



Entretien avec ...

Le docteur Narcisse de Medeiros, membre du Groupe Consultatif de Projet (PAG)

Le docteur de Medeiros est coordinateur des programmes UNICEF au Togo

Entretien réalisé le 11 juillet 2006 à Bamako (Mali) lors de l'atelier des investigateurs.

Tous les entretiens dans cette série sont disponibles sur le site <http://www.meningvax.org/francais/fr-press-reports.htm>

Docteur de Medeiros, si vous deviez vous présenter en quelques mots, que diriez-vous ?

Je suis un homme qui a plusieurs passions, et je suis romantique, parce que mon parcours professionnel et personnel est émaillé de hasards et de nécessités mais toujours mu par un certain romantisme. Je suis coordinateur des programmes UNICEF au Togo et j'ai exercé pendant huit ans comme conseiller régional pour les 24 pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre en matière de communication pour les programmes de l'UNICEF. Ma formation de base est la médecine. J'ai ensuite fait une maîtrise en santé communautaire et un doctorat en communication.

Pourquoi la médecine ?

Ma famille compte 17 médecins et c'est peut-être une question d'exposition. Mon père était un des premiers médecins formés à l'école William Ponty à Dakar. C'était pendant la période coloniale et la plupart des intellectuels des pays colonisés par la France sortaient de Ponty. Mais peut-être n'ai-je pas vraiment choisi de devenir médecin parce que quand j'étais en terminale, j'avais envie de devenir pilote d'avion, à une époque où on proposait aux meilleurs élèves de terminale technique de passer le concours pour devenir pilote. J'étais interne dans un lycée de Porto-Novo et des camarades de classe et moi avons pris le car pour aller passer le concours à Cotonou, à une trentaine de kilomètres. On nous a donné nos rations du midi et quand on est arrivé à Cotonou, le chauffeur a voulu passer par la corniche, le long de la marina, et longer la mer. Et moi, il y a un rêve que j'ai toujours eu et que je n'avais jamais pu réaliser, c'est de voir la pluie tomber sur la mer. Or il pleuvait, et je savais qu'il pleuvait sur la mer que je savais à une centaine de mètres environ dans le bas-côté de la rue. J'ai demandé au chauffeur d'arrêter, ce qu'il a fait croyant que j'avais un besoin pressant à satisfaire. J'ai demandé au responsable de me donner mon sandwich, et je lui ai dit : « *Je veux descendre pour aller à la plage. Je veux voir la pluie tomber sur la mer.* » J'ai pris le sandwich et j'ai laissé le car partir. J'ai traversé la rue et je suis allé m'asseoir à la plage, tout seul. Je voyais la pluie tomber sur la mer... J'étais heureux comme un enfant. Et c'est ainsi que j'ai raté le concours de pilote d'avion. Quand je suis rentré à la maison les gens m'ont demandé ce qui s'était passé. J'ai expliqué ce que j'avais fait. Ils s'en étaient plutôt réjouis car il y avait tout de même des chances que je réussisse, alors qu'ils me voyaient déjà en fac de médecine. Donc, après la terminale, j'ai passé le concours de médecine. J'ai réussi, et j'ai continué. Peut-être que s'il ne pleuvait pas ce jour-là, aujourd'hui je serais pilote et non médecin...

Comment êtes-vous arrivé à la santé communautaire et à la communication ?

Encore le hasard. Quand j'étais en 4^e année de médecine je partageais un appartement avec deux autres étudiants qui m'ont informé que la radio/télévision du Bénin organisait un concours pour recruter des collaborateurs extérieurs. Ils m'ont demandé si je n'étais pas intéressé et je me suis dit « *pourquoi pas* » ? Le seul intérêt que je voyais était financier : une opportunité de compléter ma bourse d'étudiant. J'ai fait le concours, j'ai été reçu et les gens ont vu que j'avais des talents pour évoluer dans ce domaine. Cela n'a pas été facile : Tout d'abord, on nous a fait faire tout... les communiqués, on se levait très tôt le matin pour préparer et présenter les journaux parlés, on allait faire les reportages, etc., et j'essayais de faire cela de paire avec mes études de médecine et les gardes. Cela n'a pas été facile non plus parce que les professeurs à la fac de médecine n'appréciaient pas du tout ce que je faisais. Pour eux c'était très dégradant pour un futur médecin d'aller faire le pied de grue avec un micro en main en attendant qu'une quelconque autorité veuille bien lui donner une entrevue.

Entre la 4^e et la 7^e année de médecine j'étais devenu tout naturellement au sein des médias nationaux (office de radiodiffusion et télévision) le bonhomme santé parce que je faisais tous les reportages et les événements santé. Quand j'ai terminé mes études de médecine en 1980 j'ai créé une émission hebdomadaire qui s'appelait « Au service de votre santé ». Je travaillais comme médecin à une soixantaine de kilomètres de Cotonou, d'où je revenais 2 jours et demi par semaine pour préparer et organiser mon émission. Au début, je l'ai dit, j'ai fait de la communication pour compléter ma bourse d'étudiant, mais progressivement, j'ai appris à aimer ce que je faisais. J'ai constaté que j'apprenais beaucoup des gens que je côtoyais dans la communauté rurale où je travaillais, et que je prenais beaucoup de ce contexte pour alimenter mon programme et mes émissions. Je me suis rendu compte que les gens du milieu rural jetaient sur moi un regard différent selon que j'officialisais en tant que médecin ou en tant qu'animateur de programme santé. Les rapports étaient différents, et j'ai voulu comprendre cette dichotomie. Il se fait que le directeur régional de l'OMS, en visite au Bénin, a vu un de mes reportages à la télévision et qu'il m'a proposé une bourse d'étude de trois ans pour faire une maîtrise en information et éducation pour la santé. J'ai eu la chance de pouvoir choisir l'endroit où je voulais aller, et comme j'avais toujours rêvé d'aller au Canada, c'est là que je suis parti. Pour moi, cette bourse, c'était l'occasion de répondre à des questionnements nés de la double pratique que j'avais comme médecin et animateur radio/télévision.

Quand je suis arrivé au Canada, ils n'avaient aucune maîtrise en information et éducation pour la santé et ils m'ont proposé une maîtrise en santé communautaire de deux ans, plus un diplôme en communication d'un an. J'ai fait la maîtrise en santé communautaire au département de médecine sociale et préventive de l'université de Montréal de 1986 à 1988, puis on m'a offert un poste d'assistant à l'université, ce à quoi je ne m'attendais pas du tout, mais j'ai dit « *chiche !* » J'ai accepté le poste et obtenu un doctorat en communication en 1994.

J'imagine que votre profil était quelque peu différent de celui des étudiants en communication : vous étiez déjà médecin, et vous aviez de l'expérience sur le terrain en tant que médecin et communicateur. L'université a-t-elle mis cette expérience à profit ?

Le hasard encore une fois a fait que l'université de Montréal s'ouvrait au monde en développement à cette époque et elle a obtenu des Nations Unies de conduire un projet de formation en communication pour l'ensemble des pays francophones en développement, y compris la plupart des pays africains. Pour coordonner ce programme, ils cherchaient quelqu'un qui avait une très bonne connaissance de l'Afrique, qui était au fait des défis de la santé en Afrique, et qui pouvait dialoguer avec les autres disciplines, notamment

l'anthropologie et la communication. J'ai assuré cette coordination jusqu'au transfert du programme en Afrique. Le défi pour moi était de réussir le transfert d'un programme monté en Occident dans un contexte très favorable et de voir comment il allait se greffer dans une université africaine, en l'occurrence à l'université Cheikh Anta Diop de Dakar. Je suis rentré en Afrique en 1995. En 1996, l'OMS m'a demandé de renforcer le curriculum des centres de santé publique de Lomé et de Cotonou. J'ai ensuite obtenu une position de conseiller régional en communication pour les programmes à l'UNICEF.

Vous êtes devenu membre du Groupe Consultatif de Projet ("PAG") en 2004. Étiez-vous surpris que l'on vous propose de rejoindre le PAG ?

Surpris? Non, parce que je connais la scène africaine en matière de communication et je crois que mes compétences sont reconnues dans ce domaine. Quand on m'a dit que mon nom avait été proposé, cela m'a intéressé parce que depuis 1997 j'avais beaucoup travaillé à monter la plupart des équipes qui travaillent dans le domaine de la vaccination. Le regain pour le PEV [ndlr: Programme Élargi de Vaccination] et la polio date de cette époque-là et on a beaucoup formé les gens en communication, donc cela ne m'a pas du tout surpris.

Que pouvez-vous apporter au projet en tant que membre du PAG ?

Le PAG est un panel de conseillers devant lequel MVP ou ses collaborateurs viennent présenter les résultats de ce qu'ils font. Les membres du panel donnent leur avis et les interpellent. Je pense que c'est à l'honneur du MVP parce que ce n'est pas habituel de soumettre ce que l'on fait à l'attention d'un panel d'experts qui est souvent très critique – car on n'est pas des plaisantins. On questionne comme devant un parlement pour comprendre, pour conseiller et dire : « *Faites attention à ceci et à cela.* » Dans le groupe, je suis le seul en matière de communication et je pense que mon rôle consiste à m'assurer que dans les approches qui sont adoptées et dans la façon dont les choses sont faites, les dispositions sont prises pour faciliter l'atteinte des résultats attendus par le projet dans le respect du contexte culturel. Le respect du contexte culturel permet d'assurer une certaine pérennisation qui peut, à long terme, renforcer l'acceptation des services santé.

Est-il arrivé que des collègues médecins et des scientifiques « purs et durs » vous prennent pour un hurluberlu, un fanfaron à cause de l'importance que vous accordez à la communication ?

Au début, oui. Mais quand j'étais en 6^e année de médecine, mes émissions étaient devenues très populaires, j'étais devenu une sorte de vedette au Bénin et les professeurs qui résistaient au tout début me faisaient la cour pour venir sur le plateau des émissions que j'animais. À la fin, quand ils avaient de grands messages à faire passer au public, ils passaient par moi. J'étais devenu un homme de pouvoir qui pouvait marchander, négocier pour dire : « *Oui, je fais passer le message* » ou « *Non, je ne le fais pas passer.* » J'étais devenu plutôt très respecté dans ce monde-là. Beaucoup de gens de la santé à partir de cet instant ont pensé à s'approcher un peu plus des médias et le dialogue a été un peu plus facile. Cela a été un des effets non planifiés de mon passage dans les médias.

Comment est-ce que cela se traduit sur le terrain, quand on est à mi-chemin entre les scientifiques et le grand public – des personnes qui n'ont pas nécessairement reçu une éducation ?

Les gens rendent témoignage quotidiennement. Faire ce virage-là [de la médecine à la communication] est peut-être la plus grande expérience de ma vie. D'abord parce que je suis le 17^e médecin de ma famille et dans la formation que l'on nous donne, c'est juste si on ne nous dit pas que nous sommes des *demi-dieux*... On se prend vraiment pour le nombril du

monde. C'est en virant vers la communication que j'ai appris la vraie humilité, l'empathie, à reconsidérer les choses, à comprendre vraiment. Quand je me retrouvais sur le terrain avec ma blouse blanche, mon stéthoscope, ou à l'hôpital où j'étais affecté, c'était très respectueux, le public me prenait pour un demi-dieu et c'était comme si leur vie dépendait des choix que j'allais faire. Quand je n'étais plus médecin, je me fondais, je devenais un peu celui qui apprenait beaucoup plus à faire l'effort de comprendre ce que les gens voulaient pour pouvoir relayer ces demandes vers des sphères décisionnelles. J'ai appris à être beaucoup plus à l'écoute. Quand on est assis dans sa salle de consultation et les malades viennent, la façon dont on se comporte, c'est un peu comme si la personne qu'on voit est un objet qui porte la maladie qui nous intéresse. C'est un support de paramètre qui nous intéresse et sur lequel nous questionnons. On ne fait pas de communication sur les bancs de l'université de médecine ; on ne nous apprend pas à écouter.

C'est à partir du terrain que j'ai su que la dimension spirituelle et religieuse est un déterminant majeur des comportements que les gens adoptent, y compris les comportements de santé. Et c'est extrêmement important dans le contexte africain. Personne n'est venu à l'école de médecine pour nous parler des religions, des pratiques traditionnelles. On nous a parlé des pratiques néfastes, de la mutilation génitale, du gavage... mais il y a tellement d'autres pratiques traditionnelles que les gens font soit par ignorance soit par conviction religieuse ou culturelle, et que l'on peut exploiter parce que la motivation première est la survie.

Vous pouvez donner un exemple concret ?

Je suis allé dans un milieu où un enfant faisait une rougeole compliquée. Si on ne soignait pas cette enfant, il allait mourir. La mère de famille donnait à manger au fétiche dans la maison – en tout cas elle versait de l'huile sur le fétiche parce qu'ils pensaient que l'enfant était malade à cause du fétiche. Le personnel médical essayait de convaincre la mère de faire traiter l'enfant et de faire vacciner un autre, mais elle ne voulait rien entendre parce que c'était gaspiller son argent. Il a fallu que je fasse un travail avec le personnel de santé et avec la mère qui a consisté, d'abord, à aider la mère à acheter le type de vivres qu'elle mettait sur le fétiche. On a mis les vivres sur le fétiche et on lui a demandé d'expliquer d'où venait cette pratique. Elle a expliqué qu'elle voulait sauver l'enfant. On a essayé de trouver dans la communauté un proverbe équivalent à « *Deux solutions valent mieux qu'une.* » On l'a emmenée au centre de santé où on lui a fait voir des enfants qui faisaient le même type de maladie et on a expliqué que pour d'autres catégories de gens, qui ont une culture différente, le vaccin est un peu comme ce qu'elle verse sur le fétiche. On a vu que les enfants du centre n'étaient pas malades parce qu'ils avaient reçu ce médicament-là. On a demandé à la mère si elle connaissait le proverbe « *Deux chaussures ou deux béquilles valent mieux qu'une* », et si cela la gênerait d'appliquer l'autre solution en même temps qu'elle continue de nourrir le fétiche. Elle a accepté qu'on traite l'enfant et l'enfant a guéri. Pendant les premiers mois, elle a continué de croire que c'est parce qu'on a donné au fétiche, mais la relation entre le personnel de la santé et cette maison-là, qui était très mauvaise parce que le personnel de santé avait des préjugés, s'est rapidement améliorée. Les personnes dans la maison sont devenues non seulement beaucoup plus à l'écoute, participatives aux activités des services de santé mais elles sont devenues des partenaires, des porte-parole des services de santé.

Je ne peux pas dire aujourd'hui que les pratiques locales ont disparu, mais grâce à cela, on a réussi à les convaincre que la solution « étrangère » peut contribuer à sauver leurs enfants... parce qu'ils *veulent* sauver leurs enfants. L'attitude du personnel médical est un reflet de ce qu'on apprend sur les bancs des écoles de formation technique en médecine : Il y a des

pratiques qui sont nocives ; il n'y a qu'une vérité, c'est de donner le vaccin, de soigner. Le reste, tout le reste, c'est nul. Or, la mère qui nourrit le fétiche se réfère à une réalité qu'elle va utiliser pour interpréter d'autres aspects de sa vie. Même si on lui dit : « *Arrête* », et qu'elle arrête, elle va utiliser la même chose pour donner du sens à d'autres événements de sa vie. Donc lui dire « *Arrête, cela ne sert à rien, il faut laisser tomber* », ce n'est pas seulement dire « *Ton enfant va mourir si tu continues cela* » ; c'est dire que toutes les autres dimensions de sa vie n'ont pas de sens. A l'école de médecine, nous n'avons pas appris à faire ce type d'analyse. Nous n'avons pas appris à écouter les gens expliquer pourquoi ils font telle ou telle chose, qui peut sembler absurde, mais que l'on peut exploiter pour les aider. C'est en faisant ce virage-là que j'ai compris à être très, très humble, à écouter beaucoup plus que je ne le faisais et que ma socialisation professionnelle ne me permettait de le faire. Et je peux dire que sincèrement, c'est par hasard que je suis venu là mais si on me demandait d'abandonner cela et de retourner dans la médecine pure, je dirais non.

Quels sont les plus grands défis en matière de communication que MVP va rencontrer avec la phase II et ensuite avec l'introduction du vaccin ?

La difficulté n'est pas inhérente à la phase-même ni au vaccin mais est inhérente à un certain nombre de pratiques qu'ont ceux chargés de faire l'expérimentation. Si le personnel médical n'était pas suffisamment à l'écoute du public, des parents qui vont *amener* les enfants... s'ils n'écoutaient pas ce que les gens disent et les inquiétudes qu'ils expriment parce qu'ils sont occupés à prendre des notes et remplir des formulaires, l'idée que les gens vont retenir, c'est l'expérimentation. Cela nous met dans une posture qui devrait nous appeler, et ce encore plus que lorsqu'on veut seulement donner des soins, à écouter, à être très attentifs, à être disponibles pour pouvoir aider, guider les gens, régler les problèmes avec eux. Donc, je pense qu'il faudra surtout qu'on encourage les techniciens et les gens qui vont être en rapport avec les parents à cette écoute-là, à faire vraiment attention. Il y a aussi des ennemis, des jaloux, etc., et il faut donc s'attendre au problème des rumeurs, et il faudra être prêt à les contrôler. Les deux défis majeurs en matière de communication sont au niveau des rumeurs et du fait que c'est un nouveau vaccin.

Même dans le cas des activités de vaccination courante, quand on fait des briefings techniques pour préparer des campagnes de vaccination, quand on aborde l'aspect communication, les responsables de la vaccination disent qu'ils ont une approche communautaire et l'habitude de parler avec les leaders. Pour eux, cela va de soi. La communication, dans tout ce qu'on fait au niveau de la vaccination, dans tous les pays, tant qu'il n'y a pas de problème, c'est « *ce qui va de soi* ». On pense qu'on a communiqué parce qu'on mène une action d'information, une action de sensibilisation auprès des leaders communautaires. On pense a priori que c'est une chose pour laquelle on n'a pas besoin de briefing particulier. Ce n'est pas exact. C'est quand la crise survient qu'ils s'affolent et réalisent qu'il y a des facteurs auxquels ils n'ont pas fait attention et qui sont déterminants dans la situation à laquelle ils sont confrontés.

La jalousie et des rumeurs, c'est si courant que cela ?

Ce que j'ai compris en travaillant dans ce domaine en Afrique, c'est que tout est occasion pour mettre en valeur des jeux de pouvoir, que ce soit au niveau du personnel de santé, au niveau des différentes directions qui doivent collaborer, ou au niveau des leaders, y compris des leaders communautaires ou religieux. Tout est occasion pour jouer ou obtenir plus de pouvoir soit parce qu'on projette qu'on peut l'utiliser après, soit parce qu'on veut régler des comptes. Toutes les occasions sont bonnes. Je connais assez bien l'histoire des relations sociales, intercommunautaires et politiques qui marquent les pays de notre région et je peux

dire qu'il y a beaucoup d'acteurs qui sont impliqués, à différents niveaux et de différentes catégories, et qui utilisent cela comme jeu de pouvoir. C'est encore plus évident dans les régions où il y a des minorités, des injustices et où les gens voient le pouvoir, que ce soit en matière d'argent ou en matière sociale ou politique.

Quelles sont les différences majeures entre le métier de communicateur en Afrique et celui de communicateur au Canada ou en Europe ?

L'approche est différente parce qu'en Europe, à moins de s'intéresser à des minorités locales ou des populations émigrées, il y a des aspects sur lesquels on ne se serait pas attardé et auxquels, ici, on ne peut pas échapper. Si MVP faisait un essai en Europe, par exemple, dans la plupart des cas, je fais l'hypothèse que les gens comprendraient plus facilement que ce type d'expérimentation puisse être fait parce qu'ils comprennent que si leur société a fait des pas en avant jusque là, c'est sur la base de ce type d'expérimentation, que ce soit au niveau industriel ou à d'autres niveaux. Dans leur culture, dans les informations qui leur parviennent quotidiennement, beaucoup de choses les préparent à accepter cela sans penser qu'il peut y avoir un problème magico-religieux qui va jouer parce que vos sociétés ont parcouru leur histoire et elles sont à un niveau assez différent de ce qui se passe ici.

Comment les prélèvements sanguins vont-ils être perçus par la population ?

Il y a un ouvrage sur l'anthropologie du sang en Afrique qui montre que dès qu'on touche au sang en Afrique, c'est du sacré. On n'en a pas toujours conscience, et ce n'est pas sur les bancs de la faculté de médecine que tu vas lire cela. Tout va dépendre de la qualité relationnelle, la qualité de l'interaction entre le technicien et les gens. La façon dont les gens vont interpréter ce sang qui va être touché, prélevé va être beaucoup déterminée par le degré de confiance qui va s'établir entre l'infirmier et la maman ou la population. Il ne faut surtout pas oublier que l'infirmier, avant d'être infirmier, *il* est africain. Il vient de quelque part. Ses croyances de base peuvent être là et il faut en tenir compte. Ce n'est pas parce qu'il est dans le projet MVP qu'il va occulter totalement le fait que pour lui, dans sa culture et sa communauté, le sang est sacré. Ce n'est pas seulement la population qu'il va falloir mettre en confiance. C'est aussi l'infirmier.

Lors de la réunion des investigateurs, vous avez utilisé l'image du triangle et vous avez parlé du rôle essentiel que jouent les vaccinateurs. Pouvez-vous en dire quelques mots ?

Le triangle, c'est l'idée que les techniciens doivent veiller à ce que dans leurs façons d'agir et leurs déclarations, ils ne nuisent pas à trois choses : au site clinique ; à travers le site clinique, à l'ensemble des services de vaccination ; et au projet MVP. Je sais qu'ils n'ont pas été formés en ce sens, mais il est important de développer une qualité d'interaction positive avec des mères qui amènent leurs enfants prendre un vaccin, et dans ce cas-ci encore plus parce qu'il s'agit d'un vaccin qu'on est en train d'expérimenter. Le travail que nous, communicateurs, devons faire en direction des vaccinateurs, c'est leur faire prendre conscience que la personne qui rend vraiment service dans ce contexte-ci, c'est la maman qui amène son enfant. Ce n'est pas le vaccinateur. On a *besoin* des parents, on a *besoin* que la femme amène son enfant. Cela doit nous rendre plus humbles, à écouter, à être disponibles et cela impose une attitude que les vaccinateurs n'ont pas l'habitude de déployer dans les autres formes de relation qu'ils ont avec la population. Il faut qu'une complicité se crée entre le personnel médical et la population ; il faut qu'ils sachent qu'ils dépendent l'un de l'autre. Si le site parvient à établir un climat de confiance propice au développement du projet jusqu'à son terme, il pourra en tirer bénéfice plus tard.

On a reproché à MVP que le vaccin est produit par une compagnie indienne, et que le projet est financé par des américains. Est-ce que cela peut vraiment poser problème dans certains milieux africains ?

Il faut faire la part des choses et situer cela dans son contexte global. Je pense que Bill Gates est l'un des principaux bailleurs du fonds global qui a apporté ces dernières années les plus grosses subventions pour le sida, la tuberculose et le paludisme. Jusqu'à récemment on reprochait aux Occidentaux et particulièrement aux Américains de ne pas chercher à s'impliquer parce que cela ne décime pas leur population. Donc, pour une fois qu'on a quelqu'un qui met de l'argent pouvant aider à combattre des maladies, il est injuste de lui prêter de mauvaises intentions. Il ne faudrait pas que Bill Gates retire sa subvention. Il faut savoir ce qu'on veut. Mais il y a des populations qui peuvent poser la question de savoir pourquoi ce sont des Américains, et il faut simplement expliquer que c'est de l'argent donné pour lutter contre des maladies qu'on ne finance pas du tout, et si ces maladies sont chez nous, c'est tant mieux si on nous donne des ressources pour les combattre. On collabore, il y a des Africains, des intellectuels africains de toutes confessions religieuses qui participent à cette expérience et si le vaccin est mis sur le marché et tous les pays africains de la ceinture méningitique en bénéficient, on n'oubliera pas qu'il a été testé au Mali et en Gambie en premier, et cela c'est une référence dont le pays aussi peut profiter.

De quels atouts dispose-t-on pour que le projet accomplisse sa mission ?

On dispose aujourd'hui d'un bassin de leçons apprises sur la gestion des rumeurs, sur le défi de la vaccination dont on peut tirer profit. L'expérience vient à un moment où il y a beaucoup d'opportunités en matière de leçons apprises sur la connaissance des communautés, la façon dont elles réagissent, sur l'approche communicationnelle et sur les difficultés qu'on peut rencontrer en matière de vaccination. Ceci dit, on peut avoir des leçons et ne pas les utiliser. Je trouverais dommage que, avec tout ce que l'on sait maintenant, on commence l'étude en pensant : « *Non, au début, on n'a pas besoin de la communication ici parce qu'on sait comment communiquer* », car c'est ainsi qu'après, on est vraiment confronté aux problèmes liés à une mauvaise communication.

Étiez-vous sceptique au début concernant les chances de succès du projet ?

Au début, j'ai vu une expérience que l'OMS voulait faire. Je n'ai pas vu le projet MVP. J'avoue que mes premières participations ont été plus pour m'informer. L'OMS a déjà appuyé des tentatives de monter des vaccins contre le paludisme. Je sais qu'il faut passer par là. Si on veut faire des progrès, il faut commencer quelque part, et l'OMS, l'organisation qui s'en occupe, est crédible pour moi et avait le mandat, donc je n'ai pas eu de doute. Ensuite j'ai reçu plus d'informations, et elles m'ont paru transparentes dans le sens où MVP a dit là où cela a marché, là où il y a des biais. Là où le petit scientifique en moi met un point d'interrogation, c'est que le vaccin a été testé chez des adultes et maintenant il va être testé chez les enfants, mais, quand ils l'ont comparé au méningo C qui a été testé et qui est utilisé en Grande-Bretagne, ils ont dit que cela peut marcher. Donc la question, est : « *Est-ce que cela peut marcher ici aussi ?* » Mais c'est juste par rapport à la population visée que j'ai cette incertitude-là. C'est bizarre, mais plus je suis les réunions du PAG ou les réunions comme celle-ci [ndlr : réunion des investigateurs de juillet 2006], plus j'ai la certitude que cela va marcher.

Il y a des maladies qui tuent plus que la méningite. Que faut-il dire aux gens qui disent que la méningite ne devrait pas être une priorité par rapport au sida, au paludisme, etc. ?

Il faut voir l'impact de la maladie à travers le temps. A force de vouloir comparer l'importance des maladies simplement par le nombre de personnes qu'elles affectent, on

peut vous accuser de faire un exercice qui n'est qu'un luxe parce que lorsque l'OMS parle de santé pour *tous*, lorsque l'UNICEF parle de *droit* à la santé, c'est le droit de *tous* à la santé. Aller demander à une personne qui souffre de la méningite ou de la drépanocytose, si cela vaut la peine de traiter. C'est facile de dire cela pour une personne qui vit là où il n'y a pas d'épidémies de méningite. Si cette personne était née ici, si son enfant avait la méningite et si on lui demandait s'il faut développer des vaccins pour traiter, je pense que cette personne dirait « *oui, bien sûr !* » Parfois les gens ne sont pas objectifs parce que nous pouvons avoir la même posture ici, en Afrique, lorsque nous regardons la télé, et qu'on voit en Europe des sommes faramineuses qui sont dépensées pour comprendre des maladies congénitales qui ne touchent qu'une très infime portion de personnes... c'est vrai que c'est leur argent, mais quand on voit cela, par rapport à ce qu'on vit ici, nous aussi on peut se poser des questions. L'attitude la plus raisonnée, la plus humaine, n'est pas de dire : « *Mais pourquoi vous vous attaquez à la méningite ?* » Tant que cela concerne des dizaines de milliers, sinon de millions de personnes, et que c'est une maladie qui est invalidante parce qu'elle peut donner des séquelles et retarder le développement, on ne peut pas dire qu'il y a trop de sacrifices pour l'éliminer. Cela aurait pu être d'autres maladies. C'est celle-là. Je n'ai pas d'a priori par rapport à cela parce que quand on vit ici, quand on voit l'impact social, psychologique sur les individus qui en souffrent, sur leur environnement, sur le développement du pays, on ne peut pas se passer du vaccin et faire de tels calculs.

Le mot de la fin ?

J'ai appris à découvrir ce que la communication peut aider à faire, ce que j'aurais pu faire encore plus dans le passé si j'avais été initié ou exposé plus tôt à la communication. Parce que ce sont ces questionnements qui m'ont amené là où je suis aujourd'hui. C'est cette opportunité que j'ai eue de faire la navette entre le médecin travaillant en zone rurale et le journaliste qui retournait dans la zone rurale pour recueillir des questions totalement « étrangères » qui m'ont mis en face d'une réalité que je ne comprenais pas totalement. Ce questionnement m'a conduit, et il ne faut surtout pas l'oublier, à me redécouvrir comme simple citoyen et non un « demi-dieu », et il m'a apporté les plus grandes valeurs que j'ai aujourd'hui, c'est-à-dire cette capacité que j'ai à écouter et à essayer de comprendre, parce que je ne l'avais pas appris à l'école de médecine. C'est une richesse énorme et quand je vois le chemin que j'ai parcouru, je comprends que des gens qui ont parcouru d'autres chemins ne perçoivent parfois pas l'importance de ce que nous sommes en train de faire, de ce que nous sommes en train de dire. Mais n'est-ce pas là aussi le défi qui est le nôtre, de les amener à partager ce que nous vivons ? Il faut veiller à ne pas se décourager. J'ai vu le chemin qu'on a parcouru depuis 1997-1998, lorsqu'on a commencé à redonner son blason à la lutte contre les maladies transmissibles, la prévention par la vaccination, etc., et aujourd'hui, quand je regarde en arrière, je sens que les choses bougent et qu'elles bougent dans le bon sens et cela ne peut que aller dans ce sens-là car on réalise de plus en plus que la communication est un élément majeur, un déterminant comportemental sur lequel les gens tentent désespérément d'agir. Je pense personnellement que le projet MVP va réussir et j'espère qu'au-delà des résultats du projet, les relations que le projet aura permis de tisser et les leçons que cela apporte, seront perçues comme une très grande contribution à toute cette dimension de la communication pour le développement à laquelle beaucoup de gens s'attellent aujourd'hui. Je suis sûr que l'impact du projet va se situer aussi à ce niveau-là, si les gens nous permettent de travailler pleinement dans notre domaine.