.pdf

Klein A., « La fin de la biopolitique ? Les transformations contemporaines de la santé publique », [en ligne], consulté le 5 décembre 2017. URL : http://histoireengagee.ca/?=7786

Kristof N. D., « Good News: Karlo Will Live », *New York Times*, 6 March 2008, [en ligne], consulté le 12 décembre 2016. URL : http://www.nytimes.com/2008/03/06/opinion/06kristof.html

Krivine J.-P., « DDT et lutte contre le paludisme : la réécriture de l'histoire », in *Science et Pseudo-science*, n°308, avril 2014, [en ligne], consulté le 23 mars 2016. URL : http://www.pseudo-sciences.org/spip.php?article2271

Lutgen P., « L'interdiction du DDT a causé des millions de morts. Quand tout renaît à l'espérance… », [en ligne], consulté le 23 mars 2016. URL : http://www.mitosyfraudes.org/Pesti/ddt-lut.html

—— « L'OMS recommande le DDT », [en ligne], consulté le 13 août 2016. URL : https://plutgen.wordpress.com/2007/09/30/loms-recommande-le-ddt-2/

Mbog Batassi P. E., « Médecine traditionnelle gabonaise : la fin des arnaques ? », lundi 4 avril 2011, in http://www.afrik.com/article22510.html

Norbert Hennebert P., « La médecine à Lovanium », [en ligne], consulté le 5 avril 2016. URL : http://www.md.ucl.ac.be/histoire/livre/lovan.pdf

Nzogue J.-B., « Hygiène et ville coloniale au Cameroun français (1916-1960) : enjeux et paradoxes d'une acculturation », [en ligne], consulté le 3 décembre 2015. URL : http://www.etudescoloniales.canalblog.com/archives/2013/04/13/26915937/html

Okalla R., A. Le Vigouroux, « Cameroun : de la réorientation des soins de santé primaires au plan national de développement sanitaire », in *Bulletin de l'APAD*, [en ligne], consulté le 22 septembre 2017. URL : http://apad.revues.org/181

Olivier De Sardan J.-P., T. Bierschenk, « Les courtiers locaux du développement », *Bulletin de l'APAD*, n°5, 1993, [en ligne], consulté le 11 janvier 2017. URL : http://apad.revues.org/3233

OMS, « Agents de santé communautaires : en première ligne en cas d'urgence », [en ligne], consulté le 30 mars 2017. URL : http://www.who.int/features/2010/community_health_workers/fr/

OMS, « Développement du vaccin antipaludique », [en ligne], consulté le 03 avril 2016. URL : http://www.who.int/malaria/areas/vaccine/fr/

Paganini A., « Histoire de l'Initiative de Bamako : sous le leadership de Mr. Grant (et du Dr. Mahler) », interview accordée à Jean-Benoît Falisse le 17 avril 2013, [en ligne], consulté le 11 décembre 2016. URL : http://www.healthfinancingafrica.org/home/april-17th-2013

Richard Y., « Intégration régionale, régionalisation, régionalisme : les mots et les choses », in *Confins. Revue franco-brésilienne de géographie*, n°20, 2014, [en ligne], consulté le 10 janvier 2017. URL : http://confins.revues.org/8939

Stover J., A. Johnston, « L'art de la formulation des politiques : Expérience de l'Afrique concernant l'élaboration des politiques nationales de lutte contre le VIH/SIDA », *Policy Project* (USAID), Washinton D.C. : The Futures Group International, août 1999, [en ligne], consulté le 20 août 2016. URL : http://www.policyproject.com/pubs/occasional/op-03fr.pdf

Tworek H., Rezension zu: Zimmer, Thomas: *Welt ohne Krankheit. Geschichte der internationalen Gesundheitspolitik 1940-1970.* Göttingen 2017, in: H-Soz-Kult, 19.01.2018, www.hsozkult.de/publicationreview/id/rezbuecher-27273

UNICEF, « Approvisionnement et logistique : Moustiquaires », [en ligne], consulté le 13 août 2016. URL : http://www.unicef.org

UNICEF/SANTE, « Paludisme », [en ligne], consulté le 23 mars 2016. URL : http://www.unicef.org/french/health/index_malaria.html

Van Der Geest S., « Les médicaments sur un marché camerounais : Reconsidération de la Commodification et dela pharmaceuticalisation de la santé », in *Anthropologie & Santé*, n°14, 2017, [en ligne], consulté le 14 août 2017. URL : http://anthropologiesante.reuves.org/2450

Van Elderen M., *Le Conseil œcuménique des Églises : aujourd'hui et demain*, Paris, Les Bergers et les Mages, 1995. Voir aussi *Histoire du COE*, en ligne in http://www.oikoumene.org/fr/about-us/history

Walker A. R., « Glossina Morsitans Adult Tsetse fly », Travail personnel, CC BY-SA 3.0, https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=27943104

WHO/OMS, « Paludisme », Aide-mémoire n°94, Janvier 2016, in http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs094/fr/

www.pnas.org, vol. 112, n°19, 12 mai 2015.

INDEX

Index thématique et des noms

Index thématique

A

Action sociale, 29, 39, 61, 225
Afrique centrale, 3, 4, 6, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 26, 37, 38, 49, 63, 65, 74, 96, 111, 124, 125, 127, 129, 131, 132, 134, 139, 140, 186, 188, 192, 193, 194, 198, 201, 202, 204, 206, 208, 209, 213, 217, 244, 246, 250, 251, 253, 256, 259, 260, 262, 263, 266, 267, 269, 311,312, 315, 316, 331, 336, 338, 345, 360, 361, 365, 368, 373, 384, 389, 390, 392, 404, 408, 411, 415, 417, 426, 427, 430, 432, 434, 435, 437, 438
Apprentissage, 2, 59, 208, 248
Appropriation, 9, 13, 21, 45, 54, 63, 159, 197, 208, 230, 256, 257, 259, 381, 408, 417
Arrangement, 11, 19, 111, 210, 267, 288, 291, 300, 302, 306, 310, 358
Autonomie, 24, 26, 29, 50, 55, 66, 78, 79, 80, 82, 86, 90, 91, 93, 143, 144, 154, 179, 198, 199, 230, 379, 397

B

Biomédecine, 251, 252, 256, 257, 258, 424, 425, 426, 437, 441
Biomédical, 18, 203, 234, 239, 242, 246, 248, 251, 253, 255, 256, 259, 260, 372, 427, 429, 437
Bureau Permanent International de la tsé-tsé et de la trypanosomiase (BPITT), 111, 112, 278, 297, 332

C

Christian Medical Commission (CMC), 144, 149, 151, 164, 166, 167, 168, 172, 179, 180, 181, 182, 183, 184
Circulation, 7, 17, 18, 24, 26, 27, 45, 161, 206, 209
Civilisation, 28, 29, 42, 43, 48, 49, 53, 196, 245, 289, 317, 368, 395, 410, 419, 420
Collectivité, 24, 85, 156, 157, 182, 195, 228, 233, 237, 236, 251, 385, 416
Colonial, 11, 14, 15, 18, 19, 20, 23, 24, 25, 26, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 68, 78, 79, 80, 81, 82, 86, 87, 88, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 103, 104, 105, 107, 108, 109, 110, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 121, 124, 125, 132, 137, 138, 149, 194, 195, 196, 197, 202, 206, 213, 214, 215, 218, 220, 225, 226, 233, 240, 244, 245, 246, 249, 250, 254, 263, 264, 265, 267, 269, 271, 272, 273, 274, 275, 277, 278, 280, 282, 283, 285, 286, 287, 291, 297, 300, 304, 305, 309, 311, 313, 317, 322, 323, 324, 325, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 341, 342, 343, 358, 359, 365, 372, 379, 382, 383, 384, 387, 409, 411, 418, 419, 420, 421, 422, 427, 430, 431, 432, 436
Colonial Office, 40, 45, 194
Colonialisme sanitaire, 21, 286, 436, 437
Commission pour la Coopération Technique en Afrique au Sud du Sahara (CCTA), 94, 99, 100, 104, 108, 110, 111, 112, 113, 115, 118, 196, 322, 332, 333, 334, 336
Communautaire, 152, 153, 154, 155, 156, 167, 171, 175, 176, 181, 192, 193, 198, 199, 202, 203, 204, 230, 233, 237, 239, 405, 406, 414, 425, 438
Communauté, 4, 8, 13, 17, 18, 19, 24, 28, 44, 46, 47, 110, 142, 129, 134, 135, 149, 150, 151, 152, 153, 157, 158, 163, 164, 171, 172, 175, 176, 179, 182, 183, 193, 198, 201, 202, 203, 204, 205, 213, 214, 216, 217, 223, 225, 228, 229, 232, 233, 234, 236, 238, 240, 241, 243, 245, 251, 254, 255, 256, 260, 307,312, 316, 322, 328, 344, 360, 366, 374, 377, 405, 406, 418, 424, 425, 434, 438
Compromis, 11, 33, 98, 113, 300, 342, 360, 436
Conflit, 2, 3, 9, 20, 23, 29, 30, 33, 49, 59, 63, 66, 68, 69, 70, 71, 77, 82, 84, 85, 86, 89, 95, 96, 97, 108, 110, 125, 131, 135, 136, 139, 141, 142, 144, 145, 149, 159, 170, 197, 201, 202, 204, 205, 211, 255, 264, 265, 266, 267, 272, 288, 289, 291, 293, 294, 295, 296, 297, 299, 300, 301, 306, 310, 315, 318, 328, 329, 331, 342, 362, 363, 367, 372, 405, 426, 436, 440
Connexion, 7, 14, 17, 18, 24, 104, 129, 161, 167, 209, 256, 386, 391, 399, 415, 431
Conseil de Tutelle, 68, 109, 116, 117, 125, 277
Conseil Œcuménique des Eglises (COE), 167, 179, 181
Contribution, 43, 52, 146, 153, 155, 160, 173, 181, 237, 303, 308, 309, 310, 341, 389
Coopération, 66, 81, 100, 109, 110, 111, 141, 196, 215, 217, 220, 226, 299, 324, 328, 332, 381, 411
Corruption, 124, 171, 198, 199, 200, 204, 386, 387, 399
Courtage, 213, 216, 227, 228
Curatif, 54, 142, 203, 313, 318, 404, 408

D

Décolonisation, 9, 20, 21, 116, 117, 119, 123, 127, 131, 135, 137, 138, 141, 147, 205, 277, 279, 283, 306, 410
Détournement, 171, 204, 342, 395, 399, 402
Deuxième/seconde Guerre mondiale, 7, 65, 69, 73, 86, 116, 117, 132, 137, 138, 146, 149, 172, 194, 207, 250, 283, 313, 318, 404
Développement, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 14, 18, 19, 20, 24, 35, 38, 43, 45, 65, 71, 72, 73, 74, 75, 106, 110, 114, 121,

124, 125, 127, 128, 129, 132, 139, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 149, 151, 152, 153, 154, 155, 159, 164, 166, 170, 171, 172, 177, 178, 180, 181, 184, 186, 188, 189, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 201, 202, 203, 204, 207, 208, 209, 210, 213, 214, 217, 218, 220, 221, 226, 227, 228, 235, 242, 243, 249, 250, 252, 253, 254, 255, 259, 263, 274, 279, 282, 283, 288, 298, 302, 305, 307, 311, 312, 313, 320, 322, 327, 328, 332, 341, 343, 347, 350, 363, 366, 370, 371, 372, 373, 375, 379, 381, 382, 386, 387, 388, 389, 391, 393, 394, 396, 398, 404, 405, 406, 407, 410, 412, 413, 415, 423, 424, 425, 426, 428, 429, 430, 431, 434, 437, 438, 439, 440, 441
Diffusion, 16, 20, 23, 26, 28, 29, 46, 47, 48, 49, 53, 56, 60, 87, 111, 125, 194, 196, 206, 208, 209, 210, 213, 216, 217, 220, 223, 225, 228, 229, 230, 231, 232, 234, 239, 240, 242, 243, 245, 248, 250, 251, 253, 256, 259, 260, 322, 368, 394
Domination, 9, 10, 11, 26, 32, 42, 62, 63, 65, 67, 77, 87, 136, 137, 138, 193, 197, 279, 314, 323, 335, 364, 386, 420, 437, 439

E

Éducation pour la santé, 46, 75, 105, 234, 250
Empire, 24, 29, 30, 33, 35, 42, 43, 47, 66, 67, 82, 86, 88, 90, 91, 94, 100, 109, 116, 137, 138, 141, 143, 186, 194, 195, 198, 205, 239, 246, 253, 273, , 275, 288, 289, 324, 425
Empowerment, 153, 204, 237, 238, 438
Emprunt, 18, 220, 208, 209, 251, 255, 257, 259
Endémie, 21, 262, 274, 312, 317, 322, 351
Endémo-épidémie, 21, 262, 335
Entre-deux-guerres, 8, 10, 26, 45, 130, 132, 205, 207, 213, 238, 382, 387, 434, 436, 438
Environnement, 17, 36, 75, 103, 129, 150, 154, 236, 237, 248, 252, 255, 267, 329, 349, 361, 364, 384, 439
Éradication, 4, 21, 48, 143, 144, 262, 267, 273, 274, 275, 277, 278, 310, 313, 316, 319, 320, 328, 330, 331, 332, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 346, 347, 348, 352, 358, 361, 362, 365, 366, 434
Expert, 8, 12, 13, 14, 15, 16, 20, 23, 26, 36, 37, 39, 42, 45, 47, 53, 54, 57, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 68, 70, 71, 72, 104, 111, 113, 114, 115, 119, 120, 121, 122, 127, 129, 134, 151, 158, 163, 165, 167, 168, 170, 173, 184, 186, 192, 193, 195, 196, 197, 203, 207, 208, 209, 211, 213, 215, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 228, 230, 234, 235, 238, 240, 241, 242, 246, 247, 253, 254, 260, 267, 275, 278, 279, 280, 281, 282, 285, 296, 298, 299, 300, 301, 302, 308, 309, 310, 318, 319, 324, 325, 326, 329, 330, 332, 334, 338, 339, 340, 341, 343, 344, 345, 346, 347, 356, 357, 359, 360, 361, 365, 366, 374, 375, 376, 378, 397, 399, 407, 410, 411, 413, 415, 434
Exploitation, 14, 19, 38, 42, 54, 67, 116, 124, 264, 269, 317, 323, 369, 374, 384, 428, 440

F

Fièvre jaune, 28, 34, 35, 196, 249

G

Global, 3, 4, 6, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 21, 27, 28, 37, 38, 45, 62, 64, 65, 66, 75, 83, 136, 152, 153, 161, 162, 201, 206, 208, 215, 255, 256, 257, 260, 262, 274, 294, 315, 336, 338, 353, 355, 356, 368, 373, 381, 399, 413, 434, 440
Grandes endémies, 27, 49, 63, 65, 69, 74, 263

H

Hégémonie, 143, 179, 196, 246
Hétérogénéité, 18, 211, 260, 315
Homogénéisation, 61, 84, 21, 257
Hôpital, 4, 41, 141, 171, 180, 181, 187, 192, 215, 250, 382, 404, 405, 407, 410, 416, 420, 426
Hospitalo-centrisme, , 213, 383, 404, 405, 408, 424
Hybridation, 13, 17, 18, 208, 251, 256
Hygiène, 4, 8, 20, 23, 25, 26, 28, 30, 33, 36, 41, 43, 44, 45, 46, 48, 51, 52, 53, 54, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 70, 73, 78, 95, 97, 103, 119, 130, 174, 214, 216, 221, 229, 240, 244, 245, 246, 249, 250, 253, 254, 269, 275, 282, 303, 324, 338, 337, 361, 382, 416, 424, 434

I

Indigène, 25, 31, 37, 38, 41, 43, 44, 46, 63, 115, 124, 160, 193, 244, 249, 250, 252, 254, 270, 382, 387, 409, 420, 422
Inégalités, 65, 77, 78, 80, 146, 149, 182, 385, 437, 438
Initiative de Bamako (IB), 20, 58, 127, 131, 132, 148, 156, 157, 158, 159, 163, 168, 169, 170, 171, 172, 175, 179, 185, 188, 192, 198, 199, 200, 201,204, 205, 214, 373, 384, 385, 388, 391, 392, 393, 396, 397, 398, 405, 406, 417, 418, 423, 424, 431
Interaction, 3, 4, 11, 13, 17, 18, 19, 20, 21, 37, 42, 45, 47, 49, 57, 75, 83, 116, 124, 127, 129, 131, 132, 134, 159, 161,162, 184, 194, 205, 206, 208, 210, 217, 255, 256, 262, 267, 269, 303, 305, 435, 436, 437, 441
Interdépendance, 28, 146, 196, 209, 256, 288, 368
Intermédiation, 208, 213, 259
Internationalisation, 2, 3, 4, 8, 10, 13, 14, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 37, 38, 45, 49, 52, 53, 54, 55, 58, 59, 61, 62, 63, 65, 66, 68, 69, 70, 71, 76, 78, 81, 88, 107, 108, 111, 113, 124, 127, 129, 131, 133, 137, 141, 146, 162, 163, 165, 172, 177, 179, 180, 185, 188, 198, 204, 205, 216, 218, 223, 224, 230, 234, 235, 236, 238, 244, 252, 253, 256, 260, 262, 263, 264, 277, 283, 286, 291, 295, 297, 299, 303, 304, 307, 308, 309, 315, 331, 341, 368, 369, 370, 371, 373, 374, 376, 378, 381,

389, 419, 425, 430, 434, 436, 439, 440

L

Lèpre, 8, 25, 28, 56, 106, 196, 249, 282
Libéral, 36, 174, 175, 203, 300, 368, 369, 370, 371, 386, 398, 437
Local, 3, 4, 6, 8, 12, 13, 16, 17, 18, 19, 21, 33, 37, 39, 45, 46, 47, 48, 49, 59, 60, 62, 63, 68, 82, 83, 85, 108, 124, 129, 136, 138, 142, 154, 155, 156, 162, 171, 181, 183, 185, 193, 198, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 213, 214, 216, 217, 223, 225, 227, 228, 229, 230, 232, 236, 241, 242, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 260, 272, 283, 302, 307, 312, 315, 316, 322, 323, 328, 334, 335, 336, 341, 342, 344, 348, 350, 353, 355, 356, 359, 360, 361, 365, 366, 367, 372, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 393, 394, 395, 399, 401, 402, 406, 408, 411, 412, 413, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 434, 436, 437, 440, 441

M

Maladie du sommeil (THA), 15, 20, 21, 25, 39, 40, 45, 48, 56, 58, 74, 105, 111, 120, 125, 214, 249, 260, 262, 263, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 287, 288, 289, 291, 292, 294, 295, 296, 299, 300, 302, 303, 306, 301, 307, 309, 310, 322, 332, 359, 382
Maladies vénériennes, 249, 257, 324, 337
Malaria Eradication Program (MEP), 315, 328, 330, 332, 343
Médecine, 7, 10, 24, 25, 27, 37, 38, 39, 40, 41, 44, 46, 48, 50, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 71, 72, 75, 78, 87, 95, 103, 105, 111, 122, 141, 142, 150, 164, 166, 167, 176, 180, 184, 186, 187, 199, 200, 215, 229, 240, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 256, 257, 258, 259, 260, 269, 270, 274, 275, 277, 278, 282, 283, 286, 290, 293, 298, 304, 305, 310, 318, 326, 336, 346, 358, 359, 369, 372, 379, 382, 383, 387, 388, 404, 409, 410, 412, 414, 415, 416, 418, 419, 420, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 439
Médecine sociale, 25, 37, 48, 54, 56, 57, 58, 59, 61, 71, 72, 75, 78, 167, 245, 275
Médecine Tropicale, 40, 103, 269, 277, 278, 281, 282, 287, 307, 308, 348, 364
Médicament, 5, 6, 9, 10, 19, 21, 39, 44, 46, 48, 60, 158, 174, 175, 178, 240, 242, 244, 251, 255, 259, 260, 262, 274, 275, 277, 281, 314, 315, 318, 323, 328, 353, 356, 357, 359, 367, 368, 369, 372, 373, 374, 375, 376, 380, 381, 382, 383, 385, 386, 387, 388, 390, 391, 394, 397, 399, 400, 403, 429, 430, 431, 432, 438, 439, 440
Médicaments essentiels (ME), 154, 157, 171, 174, 175, 178, 199, 372, 373, 374, 375, 376, 378, 379, 381, 385, 388, 389, 391, 395, 396, 397, 401, 406, 431
Missions, 17, 24, 37, 38, 39, 46, 49, 53, 62, 64, 91, 129, 130, 194, 207, 218, 225, 226, 227, 234, 249, 263, 268, 271, 278, 301, 321, 323, 324, 410, 416, 419, 420
Modèle, 3, 11, 12, 24, 43, 60, 64, 74, 75, 87, 88, 128, 133, 140, 150, 170, 195, 199, 211, 213, 214, 224, 230, 246, 248, 255, 260, 264, 275, 307, 376, 378, 381, 382, 412, 413, 417, 425
Moderne, 24, 25, 27, 40, 47, 48, 54, 60, 65, 75, 128, 129, 146, 161, 194, 196, 243, 254, 257, 268, 323, 331, 334, 366, 368, 382, 423, 426, 428
Mondialisation, 10, 37, 84, 87, 88, 146, 208, 209, 239, 252, 257, 368, 399
Mort, 25, 34, 40, 43, 48, 55, 123, 164, 169, 170, 249, 263, 267, 287, 312, 316, 317, 319, 321, 352, 358
Multilatéral, 227, 324, 370

N

National, 4, 5, 6, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 19, 21, 24, 25, 26, 29, 34, 37, 43, 45, 57, 66, 68, 78, 117, 129, 133, 136, 138, 155, 162, 163, 179, 184, 185, 186, 197, 198, 202, 203, 216, 218, 219, 221, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 230, 231, 236, 238, 240, 245, 251, 265, 289, 291, 304, 307, 316, 375, 381, 385, 386, 387, 390, 391, 393, 394, 396, 397, 400, 401, 403, 406, 410, 412, 413, 417, 420, 422, 423, 425, 426, 427, 431, 434, 436, 438
Négocier, 11, 19, 34, 65, 90, 123, 137, 186, 226, 291, 295, 300, 302, 306, 307, 310, 358, 370, 390, 396, 420, 431
Néolibéral, 175, 199, 266
Non-alignement, 131, 137, 139, 141
Nouvel ordre économique international (NOEI), 146, 147, 165, 389, 425

O

Office International d'Hygiène Publique (OIHP), 9, 14, 24, 25, 26, 28, 29, 34, 35, 36, 42, 45, 50, 51, 52, 54, 63, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 73, 75, 78, 88, 90, 109, 130, 226, 269, 311, 323
ONU, 65, 66, 68, 69, 70, 75, 77, 81, 83, 93, 106, 108, 109, 113, 116, 117, 118, 125, 142, 165, 195, 204, 264, 265, 266, 279, 334, 347
Organisation d'Hygiène de la Société des Nations (OHSDN), 9, 24, 26, 29, 34, 36, 49, 50, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 62, 63, 65, 66, 68, 69, 71, 73, 75, 77, 88, 130, 149, 226, 280, 311, 313, 323, 332, 337
Organisation mondiale de la Santé (OMS), 3, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 23, 26, 34, 35, 36, 45, 50, 58, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 82, 86, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 99, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 112, 113, 115, 118, 119, 120, 121, 123, 124, 125, 127, 129, 130, 131, 132, 135, 137, 142, 143,

145, 147, 148, 149, 151, 152, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 170, 177, 178, 182, 183, 184, 185, 188, 189, 190, 192, 196, 199, 200, 201, 204, 205, 206, 215, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 225, 226, 229, 234, 235, 236, 237, 241, 242, 246, 247, 252, 254, 255, 262, 263, 266, 272, 276, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 350, 351, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 368, 369, 372, 373, 374, 375, 376, 378, 379, 380, 381, 382, 386, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 396, 397, 398, 400, 401, 402, 404, 405, 407, 408, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 418, 419, 422, 423, 431, 434, 435, 436, 438, 440

P

Paix, 29, 69, 124, 130
Paludisme, 6, 8, 12, 15, 19, 20, 21, 25, 40, 53, 56, 74, 103, 104, 105, 106, 112, 130, 143, 144, 204, 240, 249, 254, 255, 260, 262, 282, 287, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 351, 352, 354, 355, 356, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 395, 411, 435
Participation, 24, 45, 47, 52, 76, 79, 80, 87, 90, 91, 151, 152, 153, 154, 156, 157, 170, 175, 177, 185, 186, 193, 198, 202, 203, 204, 231, 235, 236, 335, 342, 371, 406, 424, 425, 439
Passeurs culturels, 208, 217, 228
Patrimonialisation, 20, 127, 252
Peste, 28, 34, 35, 40, 87, 196
Philanthropie, 53, 64, 194
Pian, 25, 105, 257, 387, 421
Postcolonial, 19, 23, 48, 60, 71, 180, 206, 214, 257, 384, 411, 420, 427, 430
Première Guerre mondiale, 2, 24, 29, 42, 49, 65, 105, 130, 226, 256, 267, 269, 323, 368, 430
Prestataire, 171, 229, 230, 231, 248, 397, 398, 406, 427, 437
Prestation, 155, 158, 171, 221, 229, 378, 385, 388, 396, 397, 406, 408, 417, 424
Prévenir, 17, 41, 45, 50, 54, 58, 70, 75, 142, 153, , 229, 240, 245, 271, 280, 318, 321, 329, 351, 391, 419, 424
Promotion, 59, 75, 120, 123, 153, 182, 186, 187, 188, 192, 199, 210, 229, 234, 235, 237, 238, 239, 241, 248, 250, 256, 282, 300, 304, 312, 328, 353, 369, 372, 375, 376, 383, 395, 405, 414, 416, 417, 424, 428, 431
Promotion de la santé/Health Promotion (PS/HP), 75, 202, 203, 229, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 243, 249, 308
Propagande, 60, 94, 141, 144, 278, 315, 328
Prophylaxie, 33, 41, 43, 249, 250, 270, 272, 274, 282, 313, 314, 316, 318, 323, 325, 326, 327, 331, 334, 336, 339, 355

Q

Quarantaine, 70, 87

R

Race, 25, 41, 43, 97, 99, , 100, 117, 137, 409, 422
Rapports de force, 16, 59, 65, 186, 213, 401
Réformateur, 11, 20, 23, 26, 46, 47, 48, 49, 54, 61, 62, 68, 74, 78, 164, 193, 194, 208, 225, 231, 232, 233, 234, 239, 240, 243, 250, 254, 260
Réforme, 11, 12, 33, 81, 86, 154, 193, 219, 227, 290, 406, 408, 438
Région, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 14, 18, 19, 40, 49, 67, 82, 83, 84, 85, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 104, 107, 108, 112, 114, 115, 120, 124, 127, 136, 140, 147, 155, 156, 158, 159, 160, 171, 174, 175, 185, 187, 188, 192, 197, 198, 200, 201, 204, 215, 216, 222, 223, 224, 226, 227, 230, 234, 235, 241, 247, 248, 254, 255, 260, 263, 270, 272, 280, 287, 307, 311, 319, 321, 326, 327, 328, 333, 335, 344, 345, 354, 355, 359, 360, 362, 365, 366, 368, 373, 381, 389, 391, 394, 395, 403, 404, 411, 412, 416, 419, 422, 423, 428, 429, 434, 436, 440
Régionalisation, 20, 21, 23, 65, 68, 82, 83, 84, 85, 86, 88, 89, 90, 108, 109, 110, 115, 124, 125, 199, 262, 311, 436
Régionalisme, 20, 23, 65, 68, 82, 83, 84, 108, 109, 113, 115, 116, 118, 121, 123, 124, 436
Rejet, 13, 18, 48, 121, 156, 194, 208, 232, 242, 256, 304
Réseau, 2, 3, 8, 14, 19, 20, 23, 24, 26, 27, 37, 38, 39, 40, 42, 46, 47, 54, 62, 63, 64, 68, 70, 71, 84, 85, 102, 121, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 159, 160, 161, 162, 163, 167, 172, 184, 204, 205, 206, 207, 213, 217, 227, 228, 242, 269, 285, 363, 364, 377, 398, 399, 401, 402, 405, 407, 424, 430, 431, 435, 437
Résistance, 31, 48, 49, 63, 77, 124, 199, 232, 233, 242, 246, 251, 254, 260, 263, 307, 330, 338, 350, 351, 354, 360, 368, 395, 421, 437
Révolution, 35, 135, 142, 146, 148, 160, 190, 319, 382

S

Sanitaire, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 16, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 30, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 53, 54, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 79, 86, 87, 88, 90, 94, 95, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 112, 113, 115, 116, 118, 119, 121, 122, 123, 124, 125, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 142, 147, 149, 150, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 159, 160, 163, 166, 167, 168, 170, 171, 172, 174, 178, 181,

184, 185, 186, 188, 189, 191, 192, 193, 194, 196, 197, 198, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 223, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 234, 237, 238, 239, 240, 241, 243, 245, 246, 247, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 259, 260, 263, 266, 271, 272, 273, 274, 278, 280, 283, 285, 286, 298, 299, 301, 305, 307, 309, 310, 311, 312, 315, 316, 320, 321, 322, 335, 337, 341, 348, 351, 352, 355, 358, 360, 366, 368, 369, 372, 373, 378, 382, 385, 386, 387, 388, 390, 391, 392, 396, 397, 399, 400, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 411, 412, 413, 415, 417, 418, 422, 424, 425, 426, 430, 431, 432, 434, 435, 436, 437, 438, 441

Santé, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 42, 43, 44, 45, 46, 48, 49, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 97, 98, 104, 105, 111, 115, 117, 119, 121, 122, 124, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 139, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 192, 193, 194, 196, 197, 198, 199, 200, 202, 203, 204, 206, 208, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 260, 262, 263, 270, 271, 273, 277, 278, 279, 281, 282, 283, 285, 286, 287, 289, 291, 293, 294, 298, 304, 310, 311, 313, 316, 324, 325, 326, 327, 329, 330, 332, 333, 337, 340, 342, 346, 347, 349, 350, 355, 356, 360, 362, 363, 364, 366, 368, 369, 372, 373, 374, 375, 376, 378, 379, 380, 381, 382, 384, 385, 387, 388, 389, 392, 393, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 428, 430, 432, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440

Savoir-faire, 8, 16, 17, 18, 20, 54, 60, 63, 127, 163, 206, 207, 208, 209, 210, 217, 219, 223, 226, 227, 228, 230, 231, 234, 238, 239, 248, 251, 253, 256, 257, 259, 260, 368, 428

Savoirs experts, 7, 46, 47, 53, 59, 65, 231, 232, 238

Savoirs locaux, 20, 127, 208, 252, 253

Social , 3, 8, 10, 11, 13, 17, 19, 24, 25, 27, 28, 38, 41, 42, 47, 48, 49, 54, 55, 57, 58, 61, 62, 65, 71, 72, 73, 74, 75, 77, 84, 85, 88, 108, 116, 117, 128, 129, 142, 144, 146, 147, 150, 152, 155, 157, 159, 160, 161, 176, 187, 193, 194, 195, 196, 197, 199, 203, 205, 206, 210, 214, 219, 220, 227, 228, 231, 232, 233, 237, 239, 243, 249, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 259, 266, 267, 278, 279, 284, 287, 288, 289, 290, 298, 306, 310, 315, 323, 347, 360, 368, 378, 382, 384, 385, 395, 399, 404, 413, 418, 422, 430, 432, 434, 436, 437, 438

Socialisme, 110, 139, 147, 189, 382

Socialiste, 42, 61, 116, 130, 136, 138, 139, 140, 141, 145, 147, 190, 382, 425

Soins, 5, 6, 8, 43, 48, 58, 71, 74, 75, 132, 142, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 164, 170, 171, 172, 176, 180, 181, 182, 183, 185, 193, 198, 203, 213, 215, 229, 230, 231, 233, 234, 243, 244, 248, 251, 255, 260, 283, 368, 373, 374, 378, 382, 384, 385, 387, 388, 391, 398, 404, 405, 406, 407, 408, 413, 416, 419, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 434, 437, 438

Soins de Santé Primaires (SSP), 20, 58, 125, 127, 131, 132, 135, 136, 137, 142, 143, 144, 145, 148, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 159, 163, 164, 165, 167, 168, 169, 170, 172, 173, 175, 179, 181, 182, 184, 185, 186, 188, 189, 190, 191, 192, 198, 199, 200, 201, 204, 205, 214, 332, 373, 374, 378, 385, 391, 397, 404, 405, 408, 417, 423, 424, 425, 431

Solidarité, 28, 29, 72, 119, 145, 152, 195, 196, 203, 265, 284, 287, 292, 371, 391, 393, 396

Sous-développement, 65, 81, 193, 195, 197, 198, 279

Souveraineté, 21, 78, 111, 119, 193, 194, 196, 198, 220, 262, 264, 280, 298, 309, 371, 439

T

Tiers-monde, 131, 137, 139, 142, 144, 145, 146, 147, 205, 391

Traditionnel, 46, 55, 145, 160, 233, 234, 240, 242, 243, 252, 253, 254, 258, 368, 418, 419, 423, 424, 425, 426, 427, 428

Transfert, 3, 40, 56, 59, 60, 62, 103, 106, 146, 153, 194, 206, 207, 209, 210, 211, 212, 229, 230, 238, 239, 256, 259, 285, 425

Transnational, 2, 3, 27, 106, 162, 211, 214

Trypanosomiase humaine africaine (THA), 15, 20, 25, 40, 45, 56, 58, 74, 105, 111, 120, 125, 214, 260, 262, 263, 266, 267, 268, 269, 271, 272, 273, 274, 275, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 287, 288, 289, 291, 292, 294, 295, 296, 299, 300, 302, 303, 306, 307, 309, 310, 332, 359

Tuberculose, 56, 106, 164, 204, 249, 282, 324, 337, 362

U

Universel, 27, 206, 234, 253, 257, 260, 309, 412, 438

V

Variole, 28, 43, 87, 249

Index des noms

A

Abane, 357, 358, 359
Ad Lucem, 38, 39
Adam, 169, 263, 324, 348
AEF, 13, 14, 25, 26, 42, 44, 45, 46, 56, 96, 100, 101, 103, 106, 107, 112, 124, 214, 226, 240, 244, 246, 249, 250, 269, 270, 272, 379, 382, 383, 387, 409, 422
Alexandrie, 87, 90, 95
Allemagne, 30, 31, 39, 40, 104, 114, 121, 146, 189, 235, 318, 380, 382
Aly Tewfik, 80, 90
Amrith, 9, 59, 61, 62, 66
Anderson, 234, 235
Angoulvant, 43, 269
Ansari, 120, 123, 278, 280, 281, 282, 283, 285, 287, 291, 293, 295, 296, 297, 301, 302, 306, 307, 308, 309
AOF, 96, 121, 246, 409, 410
Assemblée mondiale de la santé, 67, 75, 89, 91, 92, 94, 188, 279, 326, 346, 376, 412
Atangana, 187, 413
Atoxyl, 269, 270, 271, 272, 274
Augagneur, 244, 382
Aujoulat, 38, 101, 113, 115, 222, 240, 305
Autriche, 35, 114, 235

B

Bah, 26, 138, 247, 491
Bailly-Choumara, 325
Bakamuenza, 291, 293, 294, 297, 309
Bangui, 186, 187, 221, 430
Barrère, 30, 33, 34, 35, 36, 45, 52, 63, 73, 78, 87
Batanga, 187, 230
Beausoleil, 186, 377
Belgique, 40, 90, 93, 95, 101, 111, 113, 114, 118, 235, 247, 263, 269, 278, 281, 282, 283, 284, 285, 289, 290, 296, 297, 298, 300, 306, 307, 308, 310, 371, 383
Belinga, 417, 419
Bellagio, 170, 179
Bellerive, 120, 121, 123, 281, 297, 307, 308
Bernard, 95, 98, 119, 123, 237, 281, 286, 293, 297, 300, 306, 307, 308, 309, 328, 339, 340, 341, 358
Bonnet, 116, 117, 315
Bousquet, 95, 111
Brandt, 131, 146
Brazzaville, 8, 13, 14, 15, 16, 26, 40, 44, 56, 68, 95, 97, 98, 99, 100, 101, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 111, 113, 120, 124, 129, 185, 186, 201, 214, 226, 230, 236, 237, 240, 241, 244, 246, 247, 248, 250, 255, 271, 272, 287, 291, 296, 306, 308, 315, 316, 332, 362,366, 383, 386, 388, 389, 394, 407, 408, 409, 414, 420, 429, 430, 440
Brésil, 52, 66, 70, 76, 371, 380
Bruce-Chwatt, 319, 345, 346
Brundtland, 312, 350, 363
Bruxelles, 13, 14, 15, 40, 68, 74, 83, 93, 94, 96, 97, 109, 111, 112, 202, 250, 265, 266, 269, 279, 283, 284, 287, 289, 290, 292, 297, 298, 305, 306, 309, 310, 323, 369, 371, 410
Bryant, 149, 150, 180, 181, 182, 184
Buiyabana Sitoga, 187, 227
Buriot, 104, 241, 242, 354, 440
Burke, 269, 278, 282, 284, 285, 293, 296, 302, 306, 307, 308, 310

C

Cambournac, 100, 101, 103, 104, 107, 112, 218, 226, 358
Candau, 119, 120, 123, 165, 183, 247, 278, 280, 281, 282, 287, 292, 293, 295, 296, 299, 302, 303, 304, 307, 308, 341
Cavalié, 339, 345, 346
Cédille, 103, 104, 107, 226
Charles, 38, 72, 201, 219, 352, 366, 369, 409, 411
Chastang, 324, 339, 340
Chauvet, 103, 226
Chine, 66, 67, 70, 71, 76, 88, 130, 131, 139, 141, 142, 144, 145, 167, 169, 188, 191, 198, 205, 229, 286, 405, 417, 423
Choffor Nchinda, 187, 227
Cohen, 163, 176
Colonial Office, 40, 45, 194
Congo ex-belge, 260, 263, 266, 273, 274, 277, 278, 279, 281, 282, 287, 288, 289, 294, 299, 300, 303, 304, 305, 383, 384
Conseil Sanitaire Maritime et Quarantenaire d'Alexandrie, 29, 33
Constantinople, 35, 40, 87
Cueto, 8, 9, 142, 145, 146, 150, 154, 169, 179, 184, 190, 191, 192, 199, 338

D

D'Almeida, 236, 237, 392
D'Arenberg, 282, 289, 290, 291, 292, 294, 302, 309, 310
Dackey, 221, 396
Daubenton, 95, 97, 98, 99, 100, 101, 103, 112
de Gaulle, 93, 110
Delas, 220, 356
Djukanovic, 166, 167, 183
Dorolle, 103, 119, 165, 285, 286, 287, 290, 291, 292, 294, 295, 297, 304, 307, 308, 334
Dowling, 345, 346
Dupuy, 27, 272

E

Edouard Renard, 246, 409
Egypte, 33, 34, 35, 42, 76, 87, 88, 91, 114, 189, 190, 321
Espagne, 35, 52, 98, 99, 101, 113, 114, 235, 319, 371
États-Unis, 2, 7, 11, 36, 50, 66, 67, 77, 79, 81, 83, 87, 88, 90, 91, 92, 104, 109, 110, 114, 115, 116, 117, 119, 130, 136, 137, 139, 142, 144, 146, 172, 173, 176, 178, 181, 194, 199, 235, 264, 313, 318, 319, 329, 331, 336, 338, 343, 348, 370, 371, 382, 390, 415, 431

F

Féry, 219, 220, 225
Foreign Office, 138, 333
France, 14, 29, 31, 33, 34, 35, 36, 38, 40, 42, 45, 52, 56, 57, 60, 68, 73, 76, 79, 81, 84, 91, 95, 96, 98, 99, 100, 101, 103, 111, 112, 113, 114, 116, 117, 118, 145, 163, 176, 197, 204, 226, 231, 235, 240, 245, 254, 286, 303, 304, 305, 306, 312, 314, 317, 318, 319, 321, 333, 334, 352, 364, 371, 377, 379, 380, 382, 411, 415, 416, 420, 422
Fulconis, 387, 422

G

Gabon, 6, 13, 14, 15, 38, 43, 118, 140, 187, 197, 219, 220, 224, 225, 227, 245, 246, 249, 364, 381, 383, 390, 407, 411, 414, 420, 428
Gale, 97, 99
Gangbo, 115, 222, 223
Gazel, 98, 99
Genève, 8, 12, 13, 15, 16, 26, 50, 53, 55, 57, 68, 70, 71, 73, 76, 82, 88, 89, 92, 94, 95, 98, 101, 104, 112, 120, 123, 129, 133, 152, 154, 163, 164, 165, 167, 178, 181, 183, 185, 188, 189, 190, 200, 201, 215, 218, 226, 241, 246, 264, 279, 281, 283, 285, 286, 287, 290, 297, 298, 305, 306, 307, 308, 316, 329, 330, 334, 340, 354, 361, 372, 374, 375, 378, 381, 392, 407, 412, 413, 423, 436, 440
Gosselin, 85, 176
Gouverneur général J.-F. Reste, 44, 244, 379
Grande Bretagne, 31, 33, 35, 42, 52, 56, 78, 90, 93, 98, 118, 138, 194, 221, 300
Grant, 158, 163, 168, 169, 170, 171, 179, 192, 199
Grèce, 35, 88, 114, 317, 319, 335, 338, 386
Greenwood, 57, 249, 494
Guinée équatoriale, 6, 140, 227

H

Haas, 8, 358, 359
Hamon, 313, 315, 325, 348
Haye, 45, 371
Howard, 50, 53, 55, 173
Hutchinson, 263, 285

I

Inde, 9, 67, 76, 88, 110, 114, 139, 164, 165, 167, 181, 183, 188, 198, 335, 343, 349, 380, 414, 423
Indochine, 42, 88, 110, 138, 286
Institut Pasteur, 40, 56, 111, 214, 269
Ioan Teleianu, 220, 411, 476
Irlande, 35, 235
Italie, 36, 52, 103, 114, 179, 235, 318, 319, 335, 371, 381, 392

J

Jamkhed, 183, 514
Jamot, 47, 56, 105, 325, 426
Janssens, 250, 269, 282, 285, 287, 295, 296, 302, 306, 307, 308
Jenkins, 181, 182

K

Keita, 115, 222
Keller, 204, 305
Kennedy, 136, 137, 169, 172, 176, 177, 178
Kickbusch, 234, 235, 236, 239
Kinshasa, 14, 15, 171, 247, 266, 278, 280, 289, 291, 292, 293, 295, 296, 298, 303, 306, 308, 309, 310, 322, 410, 430
Kissinger, 135, 143
Kouetete, 187, 227
Kremlin, 143, 144, 190

L

Lantum, 186, 413
Laveran, 312, 317
Léopold II, 30, 263, 269, 310
Libreville, 14, 15, 219, 225, 430
Lisbonne, 93, 94, 100, 103, 332, 371
Livadas, 324, 339, 340, 344, 483
Lobe Monekosso, 200, 226
Londres, 34, 93, 95, 97, 98, 103, 111, 118, 274, 301, 333, 371
Longerstaey, 290, 297, 306, 308
Lumumba, 264, 265, 295
Lutgen, 340, 349, 350
Lybie, 36, 88, 95

M

Mach, 166, 167, 173
Macmillan, 106, 138, 140, 492, 519
Maginot, 43, 269
Mahler, 91, 121, 137, 144, 148, 151, 158, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 170, 173, 177, 179, 184, 186, 189, 190, 191, 192, 199, 234, 235, 375, 376, 396, 405
Malabo, 14, 15, 430
Mann, 67, 77, 199
Mao, 144, 169
Marc Henry, 111, 328
Marc Vincent, 173, 174, 175
Marchand, 44, 59, 245
Mbédé, 399, 400
McGilvray, 168, 180, 181, 182, 183
McNamara, 163, 170, 179
Mobutu, 265, 287, 291, 292, 293, 294, 302, 309, 311
Morgan, 153, 173, 201
Morin, 29, 324
Moscou, 136, 137, 139, 141, 142, 143, 144, 145, 147, 189, 190, 191, 305, 331, 346, 413
Mouchet, 313, 315, 319, 324, 325, 327, 339, 345, 346, 347, 348, 349, 356

N

National Academy of Sciences, 172, 175, 177
Neujean, 111, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 282
Newell, 154, 163, 166, 167, 168, 173, 183, 184, 188, 199, 218
Newton, 152, 153, 281, 300, 301, 302, 306
Noguer, 355, 360, 361
Nugroho, 167, 182, 183
Nzo Ekangaki, 123, 124

O

Odelola, 120, 121, 123
Oliveira, 187, 227
Organisation de l'unité africaine, 68, 115

P

Paganini, 157, 158, 168, 169, 170, 171
Paris, 3, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 24, 26, 33, 34, 35, 36, 38, 39, 40, 43, 50, 56, 68, 73, 79, 80, 83, 85, 87, 90, 92, 93, 94, 98, 100, 101, 104, 109, 110, 112, 116, 117, 122, 129, 131, 135, 160, 161, 163, 176, 180, 193, 194, 195, 197, 198, 203, 207, 208, 219,226, 231, 232, 245, 247, 249, 252, 253, 257, 263, 264, 269, 286, 288, 303, 315, 316, 321, 324, 329, 333, 347, 349, 358, 368, 369, 371, 376, 377, 383, 384, 386, 390, 404, 413, 419, 428, 430, 434
Parisot, 71, 72, 73, 75, 77, 80, 94
Payne, 285, 293, 294, 299, 300, 302, 306, 308, 309
Pearson, 92, 100, 146
Phaka Nimy, 187, 227
Portugal, 35, 93, 97, 101, 103, 111, 113, 114, 118, 189, 235, 319, 371
Pottevin, 52, 269
Prévost, 38, 39
Proust, 33, 34

Q

Quai d'Orsay, 79, 80, 91, 93, 95, 98, 99, 112, 286, 303, 304, 333
Quenum, 120, 121, 122, 123, 200, 219, 220, 246, 247, 280, 285, 287, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 307, 308, 341

R

Raeburn, 236, 237, 238
Rajchman, 53, 62
RCA, 118, 140, 185, 221, 222, 246, 249,

361, 381, 383, 391, 407, 411, 414, 420
RDC, 6, 13, 15, 21, 227, 262, 263, 274, 280, 288, 306, 309, 332, 351, 383, 391, 407
République du Congo, 6, 12, 141, 226, 246
Rhône Poulenc-Specia, 314, 359, 364
Rockefeller Foundation, 40, 50, 52, 63, 71, 88, 103, 143, 167, 169, 170, 176, 179, 183, 194, 324, 328, 332
Rodhain, 314, 326
Roi Baudouin, 250, 290
Roosevelt, 109, 110, 116
Russell, 173, 337
Russie, 35, 52, 137, 145, 191, 371

S

Samba, 255, 362, 363, 392
Sardaigne, 35, 335
Sarraut, 29, 42, 43, 45, 46, 52, 54, 56, 78, 245, 323, 342
Scheyven, 285, 287, 292
Schuman, 12, 95, 98, 116, 333
Siebert, 283, 292, 293, 296, 308
Siegel, 286, 308, 309
Simon, 176, 178, 187, 230, 368, 401, 413, 428
Soete, 264, 295
Soliman, 123, 343
Stampar, 71, 72, 73, 75, 76, 275
Stanley, 30, 135, 263, 322
Stockholm, 36, 176, 354, 371
Suisse, 114, 235, 264, 371, 381, 416

T

Tanger, 40, 87
Taylor, 37, 131, 150, 154, 155, 184, 430
Tchad, 14, 118, 185, 197, 220, 221, 246, 249, 361, 381, 383, 407, 414, 420, 428
Téhéran, 87, 346
Tejada-de-Rivero, 145, 163, 168, 173, 188, 190, 191
Togba, 94, 99, 100, 101
Torfs, 366, 411
Tross, 291, 296
Truman, 7, 116, 172, 195, 342
Turquie, 28, 35, 88, 169, 319

U

Um Nyobè, 117, 118
Union Sud-africaine, 76, 96, 111

V

Van Bilsen, 287, 297, 306, 308
Van Hoof, 250, 275, 277
Venediktov, 144, 145, 148, 163, 167, 188, 191
Viala, 99, 100

W

Washington, 10, 67, 70, 89, 116, 117, 130, 133, 136, 137, 143, 144, 169, 173, 175, 177, 178, 179, 185, 190, 199, 265, 283, 286, 331, 332, 338, 363, 371, 375, 380, 381, 391, 413, 431
Weber, 30, 42
Weeks, 355, 358, 360
William Ponty, 121, 409
Wilson, 50, 338
Wray, 167, 183
Wurster, 352, 353

Y

Yaoundé, 5, 12, 14, 25, 26, 41, 74, 123, 124, 187, 223, 247, 249, 256, 316, 325, 339, 340, 341, 342, 344, 345, 354, 365, 382, 383, 402, 407, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 419, 426, 427, 428, 430

Z

Zagreb, 71, 75, 510
Zaïre, 15, 140, 152, 171, 187, 203, 227, 277, 383, 414

Tables des cartes, figures, illustrations, images et tableaux

Cartes

Carte 1 : L'Afrique en 1914 (auteur : S. Ayangma) 33
Carte 2 : Régions et bureaux de l'OMS, 1950 (auteur : S. Ayangma) 91
Carte 3 : Régions et bureaux de l'OMS, 1954 (auteur : S. Ayangma) 94
Carte 4 : Répartition mondiale du paludisme du milieu du XIX^{e} siècle à 2010, (auteur : S. Ayangma) 340
Carte 5 : Cartographie de la situation épidémiologique du paludisme dans la région africaine (1952) 341

Figures, illustrations et images

Figures

Fig. 1 : Schéma organisationnel d'hygiène publique (OIHP) en 1908 52
Fig. 2: L'Organisation d'hygiène de la SDN au cœur d'un système sanitaire hybride et multipolaire 52
Fig. 3 : Structure fondamentale des bureaux régionaux de l'OMS (1951) 105
Fig. 4 : Le système de santé type en Afrique 223
Fig. 5 : Schéma critique du système type de santé en Afrique 224
Fig. 6 : Trajectoire suivie par les savoirs experts dans le cadre d'un échange interindividuel 241
Fig. 7 : Cycle parasitaire de Trypanosoma Brucei 279
Fig. 8 : Indice de nouvelles infections de THA (%) 288
Fig. 9 : Répartition mondiale de la capacité de production des médicaments (1980) 396
Fig. 10 : Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels 420

Illustrations

Illustration 1 : L'aide de la Belgique au Congo 296
Illustration 2 : Le Paludisme 334
Illustration 3 : Note manuscrite : Actions contre les « féticheurs » 439

Images

Image 1 : L'hôpital de Douala : « Pavillon indigène » 42

Image 2 : L'hôpital de Douala : « Pavillon européen » 42
Image 3 : L'hôpital de Yaoundé : « Pavillon européen »..... 42
Image 4 : Andrija Stampar 73
Image 5: Jacques Parisot 73
Image 6 : Le siège du bureau africain de l'OMS à Brazzaville 108
Image 7 : Le Dr. J. C. Cambournac, DR/AFRO (à gauche) signant les accords du 22 août 1956 en présence du Gouverneur J. Cédille, SG/AEF..... 110
Image 8: Le Dr. C. A. A. Quenum, DR/AFRO (1965-1984)..... 126
Image 9 : « Contact », journal de la CMC, n°117, décembre 1990 156
Image 10 : Halfdan T. Mahler, DG/OMS, (1973-1988) 175
Image 11: James P. Grant, DG/UNICEF, (1980 – 1995) 175
Image 12 : Apparition surprise à Alma-Ata, du sénateur E. M. Kennedy (à gauche). À droite, le DG/OMS le Dr. H. T. Mahler (1978) 184
Image 13 : The ICPHC at the *Lenin Convention Center* in Alma-Ata (1978)..... 199
Image 14 : Peintures murales d'éducation sanitaire à Brazzaville (cliché S. Ayangma, octobre 2017) 251
Image 15 : « Tradipraticien » portant des gants médicaux (Cliché S. Ayangma, 4 janvier 2018) 268
Image 16 : Glossina Morsitans Adult Tsetse fly..... 279
Image 17 : Mouche tsétsé transmettant la maladie 279
Image 18 : État grabataire cachectique 279
Image 19 : Flacon de Pentamidine..... 284
Image 20 : Bâtiment du SHMP du Nyong et Sanaga : Yaoundé/Jamot (Cliché S. Ayangma, 13 juillet 2011)..... 339
Image 21 : État des caniveaux dans certaines villes africaines (Brazzaville)..... 376
Image 22 : Boîte de comprimés antipaludiques (Malacur)..... 379
Image 23 : Vente des médicaments de la rue au marché total de Brazzaville (Cliché S. Ayangma, novembre 2017)..... 405
Image 24 : Vente dans la rue de Brazzaville des produits médicamenteux naturels (Cliché S. Ayangma, octobre 2017)..... 448

Tableaux

Tableau 1 : Personnel du BR/AFRO en 1954 111

Tableau 2 : Répartition de l'ensemble du personnel recruté pour la région d'Afrique, selon les nationalités : situation au 30 juin 1957 117

Tableau 3 : Cadres nationaux d'Afrique centrale formés en URSS entre 1960 et 1980 144

Tableau 4 : Résumé du processus de l'IB..... 162

Tableau 5 : Liste des délégués des pays d'Afrique centrale, conférence d'Alma-Ata (1978) 194

Tableau 6 : A policy Transfer Framework..... 220

Tableau 7 : Personnel de l'OMS participant aux programmes de coopération technique des Nations Unies en République centrafricaine..... 230

Tableau 8 : Médecins exerçant au Gabon en 1973 (secteur public)..... 233

Tableau 9 : Évolution de la trypanosomiase au Congo belge (1927-1956)..... 287

Tableau 10 : Effectifs belges des personnels techniques de santé publique au Congo entre 1961 et 1970..... 310

Tableau 11 : Lutte antipaludique au Cameroun : baisse des indices plasmodiques chez les nourissons et les enfants de 2 à 9 ans..... 354

Tableau 12 : Expérimentations médicamenteuses au Cameroun 371

Tableau 13 : WHO Expert Committee on the Selection of Essential Drugs, Geneva, 17-21 October 1977..... 392

Tableau 14 : Nombre de DS par pays..... 425

Tableau 15 : Tableau récapitulatif des promotions de docteurs en médecine sortis du CUSS entre 1975 et 1990..... 432

Table des matières

Remerciements ..... **iii**

Sommaire ..... **v**

Liste des sigles et des abréviations ..... **vi**

Résumé ..... **xii**

Summary ..... **xiii**

INTRODUCTION **1**

Réfléchir sur la mise en œuvre des politiques de développement sanitaire en Afrique centrale : objectifs, intérêts et motivations *4*
La santé, les organisations internationales et le développement dans l'historiographie *7*
Penser la domination dans les rapports entre les OI et les pays dits en développement *10*
Un terrain à plusieurs échelles *12*
Des sources diversifiées *14*
Un plan tripartite *19*

PREMIÈRE PARTIE : INTERNATIONALISER LES PROBLÈMES DE SANTÉ DES TERRITOIRES DOMINÉS D'AFRIQUE CENTRALE : ENTRE EXPLOITATION COLONIALE, CRISES ET RECONSTRUCTIONS **23**

Chapitre I : L'Office international d'Hygiène Publique (OIHP), l'Organisation d'Hygiène de la Société des Nations (OHSDN) et les territoires dominés d'Afrique centrale : une internationalisation des problèmes de santé des colonies **25**

I. Enjeux sanitaires internationaux et naissance des premiers réseaux transnationaux de santé *28*
1. Les enjeux sanitaires internationaux *28*
1.1. Les enjeux idéologiques 28
1.2. Les enjeux stratégiques 30
1.3. Les enjeux matériels 35
2. Les premiers réseaux transnationaux de santé en Afrique *38*
2.1. Les missions chrétiennes 38
2.2. Puissances coloniales et experts internationaux comme réseau 40
2.3. Le colonisé : sujet/objet du processus de diffusion des savoirs experts 47
II. De la lutte contre les grandes endémies en Afrique centrale à l'internationalisation de la santé des colonies *50*
1. L'OHSDN et les territoires colonisés : l'érection d'une cause humanitaire internationale . 51
2. La crise économique des années 1930 et la question de la médecine sociale *55*
3. L'internationalisation de la santé des colonies *60*
Conclusion 64

Chapitre II : De l'avènement de l'OMS à son implantation en Afrique centrale : entre régionalisation et régionalisme **66**

I. De l'OIHP/OHSDN à l'OMS : continuités ou ruptures ? *70*
1. De l'OIHP/OHSDN à l'OMS : une nécessaire transition ? 70
1.1. L'OIHP/OHSDN, l'UNRRA et l'avènement de l'OMS : la Deuxième Guerre mondiale comme élément déclencheur 70
1.2. Naissance de l'OMS et influence des réseaux interconnectés : Andrija Stampar et Jacques Parisot 72
2. L'OMS entre permanence et ruptures 75
2.1. L'OMS et ses "innovations" 75
2.2. Des inégalités sociales de santé comme héritage des premières OIS 78
II. L'OMS en Afrique : entre régionalisation et régionalisme *84*
1. Régionalisme et régionalisation : clarifications théoriques et terminologiques 84
2. La régionalisation de l'OMS en Afrique 88

2.1. Origines de la régionalisation des institutions sanitaires internationales 88
2.2. Jeux et enjeux de la régionalisation de l'OMS en Afrique 92
2.3. Du « bureau administratif spécial » au bureau régional africain de l'OMS (BR/AFRO) 97
3. L'OMS en Afrique : un régionalisme sanitaire manqué 111
3.1. L'OMS face au régionalisme colonial en Afrique 112
3.2. Les « indigènes », l'avènement de l'OUA et le régionalisme sanitaire africain 119
Conclusion 128

DEUXIÈME PARTIE : POLITIQUES INTERNATIONALES DE DÉVELOPPEMENT SANITAIRE EN AFRIQUE CENTRALE : ENTRE CIRCULATION ET LOCALISATION. 130

Chapitre III : La fabrique des politiques internationales de développement sanitaire : acteurs et réseaux d'acteurs 132

I. La fabrique des politiques internationales de développement sanitaire : les soins de santé primaires (SSP) et l'Initiative de Bamako (IB) 136
1. De la lumière sur les politiques de développement sanitaire en Afrique centrale 137
1.1. Vers l'élaboration d'un cadre théorique de formulation des politiques internationales de santé 137
1.2. Re-visiter la rencontre d'Alma-Ata de 1978 : jeux et enjeux d'une conférence sanitaire internationale 139
1.2.1. Contexte historique de la conférence internationale sur les SSP 139
1.2.1.1. Le conflit entre les deux « supergrands » 140
1.2.1.2. Les décolonisations et l'émergence du(es) « Tiers-monde(s) » 142
1.2.1.3. Le conflit sino-soviétique 146
1.2.2. Les enjeux de la conférence d'Alma-Ata sur les SSP 148
1.2.2.1. Isoler les puissances capitalistes occidentales 148
1.2.2.2. Réagir efficacement contre la montée en puissance de la Chine 149
1.2.2.3. Étendre l'influence soviétique dans le « Tiers-monde » 151
2. Les « *Primary Health Care* » (PHC/SSP) et l'Initiative de Bamako (IB) comme pilier des politiques internationales de santé : évolution ou révolution ? 153
2.1. La « stratégie » des soins de santé primaires (SSP) 154
2.1.1. Les origines d'un concept "nouveau" 154
2.1.2. Le concept de SSP/PHC 157
2.2. L'Initiative de Bamako (IB) 162
2.2.1. L'IB : « relancer » les SSP 162
2.2.2. Comprendre l'IB : les fondements d'un concept 163
II. Acteurs, réseaux d'acteurs et la fabrique des politiques sanitaires internationales 165
1. Identification des acteurs et groupes d'acteurs (réseaux) 166
1.1. L'« analyse des réseaux » d'acteurs en histoire des organisations internationales : mise au point théorique et méthodologique 166
1.2. Acteurs, réseaux d'acteurs, les SSP et l'IB 169
1.2.1. Les acteurs clés des SSP et de l'IB 169
1.2.1.1. Halfdan Theodor Mahler et son « principal lieutenant » Kenneth N. W. Newell : Architectes et défenseurs des SSP 169
1.2.1.2. James P. Grant et l'avènement de l'IB 175
1.2.2. Les réseaux d'acteurs dans la formulation des SSP et de l'IB : une « communauté épistémique » des politiques sanitaire internationales ? 179
1.2.2.1. Les Agences et associations étatsuniennes : l'USAID et la *National Academy of Sciences(NAS)* 179
1.2.2.2. La *Christian Medical Commission* (CMC) : précurseur des SSP 186
1.2.3. L'action des bureaux régionaux (BR) dans la formulation des SSP et de l'IB : cas du BR/AFRO 192
2. D'Alma-Ata à Bamako ou l'indispensable rôle des rendez-vous internationaux 195
3. Acteurs institutionnels et communautés locales : entre dépendance, souveraineté et échec des politiques de développement sanitaire en Afrique centrale 201

3.1. Politiques sanitaires en Afrique centrale entre dépendance et souveraineté 202
3.2. Tentative d'explication des échecs des politiques de santé en Afrique centrale 206
3.2.1. Échecs aux niveaux international et régional 206
3.2.2. Échecs des politiques des SSP et de l'IB sur les plans national et local 209
Conclusion 212

Chapitre IV : Les politiques sanitaires de l'OMS en Afrique centrale : entre circulation et localisation 214
I. Acteurs et circulation des savoirs et savoir-faire experts en Afrique centrale 217
1. Circulations sanitaires internationales : vers un *design* théorique ? 217
2. De l'intermédiation dans la circulation des politiques internationales de santé en Afrique centrale 221
2.1. Organisation des systèmes de santé en Afrique : un schéma critique 221
2.2. Passeurs ou intermédiaires dans la diffusion des politiques internationales de santé en Afrique centrale 226
2.2.1. Les fonctionnaires et/ou experts internationaux 226
2.2.2. Les autorités et élites locales 234
2.2.3. Les travailleurs de la santé 237
2.3. Les destinataires des politiques sanitaires internationales 239
II. Les moyens de la diffusion des savoirs et des savoir-faire en santé publique internationale 243
1. Les rencontres sanitaires internationales 243
2. Les mass-média et autres supports de communication 248
3. Les structures de formation et de prise en soins des patients 253
3.1. Les structures de formation 253
3.2. Les structures de prise en soin des patients 258
III. Politiques sanitaires en Afrique centrale entre localisation et « glocalisation » 261
1. Savoirs et savoir-faire sanitaires en Afrique centrale : archétype de l'ancrage localisé 261
2. Rencontre entre le local et le global : politiques sanitaires internationales en Afrique centrale entre appropriation et hybridation 266
Conclusion 270

TROISIÈME PARTIE : POLITIQUES INTERNATIONALES DE DÉVELOPPEMENT SANITAIRE EN AFRIQUE CENTRALE : ENTRE PRATIQUES, IMBRICATIONS ET RÉPERCUSSIONS 272

Chapitre V : L'internationalisation de la lutte contre les maladies en Afrique centrale post indépendante : le cas de la trypanosomiase humaine africaine (THA) 274
I. Aux origines de la lutte contre la THA en Afrique centrale 278
1. Situation de la THA en Afrique centrale coloniale 278
2. La lutte contre la THA en Afrique centrale coloniale 280
II. Cas d'étude pratique de la lutte contre la THA au Congo ex-belge 285
1. Point sur la THA au Congo belge 286
2. La trypanosomiase humaine africaine : l'érection d'une cause humanitaire au Congo ex-belge 290
III. La lutte autour de la THA en RDC : entre conflits et "arrangements intersubjectifs" 300
1. Conflits autour d'une "cause humanitaire" : lutter contre la THA au Congo ? 301
1.1. Les conflits à l'échelle des nations 301
1.1.1. Du côté belge 301
1.1.2. Du côté congolais 303
1.2. Conflits à l'échelle internationale 307
2. Le compromis dans la lutte contre la THA au Congo ex-belge : un mode de promotion du libéralisme néo-colonial ? 312
2.1. "Arrangements intersubjectifs" entre autorités britanniques et responsables de l'OMS 313
2.2. "Arrangements intersubjectifs" entre autorités belges et responsables de l'OMS 315
Conclusion 323

Chapitre VI : De la mise en œuvre des politiques sanitaires de l'OMS en Afrique centrale : cas de la lutte contre le paludisme (1950-2000) 325
I. Le paludisme : une parasitose millénaire et planétaire 329
1. Le paludisme en Occident : chronique d'une lutte antipaludique millénaire 330
2. Le paludisme en zone tropicale : le cas de l'Afrique 334
3. Controverse autour de l'interdiction du DDT 343
II. L'OMS et le paludisme en Afrique centrale : entre projet d'éradication et contrôle pérenne d'une "holoendémie" 345
1. Lutter contre le paludisme en Afrique : un enjeu de taille 346
2. L'OMS et le paludisme en Afrique : lutter contre une "holoendémie" ? 350
2.1. La lutte anti-vectorielle contre le paludisme en Afrique : les origines d'une résistance des vecteurs en milieu tropical 351
2.1.1. La lutte anti-vectorielle par fumigation 351
2.1.2. La lutte anti-vectorielle par les moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII) 362
2.2. La lutte chimio-prophylactique contre le paludisme en Afrique : l'émergence d'une pharmaco-résistance des plasmodiums 369
2.2.1. Vers une nivaquinisation sauvage des masses 369
2.2.2. La lutte chimioprophylactique de masse contre le paludisme en Afrique centrale : entre représentations et résistances 374
2.2.3. La lutte antipaludique en Afrique de la fin des années 1990 à nos jours : entre flux de partenaires et *statuquo* 376
Conclusion 380

Chapitre VII : L'impact de la mise en œuvre des politiques sanitaires de l'OMS en Afrique centrale 383
I. Faits et méfaits économiques des politiques sanitaires internationales en Afrique centrale 388
1. L'impact économique des politiques sanitaires internationales sur le secteur pharmaceutique africain 388
1.1. La politique des « médicaments essentiels » (ME) : origine et fondements 389
1.2. Le marché africain du médicament depuis 1980 : un secteur déstructuré 397
2. Les méfaits de la politique des « médicaments essentiels » en Afrique centrale 405
2.1. Situation en Afrique centrale 405
2.1. Le cas du Cameroun : de l'ONAPHARM à la CENAME 412
2.2.1. L'ONAPHARM : de sa naissance à sa liquidation 412
2.2.2. L'avènement d'une nouvelle unité de distribution : la CENAME 418
II. L'impact socio-culturel des politiques sanitaires internationales en Afrique 421
1. Répercussions sociales des politiques internationales de santé en Afrique centrale 421
1.1. Sur les structures et les infrastructures sanitaires 421
1.2. Sur la formation des personnels médicaux et paramédicaux 426
2. Les conséquences culturelles des politiques internationales de santé en Afrique : les médecines locales africaines à l'épreuve du « modernisme » 436
2.1. Les médecines locales africaines d'hier à aujourd'hui 437
2.2. Politiques internationales de santé et médecines locales africaines : des rapports ambivalents 441
2.3. Médecines locales en Afrique entre dysfonctionnement et échec de re-valorisation 445
Conclusion 449

CONCLUSION 452
Entre tentative d'« ego-histoire et indispensable distanciation 453
Un usage croisé des techniques d'enquête et d'analyse 454
Les politiques sanitaires internationales entre centralisation et bureaucratisation 455
Politiques sanitaires internationales en Afrique ou colonialisme sanitaire international ? 456
Politiques sanitaires internationales en Afrique entre libéralisme et persistance des inégalités : vers une nécessaire désinstitutionnalisation 457
La mise en œuvre par l'OMS des politiques de santé en Afrique : une réflexion inachevée 459

ANNEXES 461

Sources et références bibliographiques..... 489

INDEX..... 557

Tables des cartes, figures, illustrations, images et tableaux..... 566

Table des matières..... 569