

Conflits dans le Congo ex-belge autour d'une « cause sociale » : la trypanosomiase humaine africaine

Simplice Ayangma Bonoho

DANS **RELATIONS INTERNATIONALES** 2019/1 n° 177, PAGES 85 À 98
ÉDITIONS **PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE**

ISSN 0335-2013

ISBN 9782130816010

DOI 10.3917/ri.177.0085

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-relations-internationales-2019-1-page-85?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Presses Universitaires de France.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Conflits dans le Congo ex-belge autour d'une « cause sociale » : la trypanosomiase humaine africaine

La santé et le développement sont deux thématiques d'une brûlante actualité. Elles font l'objet de préoccupations majeures chez les chercheurs et surtout les modernisateurs depuis l'adoption, par l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies (ONU), des résolutions 200 (III) le 4 décembre 1948, et 304 (IV) sur le « Programme élargi d'assistance technique en vue du développement économique des pays insuffisamment développés » (PEAT), le 16 novembre 1949¹. La mise en œuvre de ces résolutions qui véhiculent une certaine idée occidentale du développement s'appuie essentiellement sur le fameux « Point IV » du discours inaugural du président des États-Unis, Harry S. Truman, prononcé devant le Congrès américain le 20 janvier 1949². Elle consacre l'intervention de l'ONU et de ses institutions spécialisées dans les pays dits en voie de développement. Si le PEAT contient une connotation religieuse (aider son prochain), il cache aussi, dans le contexte de la Guerre froide, des motifs géopolitiques américains et, plus largement, occidentaux³. L'assistance devient très tôt une notion-clé dans les relations internationales, en même temps qu'elle favorise l'émergence de deux pôles, les pays « développés » et les pays « sous-développés », entre lesquels les rapports ne sont plus simplement régis par des règles de solidarité ou par la générosité, mais par la « responsabilité sociale » du premier

1. Archives de l'ONU, A/Rés/200 (III), Programme d'assistance technique en vue du développement économique, 4 décembre 1948, consulté le 28 novembre 2018 sur <http://www.un.org/french/documents/ga/res/3/fres3.shtml> ; A/Rés/304 (IV), Résolutions adoptées sur les rapports de la deuxième commission, 304 (IV), Programme élargi d'assistance technique en vue du développement économique des pays insuffisamment développés, 16 novembre 1949, consulté le 25 avril 2016 sur [http://www.un.org/french/documents/view_doc.asp?symbol=A/RES/304\(IV\)&Lang=F](http://www.un.org/french/documents/view_doc.asp?symbol=A/RES/304(IV)&Lang=F)

2. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, vol. 268 (mars 1950), The Fourth Point in President Harry Truman's Inaugural Address, 20 janvier 1949, p. 183.

3. *L'Assistance technique aux pays insuffisamment développés*, 3^e partie, La Documentation française, n° 1930, 1954, p. 3.

groupe envers le second. Les enjeux d'une rentabilité croissante des entreprises, de la définition des modèles de développement, de la pénétration dans de nouveaux marchés et de leur développement exigent, selon Gilbert Rist, l'acceptation d'une telle responsabilité par les pays dits développés⁴. L'assistance technique promue par l'ONU, ou mieux, l'aide au développement – dont les imbrications sont au cœur des analyses conduites dans ce numéro spécial – devient de ce fait même l'instrument de perpétuation du modèle d'assistance coloniale.

Les actions de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans l'ensemble des territoires susceptibles de recevoir une assistance technique obéissent, elles aussi, à cette logique, et s'insèrent dans le contexte de la lutte contre les maladies endémiques qu'inaugure sur le continent africain la Conférence du paludisme en Afrique équatoriale, tenue à Kampala (Ouganda) en 1950⁵. C'est dans ce mouvement qu'il convient d'inscrire la lutte contre la trypanosomiase humaine africaine (THA) inaugurée dans le Congo ex-belge, au lendemain des indépendances. L'OMS intervient en effet dans ce pays depuis la fin des années 1940, par le biais de l'administration coloniale belge qui assume la souveraineté internationale sur ce territoire. L'évolution de la lutte contre cette maladie est donc connue tant des autorités coloniales belges que des responsables de l'Organisation. Depuis l'indépendance, l'ONU et ses institutions spécialisées continuent d'ailleurs de compter prioritairement sur l'expertise des ex-administrations coloniales en même temps que sur celle des États-Unis⁶. Car pour les colons, il convient de consolider les réseaux et les mécanismes d'aide existants. Leurs attentes accompagnent en effet la mise en place des outils de l'assistance technique – par exemple, l'envoi d'experts, la réception d'étudiants et de stagiaires, la diffusion de la documentation technique, de catalogues industriels et du matériel et la recherche – qui traduisent une logique de maintien de la présence des métropoles et refaçonnent les dynamiques de dépendance. Ces mécanismes tendent d'ailleurs à résoudre dans les métropoles le problème posé par la reconversion des anciens fonctionnaires coloniaux après les indépendances. De surcroît, assurer le leadership colonial sur les possessions d'Afrique en particulier semble être, dès le départ, le moyen de les soustraire aux influences américaine et soviétique⁷.

4. Gilbert Rist, *Le Développement. Histoire d'une croyance occidentale*, Paris, Presses de Science Po, coll. « Monde et sociétés », 2013 (4^e édition revue et augmentée).

5. OMS, Actes officiels de l'Organisation mondiale de la santé, n° 30, « Assistance technique en vue du développement économique » ; Travaux de l'OMS (1950), Rapports annuel du Directeur général à l'Assemblée mondiale de la santé et aux Nations Unies, OMS, Genève, 1951, p. 59-61.

6. Une évaluation du PEAT en 1965 révèle que la majorité des experts employés par le Bureau de l'assistance technique (BAT) jusqu'à cette date viennent des anciens empires coloniaux européens : Carlos Lopes, « La coopération technique, concept marqué par l'histoire », (Débat), *Politique africaine*, n° 62, « Le Cameroun dans l'entre-deux », juin 1996, p. 69-82.

7. Julien Meimon, « L'invention de l'aide française au développement. Discours, instruments et pratique d'une dynamique hégémonique », *Questions de Recherche*, n° 21, 2007, consulté le 29 novembre 2018 sur <https://www.sciencespo.fr/ceri/sites/sciencespo.fr/ceri/files/qdr21.pdf>.

Cet article s'appuie sur différentes approches théoriques et sur l'analyse approfondie des correspondances et des rapports d'activités des acteurs-clés que sont les responsables de l'OMS, les autorités belges et congolaises. Contrairement au néoréalisme et au néolibéralisme qui postulent une simple juxtaposition entre normes et intérêts, nous souhaitons examiner ici les rapports qui les lient⁸. Il s'agit en explorant le processus de formation des intérêts, de cerner les enjeux de la lutte contre la THA au Congo au lendemain des indépendances. Une telle analyse permet de se pencher sur les rapports entre acteurs nationaux et transnationaux, de mettre en évidence les concurrences et de définir leur nature. Ainsi partons-nous de l'analyse de la situation de cette maladie dans ce territoire bien avant 1959, pour cerner les logiques qui ont permis de l'ériger en « cause sociale », au moment où certains experts – chiffres à l'appui – postulent sa quasi-éradication. Nous tentons par la suite d'étudier les conflits qui opposent autour de cette cause différents acteurs, pour comprendre comment se développent des « arrangements intersubjectifs » et quelles sont leurs conséquences sur les acteurs et les institutions.

LA TRYPANOSOMIASE HUMAINE AFRICAINE (THA)
AU CONGO EX-BELGE : UNE CAUSE SOCIALE ?

Situation de la THA au Congo belge entre 1923 et 1960

La THA est une maladie parasitaire transmise par la piqûre de la mouche tsé-tsé ou glossine, dont deux principales espèces sont vectrices de la maladie⁹. Cette affection sévit dans des foyers cantonnés essentiellement en Afrique centrale. La piqûre par la mouche tsé-tsé d'un individu ou d'un animal déjà atteint par la maladie infecte à son tour l'insecte qui s'alimente d'un sang contenant des trypanosomes. Ces protozoaires semblables à de petits serpents se multiplient dans l'intestin moyen du vecteur, pour devenir des trypanosomes infectants. 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, d'où l'autre nom donné à la THA : la « maladie du sommeil ». Ses conséquences sont désastreuses si elle n'est pas prise en charge : « le sommeilleux » tombe dans le foyer des cases dont il

8. Audie Klotz et Cecelia Lynch, « Le constructivisme dans la théorie des relations internationales », *Critique internationale*, n° 2, hiver 1999, trad. de l'anglais par Rachel Bouyssou et Marie-Claude Smouts, p. 56.

9. 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*.

s'approche trop car il a généralement froid. Il devient aussi souvent impotent et grabataire, ce qui le condamne à une mort rapide. Non soignée, la THA a aussi des répercussions sur la descendance, entravant la procréation par l'apparition d'une stérilité secondaire chez les patients atteints.

C'est au lendemain de la Première Guerre mondiale que commencent les actions contre cette maladie en Afrique centrale. En 1923, les premiers traitements issus des dérivés arsenicaux pentavalents (atoxyl) sont appliqués au Congo belge¹⁰. Les populations dans ce qui constitue un vaste terrain d'expérimentation pour les nouveaux produits pharmaceutiques sont soumises aux nouvelles molécules de tryparsamide (autre dérivé arsenical) et de la suramine (dérivé non arsenical)¹¹. Ce dernier produit avait été synthétisé en 1917 et testé en chimioprophylaxie au Kasai au début des années 1920¹². À la fin de 1936, le Medical Research Council (MRC) britannique reçoit des fonds de l'assurance-maladie, dans le cadre de l'alliance entre l'État et l'industrie pharmaceutique ; le projet est 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'Empire¹³. Cette coopération porte ses fruits, le prix Nobel de médecine décerné en 1936 à Sir Henry Dale en témoigne. La collaboration nouée par ce savant avec Harold King et Arthur Ewins au sein du laboratoire May & Baker, 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 1937¹⁴. L'apparition de ce dernier produit, un « médicament merveilleux », ouvre la voie à de vastes campagnes chimio-prophylactiques, devenues systématiques et obligatoires¹⁵.

Si ces expérimentations débutent dans les colonies britanniques, entre autres en Gambie, Gold Coast, au Nigéria, du Soudan, en Ouganda où elles sont orchestrées par Warrington Yorke, alors responsable de ces expérimentations dans l'Empire, elles deviennent transnationales au lendemain de la Seconde Guerre mondiale. Au Congo belge par exemple, c'est en 1943 que le médecin-général Lucien Van Hoof, chef du service de l'Hygiène, reçoit du chimiste de May & Baker, Arthur Ewins, 150 grammes de pentamidine¹⁶. Léopoldville devient alors un haut lieu de démonstration des pouvoirs préventifs de ce médicament. Ces campagnes de « pentamidinisation ou lomidinisation », combinées à l'utilisation du

10. Gaëlle Ollivier et Dominique Legros, « Trypanosomiase humaine africaine : historique de la thérapeutique et de ses échecs », *Tropical Medicine and International Health*, vol. 6, n° 11, novembre 2001, p. 855-863 ; également : Guillaume Lachenal, *Le Médicament qui devait sauver l'Afrique : Un scandale pharmaceutique aux colonies*, Paris, La Découverte, 2014.

11. Guillaume Lachenal, *op. cit.*, p. 42.

12. Gaëlle Ollivier et Dominique Legros, *op. cit.* p. 858.

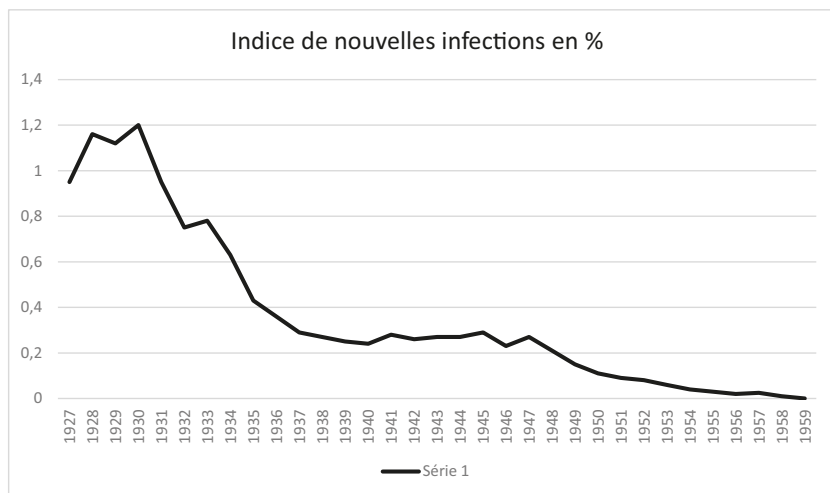
13. Guillaume Lachenal, *op. cit.*, p. 31.

14. *Ibid.*, p. 32.

15. Guillaume Lachenal parle à ce propos d'une « wonder drug coloniale », *op. cit.*, p. 30.

16. *Ibid.*, p. 42.

mélarosoprol, conduisent de nombreux experts à envisager l'hypothèse de l'éradication de la THA vers la fin des années 1950¹⁷. Le Fonds Reine Élisabeth pour l'assistance médicale (Foremi), par exemple, joue un rôle déterminant dans cette lutte, surtout dans la province de Léopoldville, de loin le secteur le plus touché par la maladie¹⁸. Les efforts conjugués pour contenir la THA, aboutissent à « des résultats exceptionnellement favorables » comme le montre le graphique ci-dessous¹⁹ :



Sources : Données recueillies in OMS, Genève, 1957, OMS, Congo belge, Direction générale des services médicaux, Rapports annuels de 1948-1956, et Georges Neujean, *op. cit.*, p. 797.

Les données qui ont permis de tracer ce graphe ont été calculées par rapport à la population totale et non par rapport à la population examinée, comme il était courant alors, ce qui modifie légèrement l'allure de la courbe, sans pour autant modifier la logique qu'elle veut expliciter. En supposant que ces chiffres prouvent une chute importante du nombre de trypanosomés, on peut alors conclure que l'indice de nouvelles infections est largement en deçà de 0,001, sinon carrément nul ($\leq 0,001$) après 1960, comme le démontrent les nombreuses recherches faites sur la question²⁰. Toutefois, si l'on convient que ces chiffres sont fiables, et donc que la

17. Gaëlle Ollivier et Dominique Legros, *op. cit.*, p. 856.

18. Georges Neujean, « Aspects pratiques de la lutte contre la trypanosomiose humaine », *Bulletin of the World Health Organisation*, vol. 28 (1963), n° 5-6, p. 797-810, ici p. 799. Les médecins du Foremi investissent ainsi la « Nsele, fleuve Congo (de Léo à Kwamouth), Kwa, Kasai (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 ».

19. *Ibid.*, p. 799.

20. Guillaume Lachenal, *op. cit.* ; Georges Neujean, *op. cit.*, et Mosiana Ekwanzala *et al.*, « In the heart of darkness: sleeping sickness in Zaïre », *The Lancet*, vol. 348, 23 novembre 1996, p. 1427-1430.

THA était quasiment éradiquée, comment expliquer la ténacité avec laquelle l'administration belge voudrait poursuivre la lutte contre cette maladie par tous les moyens au lendemain de l'indépendance ?

La THA au Congo ex-belge : l'invention d'une « cause sociale »

De nombreux éléments permettent aujourd'hui de soutenir que la lutte contre la THA au Congo post-indépendance est une construction au service de la pérennisation de la domination belge au Congo.

La crise congolaise qui débute quatre jours seulement après l'indépendance du pays est aggravée par Moïse Tschombé, président de la riche province du Katanga, qui, soutenu par les Belges, les Britanniques, les Français et les Américains, choisit de faire sécession²¹. En outre, l'« exode des cadres européens » imposé aux Belges par les nationalistes congolais comme le Premier ministre Patrice Lumumba entraîne une dégradation immédiate des rapports diplomatiques entre Kinshasa et Bruxelles²². La « solidarité occidentale » anti-Lumumba qui se met en place à la suite du vote de la Résolution 146 du Conseil de sécurité le 9 août 1960 aboutit à internationaliser la crise, avec l'entrée en scène de l'ONU, notamment des Casques bleus et des agences spécialisées, dont l'OMS, et d'une dizaine d'États occidentaux²³. Tout en considérant l'intervention du gouvernement américain dans ce conflit comme visant à « préparer la relève du capitalisme belge », Français et Britanniques espèrent un règlement pacifique, de peur que les troubles au Congo n'affectent leurs ex-colonies²⁴. Ce qui justifie, en partie au moins, leur mobilisation.

Pendant ce temps, le gouvernement belge voit son contrôle sur son ancienne possession lui échapper. Privées de « postes clés » au profit de ressortissants d'autres puissances occidentales, les autorités belges perdent aussi au Congo leur monopole commercial²⁵. Aussi leur semble-t-il urgent de tout mettre en œuvre pour réintroduire certains de leurs experts dans les secteurs névralgiques de la vie économique, sociale et

21. Murielle Guyard, « Les puissances occidentales et la crise congolaise : de la sécession du Katanga à l'accord de Kitona (1960-1961) », *Guerres mondiales et conflits contemporains*, n° 196, Dossier : Afrique partenariat international et conflits régionaux, décembre 1999, p. 53-63 ; également : Pierre-Michel Durand, « Leçons congolaises. L'ONUC (1960-1964) ou « la plus grande des opérations » : un contre modèle ? », *Relations internationales*, 2006/3, n° 127, p. 53-70. En raison des immenses 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 qui a servi aux États-Unis pour la fabrication de la bombe atomique, le radium, l'or, la platine, le diamant, l'étain, le tungstène, le cobalt, le manganèse.

22. Georges Neujean, *op. cit.*, p. 798.

23. Pierre-Michel Durand, *op. cit.*, p. 53-70. L'auteur fait en effet allusion au caractère partiel de cette « opération de maintien de la paix » menée par l'ONU au Congo.

24. *L'Humanité*, 8 décembre 1961, p. 3. Cité par Murielle Guyard, *op. cit.* ; Pierre-Michel Durand, *op. cit.*

25. Murielle Guyard, *op. cit.*, p. 54.

politique de ce territoire. Cela devient très vite le combat permanent du gouvernement de Bruxelles dans sa politique envers le désormais Congo Kinshasa. Et c'est ce qui l'amène à se saisir à nouveau de la THA, après l'indépendance et surtout après le retrait de l'ONU, comme d'un « problème de santé publique », à charge pour le professeur Janssens, directeur de l'Institut de médecine tropicale d'Anvers, le Dr. Kivits, médecin-conseil au ministère des Affaires étrangères et du Commerce extérieur de Belgique, et le Dr. Burke, expert attaché à la 4^e Direction du nouveau ministère de la Santé publique du Congo, d'en convaincre l'OMS²⁶. Le voyage spécialement effectué par les trois hommes à Genève, en 1967, a pour but de faire part au Dr. N. Ansari de l'OMS « de leur appréhension » devant le « tour critique » que prendrait la THA au Congo²⁷. L'étude menée au lendemain des années 1960 par le Dr. Burke, par ailleurs chef de la mission de lutte contre la THA du Fonds médical tropical belge (Fometro) à l'Institut de médecine tropicale (IMT) de Kinshasa, évalue à environ 10 000 le nombre de trypanosomés dans l'ex-Congo belge à cette époque, quand d'autres sources l'estiment à environ 100 000 à 200 000 dans la même période²⁸. Cet écart entre les estimations et les hésitations qui les caractérisent, viennent souligner le caractère aléatoire des données chiffrées, instrument essentiel de la fabrication des politiques sanitaires dans les États, et de leur instrumentalisation.

En tant que chef du service des maladies parasitaires, rattaché à la division des maladies transmissibles de l'OMS à Genève, Ansari saisit à son tour le Dr. Candau, alors directeur général de l'OMS. « Plusieurs experts [...] ont, de leur propre initiative, appelé notre attention sur le tour critique que semble prendre la trypanosomiase au Congo-Kinshasa », lui écrit-il²⁹. Mais comment comprendre dans ce cas que la menace que représente la THA au Congo à cette époque n'ait pas été relevée par les équipes de l'OMS pilotées sur le terrain par son représentant résident, le Dr. Siebert ? L'appel d'Ansari à Candau vise à obtenir l'envoi, sous couvert de l'OMS, d'une nouvelle mission belge de travail au Congo. Une démarche qui nécessite la collaboration du nouveau gouvernement de Kinshasa, collaboration que les responsables de l'OMS poussent justement le ministre congolais de la Santé, le Dr. O. Tshiamu Bakamuenza, à solliciter. Les rapports étroits qui lient le Prof. Janssens, le Dr. Burke, et le Dr. Ansari montrent bien qu'il existe, 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 l'objet d'une concurrence occidentale pour l'occupation de ses espaces stratégiques.

26. Archives de l'OMS, Genève (ci-après : AOMS), WHO/OMS, AFRO 178, Congo (K), lettre du Dr. Ansari à Candau, 17 août 1967.

27. *Ibid.*

28. AOMS, WHO/OMS, Trypanosomiasis advisory services-Congo (K), AFRO 2301, réf. T7/451/2 Congo (K), lettre du Dr. Ansari au Dr. Candau, 16 août 1967.

29. *Ibid.*

LA LUTTE AUTOUR DE LA THA AU CONGO EX-BELGE :
ENTRE CONFLITS ET « ARRANGEMENTS INTERSUBJECTIFS »

Conflits autour d'une « cause sociale » : lutter contre la THA au Congo ?

L'intervention de l'OMS s'organise à partir de 1967, mais les conflits autour de la lutte contre la THA au Congo se caractérisent, au lendemain des indépendances, par leurs échelles variables. En Belgique, le prince Stéphane d'Arenberg, qui entretient des liens particuliers d'amitié avec le nouveau régime congolais, est fondamentalement opposé à la manière dont les autorités belges entendent conduire la « coopération bilatérale » entre les deux pays, en impliquant en fait l'OMS et donc nécessairement, d'autres acteurs internationaux³⁰. C'est à son instigation qu'est créé le 17 avril 1961, le Fometro, censé s'appuyer sur des actions humanitaires, personnalisées et directes qui, dégagées des entraves administratives et juridiques, devaient répondre aux besoins immédiats de la population³¹. Le prince d'Arenberg voit en effet d'un mauvais œil la volonté de l'administration belge d'associer l'OMS à ce processus. Son attitude n'est pas éloignée de la vision du président Mobutu, nouvel « homme fort » de Kinshasa. En effet, « 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 », confie le Dr. P. Dorolle, directeur général adjoint de l'OMS, au directeur régional de l'OMS en Afrique, le Dr. A. Quenum, le 2 août 1968³². Du fait de ses rapports étroits avec le prince d'Arenberg, Mobutu était en effet favorable au maintien de la présence de la Belgique au Congo, et se méfiait donc d'une implication des équipes de l'OMS sur le terrain et des effets multilatéraux qui pouvaient en découler.

De violents affrontements à propos du projet opposent dès lors le Président de la République et le Dr. T. Bakamuenza, son ministre de la Santé. Ce dernier avait en effet, sur recommandation de l'OMS, sollicité une « assistance médicale » de son bureau régional africain, sans consulter Mobutu. Pour justifier sa requête, Bakamuenza avait mis en avant le fait que « la mission belge qui s'attelle à lutter contre ce fléau se trouve dépassée par [...] l'étendue » du pays³³. Mobutu limoge son ministre, retire la coordination du projet au ministère de la Santé, et met en place une « Commission spéciale » de lutte contre la THA qu'il baptise Commission présidentielle de secours, rattachée directement à son cabinet civil et au

30. Ces liens d'amitié sont matérialisés par « la mission de reconnaissance » que le Prince effectue au Congo en 1960 en compagnie du Dr. Maurice Kivits.

31. Jean François Ruppel « Apport de la Belgique en Afrique Centrale, dans le domaine médical, de 1885 à ce jour ». Exposé présenté au Centre royal africain d'Outre-Mer (CRAOM), [en ligne], <http://www.urome.be/fr2/reflexions/Ruppel.pdf>, consulté le 25 avril 2016.

32. AOMS, WHO/OMS, Congo (K), AFRO 178, lettre de Dorolle à Quenum, 2 août 1968.

33. *Ibid.*, réf. n° 1250/CAB/00536/0030/67, lettre de Tshiamu au directeur régional de l'OMS pour l'Afrique (DR/AFRO), 15 décembre 1967.

ministère des Affaires étrangères. Seul organe habilité désormais à traiter de la THA au Congo, la Commission est placée sous la présidence du prince Stéphane d'Arenberg³⁴. Le directeur-général adjoint de l'OMS, Dorolle, qualifie ces affrontements de « conflits personnels³⁵ » ; en réalité deux visions de l'assistance technique sont confrontées, l'une qui veut assurer la prépondérance d'un État sur son ex-colonie, l'autre qui vise à internationaliser l'aide et donc plutôt à diluer l'influence de l'ancienne puissance coloniale. L'affrontement n'est pas sans conséquences : en plus d'accentuer certains clivages au sein du gouvernement congolais quant aux relations avec l'ex-puissance coloniale, il est à l'origine de ce que Dorolle appelle un « malentendu » qui « est en grande partie à l'origine des lenteurs » dans la réalisation du projet qui « trouble [ses] amis belges »³⁶. Faut-il voir dès lors dans l'attitude du prince d'Arenberg et du président Mobutu un obstacle à l'éclosion des logiques globales au profit d'intérêts nationaux et/ou privés ?

Au niveau international, les responsables de l'OMS (les Dr P. Dorolle, L. Bernard, N. Ansari et Bellerive) et les autorités belges (Van Bilson et Longerstaey) se réunissent à Genève en mars 1968 pour débattre de « l'internationalisation de la campagne contre la trypanosomiase en République démocratique du Congo ». Cette rencontre donne l'occasion aux parties prenantes de déterminer « 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 belge³⁷ ». Mais les représentants belges suggèrent, au cours de la réunion, de concentrer l'assistance au Congo « uniquement dans les grandes capitales provinciales » qui concentrent la majeure partie de la population. Une telle focalisation sur les espaces urbains – alors que la mouche tsé-tsé sévit prioritairement dans les campagnes – ne manque pas d'inquiéter les responsables de l'OMS qui soulignent le risque de voir la lutte dans les zones rurales « fort sérieusement compromise³⁸ ».

Le souhait du gouvernement belge d'introduire au Congo des experts nationaux intervenant dans le cadre du projet « d'assistance technique » mis en place par les Nations Unies est une autre dimension du conflit à l'échelle internationale. L'affrontement a lieu ici entre les responsables de l'OMS et Bruxelles au sujet du maintien du personnel médical belge dans les équipes mobiles travaillant sous le couvert de l'Organisation. Pour résoudre le problème, le gouvernement belge dépêche à Genève, le 13 mars 1968, Michel Pochet, alors directeur de l'administration à l'Office de la coopération au développement pour discuter de « l'internationalisation, sous l'égide de l'OMS, de la lutte contre la trypanosomiase »

34. *Idem.*

35. *Ibid.*, courrier de Dorolle à Quenum, 11 juillet 1968.

36. *Ibid.*, lettre de Dorolle à Quenum, 24 juin 1968.

37. *Ibid.*, réf. T7/451/2, note de Ansari et de Bellerive au Dr. Bernard, 25 mars 1968.

38. *Idem.*

au Congo. L'intégration dans les équipes de l'OMS du personnel belge affecté à Kinshasa constitue le point crucial de ces échanges. L'auteur de la note anonyme qui en rend compte à l'OMS dit avoir déclaré à Pochet qu'il serait difficile d'absorber tout le personnel belge sur place au Congo, compte tenu du fait qu'il était en grande majorité constitué de techniciens sanitaires, ce qui ne correspond pas en principe au profil des experts normalement employés par l'OMS³⁹. Soulignons avec Sébastien Dubois et ses collaborateurs, la difficulté de juger des compétences d'un expert pour le demandeur d'expertise, et de là, de poser la question du recrutement de l'expert dans les programmes de développement et celle de l'influence des réseaux dans le choix de ce dernier⁴⁰. Dans le cas qui nous intéresse ici, la préoccupation majeure de Bruxelles est d'obtenir de l'OMS qu'elle garde en poste onze fonctionnaires belges, dont trois médecins et huit techniciens, pour la seule THA. Au contraire, pour les responsables de l'OMS, au cas où ils accepteraient d'intégrer les médecins belges aux rangs de leurs experts, il n'est pas question de conserver les trois au Congo. L'un, le chef de l'équipe, y serait conservé pour un temps indéterminé, mais les deux autres seraient transférés sur d'autres projets OMS dans d'autres pays, et remplacés au Congo par des experts d'autres nationalités selon la procédure réglementaire⁴¹. Mais l'administration belge prône, elle, une augmentation des effectifs belges au Congo au motif qu'on ne pourrait mener une lutte efficace contre la maladie que si l'on étendait les opérations à toutes les zones d'endémicité et doublait le nombre des équipes mobiles sur le terrain⁴². Cette question, qui divise Belges et responsables de l'OMS, devient un enjeu crucial de cette campagne de lutte contre la THA au Congo.

*Le compromis intervenu au Congo ex-belge :
un mode de promotion du libéralisme néo-colonial ?*

Pour comprendre les compromis conclus entre les acteurs de la lutte contre la THA dans l'ex-Congo belge, il faut saisir les « arrangements inter-subjectifs » comme des « éléments du calcul coûts-bénéfices des acteurs »⁴³. Le compromis analysé ici est celui qui est intervenu entre les responsables de l'OMS et les autorités belges. Il tient compte des enjeux, entre autres politiques et économiques : maintenir les rapports avec l'ancienne colonie et mieux assurer le contrôle des implantations médicales coloniales belges ; assurer surtout la circulation et la promotion des produits pharmaceutiques

39. *Ibid.*, note de service anonyme « confidentielle » et sans référence intitulée « Note pour le dossier ».

40. Sébastien Dubois *et al.*, « Connaissances et reconnaissance de l'expert », *Les Cahiers de l'INSA de Strasbourg*, 2005, p. 89-108.

41. *Ibid.*

42. *Ibid.*

43. Audie Klotz et Cecelia Lynch, *op. cit.*, p. 54.

issue de la Fédération des industries chimiques belges (FICB), que représentait pour Bruxelles le maintien de ses équipes à Kinshasa. En analysant les données produites par Jacques Brassine dans son évaluation de la coopération technique entre la Belgique et le Congo au début des années 1970, on note en effet une tendance à la réduction des effectifs du personnel sanitaire belge de l'ordre de 18 % environ par an ⁴⁴. On passe ainsi de 244 personnes en 1961 à 134 en 1970, soit une diminution de l'ordre de 50 % environ en dix ans. C'est ce constat qui permettrait – en partie au moins – d'expliquer la volonté du gouvernement de Bruxelles de maintenir son personnel de santé au Congo. L'importance de cette question est relevée par le Dr. Candau, le directeur général de l'OMS, dans son courrier au Dr. Payne le 31 mai 1968 : « Il est très difficile de maintenir les huit techniciens sanitaires dans les équipes de l'OMS ; mais je crois que leur maintien pourrait constituer une solution, du moins pour le moment. Nous ne devons toutefois pas négliger la possibilité d'employer certains d'entre eux comme agents sanitaires, comme l'a fait l'OMS par le passé ⁴⁵. » L'attitude de Candau donne à voir comment s'instaure le changement des règles et des normes « constitutives de l'interaction internationale ⁴⁶ ». Le processus est dicté dans ce cas d'espèce, par les intérêts politiques et économiques évoqués ci-dessus, et sa conséquence évidente est de modifier l'orientation de la politique internationale de l'OMS ⁴⁷. L'une des raisons qui poussent Bruxelles à vouloir maintenir son personnel au Congo est le désir de contrer l'avancée sur le terrain des puissances occidentales rivales, et notamment les équipes médicales françaises.

Paris prend part de façon importante en effet à « l'assistance technique » des Nations Unies au Congo. C'est ainsi qu'en 1960, les Français proposent à l'OMS, en guise de contribution à cette « assistance », quatre « équipes mobiles d'hygiène » dont ils évaluent le coût à 168 294 nouveaux francs, soit 34 346 dollars ⁴⁸. La première équipe est placée sous le commandement du médecin-capitaine Lartigue et du sergent-chef Parent, affectés à Coquilhatville ⁴⁹ ; 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 Lualaba-bourg se retrouve en poste le médecin-capitaine Dufour que seconde le

44. Jacques Brassine, « La coopération technique entre la Belgique et le Congo – 1968 à 1970 (II) », *Courrier hebdomadaire du CRISP* n° 532, 1971/27, p. 1-25.

45. AOMS/GVA, WHO/OMS, Congo (K), AFRO 178, lettre de Candau au Dr. Payne du 31 mai 1968 : « *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* ».

46. Rey Koslowski, Friedrich Kratochwil, « Understanding Change in International Politics: The Soviet Empire's Demise and the International System », *International Organization*, vol. 48, n° 2 (printemps 1994), p. 215-247, en particulier p. 222-223. Également : Audie Klotz et Cecelia Lynch, *op. cit.*, p. 54.

47. Audie Klotz et Cecelia Lynch, *op. cit.*, p. 54.

48. AOMS/GVA, WHO/OMS (microfiche), *Special account for the Congo-France* F4/180/10 France.

49. Devenue Mbandaka en 1966, la ville est une importante étape sur le fleuve Congo entre Kinshasa et Kisangani.

sergent-chef Grinan. Outre l'envoi de ces équipes au Congo, l'administration française intervient aussi dans la « formation universitaire complémentaire d'assistants médicaux du Congo ex-belge⁵⁰ ». Il n'y avait en effet presque pas de personnel médical local formé au Congo avant les indépendances car l'administration coloniale considérait « les Noirs » inaptes à recevoir cette formation⁵¹. Cela justifie la réception en France de 60 Congolais formant une promotion de « boursiers de l'Organisation mondiale de la Santé », inscrits aux Facultés de Lyon (treize au total), de Bordeaux (treize), de Montpellier (treize), de Nantes (onze) et de Rennes (dix)⁵². L'assistance ainsi apportée par les autorités de l'OMS semble viser, avant tout, à mieux faire concurrence aux médecins africains formés dans les pays communistes (URSS, Cuba ou Chine), et pas simplement à promouvoir une diversification des influences dans la lutte contre la THA au Congo : « [...] il importe encore plus que l'OMS ne se laisse pas devancer par une initiative soviétique, qui peut intervenir d'un jour à l'autre, car l'URSS 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 », soutient-on en effet à Paris⁵³. Toutefois, l'immixtion de l'administration française au Congo sous la bannière de « l'assistance technique » n'est pas appréciée de certaines autorités belges. L'hostilité des médecins belges à l'encontre de leurs homologues français au Congo est manifeste. Elle fait l'objet d'un courrier du Dr. Aujoulat, un médecin français, à de Biran, chargé des relations avec les organisations internationales au ministère français des Affaires étrangères, le 11 juin 1965 :

[...] j'ai pris, à l'occasion de l'Assemblée Mondiale de la Santé, des contacts officiels 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

50. Archives du ministère des Affaires étrangères, La Courneuve (ci-après : AMAE-La Courneuve), Direction des Affaires politiques (ci-après : DAP), 517INVA/826, Boursiers africains en France ; *ibid.*, NUOI août 1960-juin 1965, S50. 3. 4. G6, lettre de Candau au ministre des Affaires étrangères, réf. G 1/180/11 Congo, 23 août 1960.

51. Maurice Plevoyets, « Lovanium, une œuvre de foi », *Bulletin de l'Association des médecins anciens étudiants de l'Université catholique de Louvain*, numéro spécial, Témoignages, juin 2007, p. 5-9.

52. AMAE-La Courneuve, DAP, réf. G 1/180/11 Congo, lettre de Candau au ministre des Affaires étrangères, 23 août 1960. Leur niveau d'étude était équivalent à celui du BEPC français de l'époque. Il serait tout à fait intéressant d'analyser de façon plus approfondie les problèmes auxquels va être confrontée cette première vague d'« assistants médicaux congolais », aussi bien en France qu'une fois de retour au Congo : le problème du logement, leur rejet dans telle ou telle autre institution, leur encadrement, celui des assurances, le refus de reconnaître l'équivalence de leurs diplômes, etc.

53. AMAE-La Courneuve, DAP, 517INVA/826 Boursiers africains en France ; *ibid.*, NUOI août 1960-juin 1965, S50. 3. 4. G6, lettre de J. Wolfrom, ministre des Affaires étrangères, au ministre de l'Éducation nationale, 25 août 1960, au sujet de l'« admission d'assistants médicaux congolais dans les facultés de médecine française ».

les médecins belges, avec les médecins congolais formés en France comme point d'appui⁵⁴.

Cette hostilité va jusqu'à l'agression verbale chez certains Belges, comme le rapporte Aujoulat à qui Kimitz aurait lancé : « Pourquoi ne pas s'en tenir à la solution la plus simple ; vous nous laisseriez chez nous et vous resteriez chez vous ? » À quoi, Aujoulat aurait 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 de la France dans les anciens territoires belges voulant demeurer : complémentaire, sélective et limitée⁵⁵ ».

Pour régler le différend et surtout maintenir son personnel au Congo, le gouvernement belge opte pour la négociation avec les autorités de l'OMS, comme il ressort de la note du Dr. Candau le 3 mai 1968 : « Le gouvernement belge semble être disposé à mettre à notre disposition pendant 5 ans un montant annuel de \$ 300 000, qui pourraient être augmentés jusqu'à \$ 700 000, si nécessaire⁵⁶ ». En contrepartie, l'OMS doit garantir le maintien du personnel belge au Congo. L'OMS finit par entériner cette « aide » belge lors de la réunion tenue à Genève le 19 juin 1968, à laquelle prennent part Ansari, H. F. Cummings et le Dr. Siegel, qui décident que le financement belge sera considéré comme « une contribution au Fonds volontaire pour la promotion de la santé », et qu'il n'y « aura aucun problème à intégrer les trois officiers médecins comme membres de l'équipe de l'OMS et à considérer les huit techniciens sanitaires comme des "agents" de l'OMS⁵⁷ ». Ces mesures « accommodantes » permettent de mettre en exergue la relation entre les normes régissant le fonctionnement des organisations internationales et les intérêts surtout politiques et économiques des nations qui agissent en leur sein. Elles débouchent sur l'adoption d'un avant-projet de convention conçu par Janssens, Burke et Ansari. Celui-ci définit les « obligations principales du gouvernement belge et de l'OMS, pour servir de base aux négociations ultérieures⁵⁸... ». Ces obligations régissent, aujourd'hui encore, les rapports en matière de développement sanitaire entre Bruxelles et Kinshasa, par le truchement de l'OMS.

CONCLUSION

Il s'agissait pour nous d'analyser dans cet article le rôle des responsables de l'OMS qui, en constante interconnexion avec le colonat belge

54. *Ibid.*, NUOI, S50. 3. 4. G6, octobre 1960-juin 1965, lettre de L. P. Aujoulat à M. De Biran, du 11 juin 1965.

55. *Ibid.*

56. AOMS/GVA, WHO/OMS, Congo (K), AFRO 178, note manuscrite du Dr. Candau, 3 mai 1968.

57. *Ibid.*, réf. Budget 1.1., lettre de H. F. Cummings, à Milton Siegel, 20 juin 1968.

58. *Ibid.*, réf. T7/451/2 Congo (K), mémorandum d'Ansari au Dr. Candau, 24 janvier 1968.

et le gouvernement congolais, s'affrontent autour de la question de la lutte contre la THA dans le Congo ex-belge. Pour y parvenir, nous sommes partis du constat d'une quasi-éradication de la THA annoncée vers la fin des années 1950, pour comprendre comment cette maladie redevient, à l'initiative du gouvernement belge, une « cause sociale » qui paraît justifier une « intervention protectrice », ainsi que 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 en 1960 comme un processus éminemment conflictuel, source d'après négociations et arrangements au service surtout des intérêts des anciens colons et des membres de l'OMS. C'est en effet Bruxelles qui recourt au soutien de l'Organisation pour obtenir le maintien de ses équipes mobiles sur le terrain, en échange d'une contribution annuelle allant de 300 000 à 700 000 dollars sur une durée de 5 ans. Une pratique qui donne à voir comment s'articulent les rapports entre les intérêts et les normes de l'assistance technique au sein de cette instance internationale qu'est l'OMS.

Simplice Ayangma BONOHO
Université de Yaoundé I et université de Genève