



Entretien avec ...

Le professeur Ogobara K. Doumbo, membre du Groupe Consultatif de Projet (PAG)

Le docteur Doumbo est directeur du Centre de Recherche et de Formation sur le Paludisme (MRTC) de Bamako au Mali.

Ouagadougou, Burkina Faso, Mai 2005

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

Professeur Doumbo, si vous deviez vous décrire en quelques mots, que diriez-vous ?

Je suis malien, professeur de parasitologie, et j'ai pour vocation et la responsabilité de conduire la recherche et la formation sur le paludisme en milieu universitaire. J'ai étudié la médecine à Bamako pendant 6 ans (formation théorique et année de stage). J'ai exercé en qualité de médecin-chef adjoint avec une compétence chirurgicale à Banamba au Mali, et en tant que médecin-chef du Centre de Formation et de Recherche en Santé Rurale dans la zone du barrage de Sélingué, toujours au Mali, de 1980-1984. Puis, je suis parti en France, d'abord à Marseille et ensuite à Montpellier pour me spécialiser en parasitologie et en épidémiologie et médecine tropicale. J'ai fait des va-et-vient entre le Mali et la France pour ma spécialisation et ma thèse de sciences pendant 8 ans. J'ai soutenu une thèse de sciences biologiques en parasitologie à Montpellier en 1992. En novembre 1992 je me suis présenté et j'ai réussi le concours d'agrégation du CAMES [Conseil africain et malgache pour l'enseignement supérieur] en parasitologie-mycologie à Libreville au Gabon. J'ai un cursus universitaire un peu atypique par ce que, durant toutes ces années d'études en France, je suis toujours retourné au Mali pendant les vacances, au moins pendant 3 mois chaque année, pour travailler sur le terrain et éviter de couper le pont entre la dure réalité nationale malienne et les conditions faciles de vie du nord en France.

Pourquoi la médecine, et pourquoi toutes ces spécialisations ?

Les spécialisations, c'est parce que j'adore cela : je voulais faire de la recherche de haut niveau dans mon pays, et on ne peut pas le faire si on n'a pas les formations de base, que l'on ne pouvait alors obtenir qu'à l'étranger. Quant à la médecine, j'y suis venu par amour et par tradition familiale parce que mon grand-père et mon père étaient tradi-praticiens dans le pays dogon. J'ai suivi mon grand-père dans ce qu'il faisait et j'ai compris qu'il y avait beaucoup de gens dans le besoin. Je l'ai vu soigner les gens, j'ai vu l'attitude qu'il avait, ce qu'il apportait comme satisfaction à ces gens et cela m'a plu. Je trouvais qu'il soulageait vraiment les souffrances humaines. Je suis allé à l' "école des Blancs" à 7 ans et j'ai décidé de devenir médecin à 10 ans, suite à la visite du médecin-chef du centre de santé de Koro dans notre école.

Quand vous dites "école des Blancs", vous parlez de missionnaires ?

Non, pas nécessairement. Chez nous il n'y avait pas d'école où l'on partait pour lire et écrire. C'est vers les années 1960 que les premières écoles ont commencé dans la zone de mon village. Je suis de la première génération des enfants qui ont été à l'école dans mon village. C'est pour cela qu'on dit l'école des Blancs, parce que l'école traditionnelle c'était où on suivait les anciens et où on apprenait par observation. Cette école-là existait au village et

elle était organisée en fonction des catégories d'âge. L'école publique, où il fallait parler et écrire le français, passer des diplômes, c'était l'école des Blancs [rires].

Vous étiez très proche de votre grand-père parce que vous étiez un garçon ou à cause de ce qu'il faisait ?

Non, je suis le premier de ses petits-fils ; j'ai eu la chance de le connaître et j'ai bénéficié de sa confiance ; nous étions très proches. Comme j'étais un peu plus âgé que les autres petits-fils, je pouvais le suivre, je restais les vacances avec lui, et il me disait et m'apprenait beaucoup de choses de la vie.

Vous assistiez aux consultations ?

Absolument !

Il n'y avait pas de secret médical ?

Non, parce que j'étais un apprenti tradi-praticien et il me racontait comment il faut faire et respecter et aimer les malades. J'ai beaucoup appris de lui et surtout, j'ai beaucoup appris l'éthique de la pratique médicale avec lui. La pratique de l'éthique médicale, l'éthique de la recherche, c'est vraiment une initiation. J'ai vu en lui que le comportement éthique du médecin face à son malade est quelque chose qui ne vient pas des papiers, des lois, des réglementations. C'est quelque chose qu'on acquiert par transmission verticale. Par compassion, il partageait souvent ses repas avec ses malades, il les accompagnait dans leur souffrance. Les gens venaient de très loin. Il était très proche d'eux, il ne donnait jamais un médicament à ces gens sans le goûter, alors je voyais qu'il faisait attention, qu'il avait un souci de la protection de ses patients. Ce comportement m'a beaucoup inspiré.

Ce qu'il donnait à ses patients, c'était de la médecine traditionnelle avec des plantes, j'imagine ...

Absolument, des médicaments à base de plantes, mais aussi des sacrifices d'animaux. Les Dogons de la Falaise en cette période étaient en majorité animistes : on croit à des dieux ; on fait des sacrifices de poulet, de mouton, de chèvre, en fonction de la maladie.

Et vous arrivez à concilier cela avec la médecine "moderne" ?

Oui, il n'y a pas de changement dans l'approche avec le patient, dans le processus de diagnostic ou la démarche thérapeutique. Ce sont les outils techniques qui changent entre les deux types de médecine. Moi, j'ai été à l'école des Blancs, j'ai appris d'autres outils et paradigmes de la médecine moderne, et c'est ce que j'applique maintenant à mes patients. Mais toute la démarche reste la même.

C'est faire le bien de l'autre personne.

Exactement, c'est vraiment un métier de sacerdoce. On participe au soulagement de quelqu'un qui souffre, à défaut de le guérir. Cela, ça reste ; c'est une continuité ; il n'y a pas de rupture.

Vous l'avez accompagné combien de temps, votre grand-père ?

J'ai commencé à l'accompagner dans ses visites à l'âge de 10 ans et j'ai vécu avec lui jusqu'à son décès, quand j'étais en première année de médecine à Bamako.

Votre papa était également tradi-praticien. Vous l'avez aussi accompagné ?

Mon père a repris le relais du grand-père, donc quand je revenais, je pouvais comparer et j'essayais de comprendre le rationnel de ce qu'il donnait. Je faisais la distinction entre le

diagnostic qu'il portait et les médicaments qu'il donnait, et l'autre outil dont je disposais pour aider les gens. Être tradi-praticien, ce n'est pas une profession qui génère des ressources et dont on peut vivre. Mes parents, mon grand-père, ce sont des éleveurs, des agriculteurs qui vivent de la terre. C'était un violon d'Ingres, un sacerdoce pour eux. Ils avaient cette technicité, cette compétence dans la famille, qu'ils appliquaient au moment où on en avait besoin. Le reste du temps, ils étaient dans leur champ de mil.

Ils avaient beaucoup de patients ?

Ah oui ! Les gens venaient consulter de pratiquement tout le pays dogon, des dizaines de kilomètres à la ronde. Ils étaient spécialisés dans un certain nombre de domaines, comme les gonflements du sein, les problèmes inflammatoires et tumoraux, les maux de gorge.

Ce don de soigner, cela se transmet traditionnellement de père en fils ?

Tous les enfants ne sont pas intéressés, mais si un enfant manifeste de l'intérêt et approche son père ou son grand-père, on regarde s'il est crédible, curieux et éthiquement correct. S'il est digne de confiance, on lui transmet un certain nombre de secrets, de savoir et de savoir-faire. Ce ne sont pas les adultes qui choisissent à qui transmettre. C'est l'enfant qui fait le premier pas. Moi je suis allé à l'école des Blancs, d'abord parce que c'était obligatoire au temps du régime socialiste au Mali et le gouvernement exigeait que chaque famille envoie un enfant à l'école, et c'est tombé sur moi. Quand j'ai commencé à apprendre le français, à l'écrire, cela m'a plu. Donc j'ai continué jusqu'au bac, à Bamako, et fait médecine à l'École Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali.

Comment votre famille a-t-elle réagi par rapport au fait que vous vouliez continuer l'école ?

Une fois que j'ai eu le bac, mes parents m'ont dit : "Maintenant c'est assez, il faut commencer à travailler, s'occuper des moutons, des chèvres, des vaches et de la terre." Alors je leur ai dit : "Moi, j'aimerais bien terminer tout ce que j'ai commencé à l'école des Blancs." Il n'y a pas eu d'opposition majeure. J'estime avoir eu de la chance parce que j'avais de bons résultats au lycée et j'ai pu faire des études de médecine. C'était comme un exode rural pour moi, parce qu'il est de tradition chez les Dogons que les jeunes quittent le village à 15-18 ans pour aller explorer d'autres mondes, pour aller travailler ailleurs, apprendre une autre langue. Moi, je suis allé à Bamako. Mais je retournais au village toutes les vacances. Quand je me suis installé comme médecin à Sélingué au Mali, mon père est venu me rendre visite et je lui ai montré ma pratique. En plus de ce qu'il faisait, moi j'avais une compétence chirurgicale de formation et j'opérais beaucoup. Je lui ai montré que je pouvais ouvrir le ventre et sortir la maladie, ce qui est un plus par rapport à la médecine traditionnelle.

Et il a accepté. Comment votre papa a-t-il pris le fait que vous vous tourniez vers la médecine moderne – la médecine de "l'homme blanc" ? N'aurait-il pas préféré que vous deveniez tradi-praticien comme lui ?

Il a accepté parce qu'il a vu beaucoup de gens qui venaient témoigner des bienfaits de son fils. Je faisais beaucoup de pratique chirurgicale et ça c'est bien vu comme médecin en milieu rural ; c'est nouveau. Endormir les gens, leur ouvrir le ventre, c'était très nouveau.

Vous êtes membre du Groupe Consultatif de Projet (PAG) de MVP depuis décembre 2004. Vous vous attendiez à ce que l'on vienne vous chercher ?

Pas du tout. Je faisais mon boulot. Je fais beaucoup de recherches parce que je suis dans un centre de référence international sur le paludisme et nous conduisons beaucoup d'essais cliniques sur le développement de nouveaux médicaments, de nouveaux outils de lutte et de

vaccins antipaludiques avec le NIAID/NIH [National Institute of Allergy and Infectious Disease/National Institutes of Health], le Center for Vaccine Development de l'université du Maryland, et le WRAIR [Walter Reed Army Institute of Research] de l'armée américaine. Nous avons une grosse équipe de recherche clinique et épidémiologique et je pense que quand l'équipe du PAG est venue à Bamako, ils ont découvert notre centre un peu par hasard. Ils ne savaient pas que ce genre de centre existait en Afrique au sud du Sahara. Cela a été une découverte pour eux de voir que toutes les procédures internationales d'essais cliniques étaient déjà en route. Nous suivons les normes et la réglementation établies par la Food and Drug Administration et l'International Conference on Harmonization ; j'ai mon certificat de bonnes pratiques cliniques que j'ai passé à Dallas aux États-Unis, mon certificat de bio-éthique que j'ai passé à Harvard. Toute l'équipe suit les bonnes pratiques cliniques et les bonnes pratiques de laboratoire. Nous sommes monitorés au moins trois fois par an par USSAMDA [le département de l'armée américaine qui assure la protection des participants aux études cliniques], les moniteurs du NIAID/NIH, Glaxo SmithKline et l'OMS quand nous faisons des essais cliniques. Les membres du PAG ont pensé que l'expérience que nous avons documentée et dont nous avons fait preuve dans le paludisme pouvait servir au PAG et à MVP. J'en suis fier pour notre équipe du Département d'Épidémiologie des Affections Parasitaires au MRTC.

Pourquoi avez-vous accepté cette nouvelle charge de travail ?

Quand ils m'ont contacté, j'ai demandé le cahier de charges pour voir ce qu'on attendait de moi et si c'était intéressant. Ils m'ont donné la preuve qu'ils vont développer un vaccin qui pourrait servir la population juvénile et les jeunes adultes en Afrique qui meurent d'épidémies de méningite. C'est quelque chose qui justifie mon existence et mon retour dans mon pays car j'aurais pu rester aux États-Unis ou en France après ma formation. Je me suis dit que l'expérience que je pourrais tirer de cette collaboration pourrait servir pour le vaccin contre le paludisme que nous sommes en train de développer. Ensuite, j'ai évalué le pourcentage de temps. J'ai 80% de mon temps qui est pris dans le développement de vaccins antipaludiques. Il me reste donc 20% que je me donne pour faire autre chose. J'ai évalué que les activités PAG allaient me prendre 5 à 10% pour lire les documents et assister à des réunions. C'était dans l'ordre du faisable, j'ai trouvé que l'expérience pouvait être une expérience enrichissante, et j'ai accepté.

Cela a été une décision facile à prendre ?

Non, cela n'a pas été facile parce que je suis quelqu'un de très concentré. Quand je fais quelque chose, je n'aime pas perdre du temps ailleurs. J'ai décidé de mettre le maximum de mon temps sur le paludisme et je n'étais pas sûr de pouvoir être efficace. Cela a pris à peu près trois mois pour décider.

A votre connaissance, il y a-t-il beaucoup de projets comme MVP, de compagnies pharmaceutiques ou autres groupes qui viennent chercher l'avis d'experts africains sur le terrain ?

Non, ce n'est vraiment pas courant, et je tiens à le dire. Parce que, en général, nous ne faisons pas beaucoup de bruit. Nous sommes 30 Maliens [au MRTC] et nous faisons vraiment le "state of art" de la recherche sur le paludisme. Nous travaillons essentiellement sur le paludisme. Pour venir nous chercher et nous trouver sur la colline du point G, il fallait vraiment le vouloir ! C'est cette démarche qui m'a intéressé. Le MRTC a été créé de la même manière. Quand le LPD/NIH [Laboratory of Parasitic Disease] cherchait à travailler en Afrique avec une équipe de recherche de pointe sur le développement de vaccin, le docteur Louis H. Miller a fait le tour de l'Afrique. Il est venu à Bamako, on a regardé le

projet ensemble, cela m'intéressait, et c'est comme cela qu'on a créé le centre en 1992. C'était la même démarche : des gens sont venus en Afrique en se disant que peut-être sur le terrain il y a des gens qui pourraient les aider à mieux faire. Notre rôle consiste à convertir votre projet à ce qui est la réalité, l'expérience du terrain. J'ai trouvé cela très original.

Que pouvez-vous apporter au projet, justement ?

D'abord, je peux analyser le plan de développement clinique pour voir s'il y a une continuité et si c'est faisable. Ensuite, je peux contribuer à l'évaluation de la qualité du produit que vous voulez tester, parce que j'ai appris à analyser les idées, les brochures d'investigateur, donc je peux voir, en phase préclinique, la toxicité du produit avant qu'il n'arrive chez les enfants. Je peux évaluer la qualité du matériel produit selon les bonnes pratiques de fabrication parce que j'ai appris à le faire avec l'armée américaine et le NIAID/NIH. Je peux donner un avis éclairé sur ce genre de documents et m'assurer que le produit qu'on va tester chez les enfants africains est un produit qui répond vraiment à des critères internationaux. Troisièmement, j'ai fait du développement clinique et j'ai créé des protocoles de phase I, II et III, donc je peux analyser la qualité d'un protocole clinique. Finalement, parce que je me suis depuis mon plus jeune âge spécialisé dans l'éthique, je peux dire la *valeur* éthique d'un protocole pour un projet comme le vôtre. Voilà les modestes contributions que pourrais apporter.

D'après vous, à quoi MVP doit-il faire attention ? Sur quoi devons-nous mettre l'accent une fois que l'on passe le stade des essais cliniques de phase I en Inde et que l'on arrive aux essais cliniques de Phase II et III en Afrique ?

Une fois que les critères primaire de tolérance et secondaire d'immunogénicité auront été démontrés et que nous serons convaincus que c'est un bon produit, il faudrait développer des capacités dignes d'un essai clinique parce que c'est une dimension de la recherche qui n'est pas développée en Afrique. Si l'on ne développe pas les sites pour leur donner des capacités de faire des essais cliniques au standard européen ou au standard américain, je pense que l'on fera du mauvais travail parce que la qualité d'un produit dépend de ceux qui le manipulent sur le terrain. Une fois que vous avez formé ces équipes à ce niveau, elles vont atteindre le niveau de qualification, elles vont faire attention à tout ce qu'elles font, et le produit fini sera de qualité. Les équipes s'impliqueront davantage, elles vont mieux protéger les enfants chez qui on va faire des essais. Ce renforcement des capacités est essentiel.

L'aspect éthique est une deuxième chose qui est extrêmement importante. Nous sommes, nous chercheurs ou des organisations comme la vôtre, convaincus de bien faire pour cette population africaine parce qu'on leur apportera, si tout se passe bien, un produit qui pourra résoudre ce problème des épidémies de méningite. On a la volonté de bien faire, mais souvent on ne fait pas attention aux conséquences. Et c'est là où je vois le rôle du PAG – un groupe indépendant qui peut non seulement apporter un regard éthique assez pointu mais qui peut aussi soupeser le risque et le bénéfice et donner des conseils cliniques et éthiques.

Et la dernière des choses qui est indispensable, c'est le monitoring. Il faut surveiller les sites dans lesquels on fait les essais cliniques. Il faut développer des procédures opérationnelles standard et, avec toute objectivité et sans complaisance, si un site ne fait pas bien son travail, il faut stopper l'essai. D'où la nécessité de mettre en place des comités de suivi de tolérance [safety monitoring committees] avec des Africains et des gens expérimentés du Nord qui puissent regarder la description des effets secondaires et prendre une décision éclairée. Quand on va passer à la phase II et à la phase III, il faut mettre un comité de suivi des données de tolérance [Data Safety and Monitoring Board] en place, avec une

composante africaine qui comprend les scientifiques et d'autres partenaires, qui puisse se prononcer d'une manière indépendante et conseiller MVP. Je crois que ce sont les garanties essentielles qui permettront de faire un travail propre qui pourrait servir à la profession. Un partenariat fécond serait ainsi créé entre les acteurs et la population (ou ses représentants).

Est-ce qu'un projet comme MVP est nécessaire ? Il y a eu des essais avec des vaccins conjugués dans les années 1990, et cela n'a pas abouti, pour raison X ou Y. Pensez-vous que MVP ait de meilleures chances ? Et si oui, qu'est-ce qui nous différencie d'autres projets ?

D'après ce que je perçois, MVP est différent des structures de recherche classiques, qu'elles soient institutionnelles ou universitaires, parce que c'est un consortium international qui s'est donné un objectif avec des moyens et des partenaires qui l'accompagnent – notamment un groupe d'experts scientifiques qui conseillent le projet. Cette approche est essentielle. Deuxièmement, MVP est neutre et n'est pas intéressé par un profit quelconque. Vous ne voyez que l'épidémie, la population. Il n'y a pas d'autre motivation. Cela, c'est sain ; cela marche. Le fait d'avoir l'OMS avec vous nous rassure, parce qu'au ministère de la santé publique, quand l'OMS est impliquée quelque part, nous sommes rassurés. Puis, j'ai aussi regardé le parcours des responsables scientifiques de MVP, comme celui du docteur LaForce ; j'ai discuté avec mes collègues américains et je sais que c'est quelqu'un de compétent, quelqu'un qui est apprécié, quelqu'un qui a une sincérité scientifique ; et donc le personnage est rassurant. Il ne faut pas oublier que mon avenir a deux pentes. Je suis un jeune chercheur et si je fais une erreur et me laisse entraîner par quelqu'un qui n'a pas de crédibilité ... je suis cuit, donc je fais attention aussi. Cette démarche communautaire utile, sans préjugé ou sans autre volonté que de rendre service à la population, fait la particularité de MVP. Vous envisagez d'avoir un vaccin disponible en 2008-2009, mais vous êtes d'accord de tenir compte de la protection du sujet humain et de ne pas brûler les étapes. Le fait de nous écouter montre qu'il n'y a pas que la vitesse qui vous intéresse, il y a la qualité. C'est cela aussi que j'apprécie. Et je vois que MVP a la volonté de suivre les recommandations du PAG. Hier, lors de l'atelier sur l'introduction du vaccin, j'ai vu l'engagement du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (OMS/AFRO) pour le projet et cela rassure. Je pense que l'on ne pourra rien faire sans l'engagement d'OMS/AFRO, du directeur de la Division de la lutte contre la maladie et de tout le personnel AFRO. Il y a cette stratégie, aussi, que vous êtes en train de bâtir : ce n'est pas seulement un projet de recherche qui doit donner un produit, vous avez déjà planifié l'utilisation du vaccin. Le fait d'avoir tous ces partenaires me donne l'assurance que vous êtes sur le bon chemin.

Vous avez vécu des épidémies de méningite. Quels souvenirs en gardez-vous ?

La première épidémie de méningite, j'étais en 6^e année fondamentale à Koro et j'ai été frappé par le nombre d'élèves atteints. Certains en ont gardé des séquelles. Le premier mois où j'ai pris mon poste de médecin à Sélingué, la première épidémie à laquelle j'ai eu à faire face, c'était la méningite. Je me souviens être allé dans le village et avoir trouvé des gens qui étaient comateux. J'ai fait des ponctions lombaires, j'ai posé le diagnostic et fait des injections de chloramphénicol (solution huileuse). Pour le village, c'était le miracle. C'était mon introduction et mon acceptation.

Vous pouvez décrire ce qu'est une épidémie de méningite dans un village où l'accès aux soins est difficile ?

Maintenant, au Mali, quand il y a un ou deux cas dans un village, on sait tout de suite ce que c'est. Le service de la santé est averti et c'est transmis. Une épidémie de méningite c'est une situation de panique, tout le monde panique dans le village, car on sait que c'est grave,

que tout le monde peut l'attraper. Cela fait plus peur que les autres maladies. Quand vous avez 2 ou 3 cas de méningite, tout le monde est au courant et les gens ne viennent plus au marché. Les gens des autres villages ne viennent plus chez vous, il y a une situation de quarantaine qui se crée automatiquement pour essayer d'interdire votre camp.

Il y a parfois des croyances locales associées à la méningite, comme par exemple au Burkina Faso où l'on dit que les mangues non lavées par la première pluie sont à l'origine de la méningite. Retrouve-t-on ce type de croyances au Mali ?

Dans le village, chez nous, il y a beaucoup de gens qui ne mangent pas les mangues tant que les premières pluies ne sont pas tombées (les pluies de mangue). Mais ceci n'est pas associé aux épidémies de méningite. Comme les épidémies sont cycliques, il y a tout un système de protection dans nos villages au Mali : chaque année, on fait des sacrifices d'animaux pour protéger le village. Cela peut être un bœuf. Selon les prévisions, on protège un village en égorgant un bœuf pour chasser ce mauvais air qui amène la méningite.

C'est énorme, un bœuf, pour un village. C'est un gros sacrifice !

Cela vous montre jusqu'où cela va, chez nous. C'est la pratique courante dans mon village. D'autres pratiques familiales sont issues de la médecine coloniale : maintenant nous savons que chaque fois que le mois de mars arrive, les vents du Sahel commencent à venir, alors on met systématiquement dans les narines des enfants de l'huile ou du beurre de karité ou de l'huile goménolée. Cela protège les muqueuses et c'est pour cela que c'est devenu une mesure sanitaire.

Les prévisions, elles se font comment ?

Il y a des observateurs, des sages qui disent : "Cette année, faisons attention, il y a tel ou tel air mauvais qui va amener une épidémie de rougeole, une épidémie de méningite." Ils prévoient en fonction de la température, du vent des sables, etc. et ils commencent à faire des sacrifices. Les marabouts se mobilisent et souvent on commence à préparer des grigris pour faire porter aux enfants. Du coup, la population sait que ce mauvais air circule de manière cyclique, et d'un moment à l'autre, cela peut frapper un village. On fait des sacrifices vers février-mars pour protéger contre ce mauvais air qui pourrait amener des épidémies.

Ces observations sont faites sur base de quoi ?

Il y a des géomagiciens qui tracent des choses sur la terre, et ils posent des questions au renard pâle. Le renard pâle est un animal mythique, c'est un petit animal qui est dans le Sahel et qui sort la nuit de son terrier. Vers 6 heures du soir, les vieux tracent des rectangles sur le sol et posent des questions. Ils mettent des graines d'arachide, parce que le renard pâle aime cela, et l'animal sort le soir, et laisse des empreintes. Très tôt, vers 6 heures du matin, le vieux géomagicien regarde les empreintes laissées par le renard et il lit à partir de cela l'avenir du village. Quand il sent qu'il peut y avoir un grand malheur, comme les épidémies, il prescrit de faire un sacrifice. C'est une prescription, comme une ordonnance. Cela peut aller du mouton jusqu'au bœuf en fonction de la grandeur du malheur. Et c'est comme cela que les villages sont protégés.

Vous vous souvenez d'avoir fait de gros sacrifices en 1996 [année de la plus grosse épidémie de méningite en Afrique] ?

Absolument. Plus que d'habitude. Mais il y a d'autres choses aussi. On peut dire, cette année, toute la famille un mercredi doit préparer le haricot, le manger, et le partager, puis faire des bénédictions pour chasser le mauvais sort du village. Le village n'est pas laissé à

lui seul. On essaie d'imaginer toutes les épidémies possibles, et il y a une attitude préventive par rapport à cela. C'est pour cela que le vaccin est accepté. Cela fait partie de l'attitude préventive. Les gens ne s'enfuient pas quand on va vacciner contre la maladie dans les villages. Tout le monde sort avec les enfants parce qu'il y a quelqu'un qui a dit : “Il va y avoir le mauvais sort, et le mauvais sort qui amène les épidémies sur les enfants c'est la méningite, ou c'est la rougeole, et tous les enfants sont appelés à se faire vacciner.” C'est pour cela que le taux de couverture vaccinale est très élevé. Il n'y a personne qui échappe dans le village quand vous vaccinez contre la méningite.

Les gens pensent que le vaccin empêche la maladie de s'installer ?

Non. Pour eux, ce n'est pas le vaccin qui éloigne la maladie. Pour eux, il y a un mauvais sort qui a atteint le village et quand le service de santé vient en disant : “Nous venons pour la méningite ou pour la rougeole”, alors cela fait partie des éléments de réponse. C'est la réponse qu'on attendait. Il y a une mobilisation totale. Personne ne reste dans le village. Quand vous voyez les gens se bousculer quand nous venons pour faire le vaccin contre la méningite, c'est incroyable. On répond à un besoin.