

LE SERVICE PUBLIC DE SANTE ET SON DOUBLE A BRAZZAVILLE

Elisabeth DORIER

Le système de santé de la République Populaire du Congo est exclusivement étatique : l'exercice libéral de la médecine y est interdit. Les seules formations sanitaires privées autorisées à Brazzaville sont deux dispensaires de l'Armée du Salut et un petit centre Kibanguiste, en partie autofinancés par les cotisations des patients, ainsi que plusieurs centres médicaux de grandes entreprises, très bien équipés, mais d'accès réservé aux proches familles des salariés, qui à cet égard sont figures de privilégiés. La majeure partie de la population de la capitale (600.000 habitants) dépend donc en principe uniquement des dispensaires publics, où la gratuité est de règle, mais où les conditions d'accueil sont pénibles et le manque de médicaments chroniques. En réalité, comme dans les autres métropoles africaines, l'offre thérapeutique est caractérisée à Brazzaville par une multiplicité des recours possibles, qu'ils soient «traditionnels» ou modernes, publics et officiels, ou privés et semi-clandestins, et ce, en dépit de la législation.

Un secteur «informel» de la santé

Cette étude s'est intéressée au dense réseau des officines privées qui constitue dans les quartiers un véritable secteur «informel» de la santé. L'attitude du ministère de la santé face à l'incontestable épanouissement de cette pratique sanitaire illégale, revêt une certaine ambiguïté. Quelques médecins ont reçu, individuellement le droit d'exercer à titre libéral : quelques petites cliniques privées, et cabinets dentaires fonctionnent ainsi dans la capitale à côté du dispositif officiel. D'autres cabinets privés, sans aucune reconnaissance officielle, bénéficient d'une reconnaissance tacite dans les faits, au point que la consultation de certains d'entre eux (spécialistes) est remboursée par des services sociaux d'entreprises publique.

Dans tous les autres cas, la pratique en vigueur est une large tolérance, qui n'exclut cependant pas quelques contrôles sporadiques, en général à la suite d'accidents survenus lors d'avortements clandestins. A cette occasion, le responsable des faits, mais

aussi quelques infirmiers des environs, notoirement inqualifiés ou... trop bien équipés voient leur matériel saisi et sont passibles d'emprisonnement. Trois des praticiens recensés dans les quartiers est de Brazzaville, avaient été victimes de telles saisies l'un est en fuite, l'autre en prison.

La crainte de ces contrôles est générale, aussi les infirmiers font-ils tous preuve d'une grande discrétion dans leur installation : aucun signe extérieur ne permet de la déceler de la rue, si ce n'est la présence d'un groupe de malades dans la parcelle. Les bonnes adresses se communiquent de bouche à oreille à l'intérieur des quartiers, et la méfiance est fréquente à l'égard de l'enquêteur, souvent pris pour un agent du ministère. Malgré ces difficultés, 79 «infirmiers» ont pu être recensés dans une partie des quartiers est de la ville, qui regroupe environ 170.000 habitants. Même s'il ne donne qu'une idée incomplète de la réalité ce nombre est déjà considérable venant s'ajouter à ce lui des agents de santé des dispensaires. Du fait de sa semi-clandestinité, ce réseau sanitaire parallèle est d'une assez grande hétérogénéité de par le niveau de qualification de ses praticiens, et l'état de leur installation matérielle.

La moitié des soignants recensés travaillent le matin dans les formations sanitaires officielles. Les autres exercent en permanence leur activité de quartier, qui constitue leur source de revenu principale. Parmi les agents de santé du secteur public, on trouve seulement une douzaine de médecins et assimilés (assistants sanitaires exerçant fréquemment les responsabilités courantes d'un médecin dans les dispensaires). Plusieurs d'entre eux sont associés en cabinets de groupe. Tous attendent avec impatience la libéralisation de la médecine, dont on sait le projet en cours au ministère, et son corollaire, une réglementation qui, du fait de leur qualification, conforterait leur position au sein du nouveau système. Ces soignants qualifiés sont plus nombreux dans les quartiers populaires les plus anciens, les plus fréquentés, et les mieux desservis de la cité (les plus proches du centre ville). Quelques rares infirmiers diplômés d'Etat, parmi les autres salariés des formations publiques : mais la plupart sont simples infirmiers brevetés, aide-soignants, agents techniques de santé (1). Ils exercent à domicile l'après-midi et le dimanche, après leur service... et grâce au matériel et aux produits empruntés à ce «service».

Le groupe des «infirmiers» permanents est composé d'une douzaine d'agents de santé retraités : à l'exception de quelques élèves infirmiers en cours de scolarité, les autres ont acquis leurs connaissances pratiques hors des filières officielles de formation. Une partie d'entre eux prétend aussi avoir suivi un enseignement théorique au Zaïre - assertion bien entendu impossible à vérifier : «le Zaïre» n'est-il pas à Brazzaville la référence, le mythe et l'alibi qui justifie toutes les approximations ?

Certains enfin ont appris le métier par apprentissage chez un praticien âgé possédant, sinon toujours une qualification théorique «orthodoxe», au moins une longue expérience. Une dizaine des praticiens enquêtés sont dans ce cas : aussi bien «vieux»

(1) Ces agents auxiliaires exercent d'ailleurs, dans les dispensaires du service public, des responsabilités sans commune mesure avec leur formation théorique : affectés à la réception des malades (triage), ils sont en pratique chargés de la plupart des diagnostics et des prescriptions, seuls les cas jugés délicats étant confiés au médecin.

infirmiers aujourd'hui autonomes, naguère instruits de leur métier selon cette filière, et entretenant parfois eux-mêmes des apprentis, que des jeunes en cours de formation. L'entrée en apprentissage se déroule selon une procédure codifiée par la coutume, comme dans toute autre branche de l'artisanat. La décision d'entrée en apprentissage est l'affaire du père ou de l'oncle maternel, qui prend contact, directement ou par l'intermédiaire de relations communes, avec le patron pressenti. Celui-ci est invité à présenter ses conditions : 30 000 francs, une dame Jeanne de vin rouge, deux coqs de village et deux gros pains de manioc pour cet infirmier breveté retraité, qui exerce aujourd'hui avec l'aide d'un «petit». Les cadeaux en nature ont été fournis par le père, mais l'oncle maternel a assumé la moitié de la charge financière, relativement modérée du fait de l'ancienneté des relations entre «vieux Jean-Baptiste» et la famille de son «petit». En apprentissage depuis maintenant deux ans, le futur «infirmier» espère un jour exercer à son compte... lorsque son patron le jugera prêt : la tentation est évidemment grande pour le formateur de conserver le plus longtemps possible une aide précieuse et gratuite, voire à l'occasion de colisenvoyés du village par la famille de l'apprenti, rémunératrice. M. Ralf, aujourd'hui installé à son compte, est ainsi demeuré pendant huit années chez son maître jusqu'à ce que celui-ci, accusé d'exercice illégal de la médecine, soit emprisonné quelque temps. C'est à la suite de cet interim forcé que M. Ralf fut autorisé à voler de ses propres ailes, non sans vouer aujourd'hui, au moins ouvertement, respect et soumission envers celui qui fut pour lui plus qu'un employeur.

Si la plus grande partie des infirmiers permanents exerce sans aucune qualification sanctionnée par un titre officiel, ce secteur «informel» de la santé possède donc structurellement les moyens de se perpétuer et de se développer, grâce à un système interne de formation dont la valeur demeure socialement reconnue.

Comme leur niveau de compétence, la qualité de l'installation de ces praticiens est très inégale. Elle se veut souvent un indice de crédibilité? et constitue en tous cas une bonne indication de la rentabilité de cette activité.

L'installation est parfois très sommaire, voire nulle dans le cas de cet infirmier ambulancier, trousse en bandoulière, qui offre des services à travers les quartiers. De nombreux praticiens, en particulier les agents des dispensaires, exercent tout simplement dans l'une des pièces de leur domicile, où sont stockés quelques médicaments, des seringues, un réchaud. La plupart des infirmiers permanents, en revanche, travaille dans un petit cabinet, de taille souvent réduite (2 m sur 3), équipé, de surcroît, d'une table et d'un matelas où s'allongent les patients sous perfusion. Mais certains investissent dans leur installation. C'est le cas des retraités, qui, petit à petit, ont mis leur fierté à recréer chez eux un mini dispensaire, comme celui-ci : un cabinet d'attente meublé de bancs, orné de planches anatomiques extraites d'un manuel scolaire; dans la chambre d'examen, fermée par un rideau, d'anciennes affiches autrefois prélevées au dispensaire vantent les mérites d'un sirop multivitaminé, du petit matériel astiqué, peut-être un stéthoscope, mais, surtout un cachet personnel garantissant l'authenticité des ordonnances. L'«infirmier» ainsi équipé n'est peut-être en réalité qu'un aide-laborantin : sa pratique y gagne sans conteste en sérieux et en crédibilité.

Les cabinets bien aménagés de certains médecins, ou même de simples praticiens sans formation théorique, permettent d'évaluer la rentabilité de leur activité : M. Joseph formé au «Zaïre», et qui a exercé à domicile avec succès pendant plusieurs années, a aujourd'hui déplacé son cabinet permanent dans une maison spécialement louée à cet effet. Le loyer dépasse 15 000 F/mois (le SMIC est de 25 000 F mensuels environ). Tel assistant sanitaire généraliste retraité exerce encore aujourd'hui dans un appenti accolé à son domicile, avec l'aide d'une infirmière salariée à plein temps, mais deux cabinets de consultations vitrés flambant neufs, bientôt en service dans la parcelle, permettront d'y accueillir un associé, spécialiste. Deux taxis, acquis récemment, grâce aux honoraires perçus, viennent compléter des revenus journaliers selon toute apparence déjà confortables. Il n'est pas rare en effet, pénétrant dans la cour, de rencontrer là une dizaine de patients attendant leur tour, adultes et enfants.

Le taux moyen de fréquentation des infirmiers de quartier (tenant compte des inégalités de clientèle entre les praticiens) peut s'établir à 3 nouveaux cas par jour au moins soit plus de 65 000 nouveaux cas chaque année pour l'ensemble des officines recensées dans la zone d'étude : trois fois la clientèle d'un dispensaire de taille respectable à Brazzaville. Ce réseau sanitaire tient donc une place de réelle importance dans le fonctionnement du système de soins de la capitale : tout malade est susceptible d'y avoir un jour recours. En effet la pratique de l'infirmier privé n'exclut nullement celle du dispensaire. Les patients, pour la même maladie, effectuent couramment le va-et-vient entre les deux structures : le choix final du praticien de quartier peut-il seulement résulter d'une appréciation négative du service public ? C'est aussi, semble-t-il, la nature même des prestations offertes par ce «secteur informel de la santé», particulièrement adaptées à la demande des patients qui motive l'ampleur de sa clientèle.

Un service adapté aux besoins de la population

Les tarifs

Lorsqu'il quitte le dispensaire public, le malade est généralement muni d'une ordonnance généreuse, dont les frais sont entièrement à sa charge, s'il ne fait partie des salariés privilégiés quelque entreprise privée. Il n'est pas toujours simple de réunir, faisant éventuellement appel à des contributions familiales, les quelques milliers de francs nécessaires à l'achat des produits prescrits. Si la consultation est payante, elle permet en revanche un règlement fractionné des frais du traitement, plus adapté à la structure des revenus non salariés. L'infirmier, qui possède une petite réserve de médicaments, en administre lui-même la dose journalière dès la première visite, et ce jusqu'à la fin du traitement. Le patient acquitte à chaque fois une somme de 500 à 900 francs pour la consultation et les produits.

Ce service de distribution des médicaments au «micro-détail» -en définitive préférable à l'achat de comprimés en vrac sur le marché, si le soignant possède un minimum de compétence pratique- permet donc au malade de n'acheter que la quantité de produits réellement utilisés. Pour satisfaire son client, l'infirmier doit donc calculer au plus juste la durée du traitement : «il doit s'arranger pour accabler rapidement la maladie, sinon

mieux vaut aller à l'hôpital payer l'ordonnance». La variable économique constitue donc une motivation importante pour la fréquentation des officines de quartier : on s'adresse parfois successivement à plusieurs d'entre elles avant de trouver le traitement le moins cher.

Mais les tarifs ne sont pas toujours aussi modiques, et ne suffisent pas à expliquer l'importance du recours : ils ne concernent que les traitements par voie orale. Des actes très courants tels que les injections, et surtout les perfusions sont plus onéreux. La perfusion pratiquée systématiquement en cas de «Palu ++» (sic) est facturée en moyenne 5 000 francs pour un adulte, or le traitement habituel en comprend trois. De plus lorsque l'infirmier se trouve à court de produits, le montant d'une ordonnance classique vient s'ajouter au prix de la consultation : pourquoi la préférer à celle du dispensaire ? Enfin, les honoraires perçus par les médecins et assimilés, en principe justifiés par leur haut niveau de qualification, atteignent des sommes assez élevées : 2 000 à 2 500 francs la consultation, 10 000 francs pour une perfusion chez un assistant, (dignitaire de l'église protestante, qui recrute principalement sa clientèle parmi ses fidèles). Dans ces conditions, le taux de fréquentation des praticiens privés, qui s'élève régulièrement en fin de mois lors du versement des salaires semble d'abord motivé par la qualité de leurs prestations.

Disponibilité et accueil de qualité

Contrairement au dispensaire qui ne fonctionne normalement que le matin, les infirmiers privés, disponibles en permanence en cas d'urgence s'ils exercent à leur domicile, reçoivent aussi le dimanche et l'après-midi. Les quelques malades, qui attendent en conversant dans la cour ou dans un cabinet aménagé à cet effet, sont des voisins du quartier, ils connaissent leur infirmier et sont ainsi assurés de la qualité de son accueil et surtout de l'immédiatement des soins effectifs. Au dispensaire, le malade a l'impression d'être «trop examiné mais jamais traité» : «on voudrait d'abord être soulagés, la visite viendra après». La longue attente dans les cours et les halls bruyants se solde souvent, lors d'un passage anonyme et pressé, voire expéditif, au triage, par la prescription d'examen préalables, dont l'exécution retarde d'autant le début du traitement.

Immédiateté des soins

Or on ne «consulte» pas pour savoir de quoi l'on souffre (1), mais bien dans l'espoir, toujours renouvelé, surtout en période de budget difficile, de recevoir gratuitement les médicaments et les actes qui résoudront les troubles douloureux. Les examens, le diagnostic lui-même comme l'ordonnance qui les suit, sont alors considérés, non comme des outils de la guérison, mais comme des obstacles au traitement : les patients repartent les mains vides, avec le sentiment d'être floués, et de n'être l'objet d'aucune considération de la part du personnel soignant : «tu vas en état de souffrance, et on te met directement sous ordonnance».

(1) Alors que dans le système d'interprétation traditionnel de la maladie, la recherche de la cause -par le féticheur- a une véritable pertinence thérapeutique pour le malade et sa famille.

C'est alors que le malade choisit parfois de s'adresser à l'infirmier de quartier, dans un simple souci pragmatique d'efficacité : engager rapidement le traitement. Pour l'infirmier comme pour son patient, peu importe au fond la phrase diagnostique, et peu importe au malade le niveau de formation théorique du soignant : son rôle est de mettre aussitôt en oeuvre un traitement des symptômes, et de bien accomplir les actes qu'on attend de lui : pansements, injections, perfusions, etc... On lui confie même souvent l'administration d'un traitement prescrit au dispensaire, alors que celui-ci pourrait y être exécuté gratuitement. C'est qu'à la différence de son collègue du dispensaire, le praticien privé ne «néglige» pas ses clients : «on soigne bien, c'est payant», expliquent les malades interrogés. La gratuité du dispensaire, souvent synonyme de soins médiocres est alors réservée aux périodes de difficultés pécuniaires.

Quant aux analyses médicales, elles sont de part et d'autre considérées comme un luxe peu utile, mais conférant à celui qui les pratique une certaine crédibilité. Le simple fait de posséder un microscope est un gage de respectabilité apprécié des malades comme des infirmiers. Bon nombre de soignants déclarent pratiquer les examens courants : le matériel est parfois fictif, les petites sommes perçues à cette occasion, elles, ne le sont pas. Certains d'entre eux, en particulier les retraités du service public, effectuent incontestablement ces travaux -mais toujours après le début de la cure. On peut ainsi, pénétrant dans la parcelle de M. David, apercevoir sur le rebord de la fenêtre une rangée de lames colorées qui sèchent au soleil, et sur le muret du puits, dix petits sachets de feuilles de bananier contiennent des échantillons de selles... tous les patients sont depuis longtemps sous traitement.

La pratique de l'infirmier de quartier est aussi motivée par le souhait de modes précis d'administration des produits, en particulier lors d'un cas de paludisme, qui constitue un motif de consultation important. L'un des patients rencontrés dans une officine des quartiers nord vit à une vingtaine de kilomètres de Brazzaville. Il vient de quitter le dispensaire, muni de chloroquine et d'une ordonnance : «l'organisme des africains, avec les comprimés, ça ne tient pas». Les autres malades renchérissent : «on a toujours voulu être injecté, la visite viendra après», «contre le palu, il faut seulement la perfusion» - appelée familièrement, car elle fait ici partie du quotidien la «perf», injection et perfusion sont deux actes indispensables qui signent la guérison. Dans bon nombre des infirmeries visitées, même les plus exiguës, un ou deux malades allongés, atteints de «palu ++» ou de «fatigue générale» recevaient la médication de cette manière. On peut s'interroger sur cet engouement : résultat de vieilles habitudes acquises, ainsi que l'affirment les personnes interrogées, à une période -mythique ?- où l'abondance régnait à l'hôpital, et dans les dispensaires des missions ?

Préférence liée à une représentation culturelle locale de l'efficacité du médicament selon son mode d'ingestion ? L'injection est parfois comparée aux méthodes traditionnelles à base d'incisions : «c'est fort», on sent tout de suite que ça te chauffe le corps», «aussitôt après, le corps repose» : la sensation physique, la douleur ressenties au moment de l'administration sont les gages de l'entrée en action du produit traitant.

Quels qu'en soient l'origine et les ressorts psychologiques, cette marque de préférence

mérite d'être prise en compte puisqu'elle joue un rôle déterminant dans le recours thérapeutique, au sein même du secteur de soins «modernes». D'une manière générale, les éléments d'appréciation subjective de l'efficacité des produits tiennent, tout comme dans nos pays d'abondance, à leur conditionnement, la présentation de leur étiquette, la résonance de leur nom. Les critères d'économie et de stricte utilité des produits distribués gratuitement par les dispensaires, qui sont prônés par tous les programmes de santé publique, et en particulier les projets de soins de santé primaires, s'ils n'emportent pas l'adhésion des infirmiers, ni la confiance des malades (souvent prêts, à Brazzaville, à payer plus cher un traitement selon leur goût), méritent donc d'être remis en cause.

Le praticien, lorsqu'il fournit les produits, garde souvent secret le contenu de la perfusion. Aussi la guérison est-elle souvent ressentie comme une victoire que l'infirmier remporte sur la maladie : celle-ci est dite «abattue» ou «accablée»; quelques soignants sont même réputés pour leur succès face à certaines affections, comme la rougeole. Autant qu'au simple effet d'une médication appropriée, c'est à la «force» personnelle du praticien que sont attribués ces succès, et cette force fait sa réputation. Les conceptions de la maladie et de l'intervention thérapeutique qui informent le recours aux infirmiers de quartiers oscillent donc parfois entre les notions biomédicales «modernes» -dont tous ces soignants se réclament- et des représentations culturelles locales de type «traditionnel» (le pouvoir du thérapeute sur le mal).

La complémentarité des soins modernes et «traditionnels»

L'unique terme de «médecine traditionnelle» sert souvent à désigner des réalités thérapeutiques différentes et en évolution (qui ont en commun d'échapper à la sphère biomédicale et scientifique) confondant ainsi techniques médicinales, interprétations divinatoires et pratiques magiques, thérapies religieuses et mystiques, dont les manifestations foisonnent en milieu urbain. Par précaution, et comme ce n'est pas le lieu ici de le discuter, ce terme sera employé entre guillemets.

Une quinzaine des infirmiers rencontrés associe d'ailleurs dans leur pratique soins modernes et «traditionnels». Certains ont simplement appris, par un enseignement scolaire ou des lectures, l'usage de quelques plantes médicinales. Sur l'étagère de M. Ralf, initié, lors de son long apprentissage à la confection de médicaments «traditionnelles», des flacons de préparations végétales voisinent avec les ampoules de quinimax et les sirops multivitaminés. Le traitement d'une diarrhée infantile associe systématiquement lavement «traditionnel» et perfusion de glucose et de «remontant». D'autres infirmiers collaborent en permanence, dans la même parcelle ou une parcelle voisine, avec un guérisseur; il arrive aussi que l'infirmier «moderne» soit lui-même guérisseur, voire même doué de divination, de nature néotraditionnelle, par don familial, ou mystique, par révélation.

M. Thomas, assistant sanitaire retraité de l'hôpital général, exerce dans sa propre parcelle avec l'aide de deux à trois infirmiers et de son épouse, laborantine dans un grand dispensaire. Il soigne bien sûr les «maladies modernes» mais aussi, grâce à un don transmis par son père, pasteur protestant et «guérisseur sprite», les affections tradition-

nelles. Sa double compétence, qui lui vaut une clientèle abondante, l'autorise à effectuer lui-même la sélection parmi ses patients, déterminant tout d'abord la nature de la maladie, associant le cas échéant les deux thérapies pour venir à bout de certains symptômes récalcitrants. Quoiqu'il s'en défende, et prétende limiter son intervention à l'usage raisonné de plantes médicinales, M. Thomas pratique aussi une forme de divination néotraditionnelle; mais son discours affecte en permanence une phraséologie de type scientifique, rejetant par principe tout aspect magique, attitude qui atteste une tentative d'ajustement et la difficulté pour l'infirmier-guérisseur de définir sans tautologie et son identité entre deux pôles en principe opposés.

Sa qualification biomédicale vient en quelque sorte seulement compléter une vocation familiale préalable à soigner, qui se manifeste aussi à travers la fréquence des activités sanitaires de tous ordres parmi les parents les plus proches : outre son père et lui-même, sa nièce est spirite dans le quartier voisin; un frère et un cadet médecins fonctionnaires, son épouse, et deux de ses fils infirmiers.

Enfin, son propre oncle maternel, infirmier breveté retraité, exerçant à titre privé le matin dans le même quartier a reçu en 1977, en sa qualité de fidèle de l'Eglise protestante, le don d'intercéder par la prière pour la guérison : «Si le traitement moderne (du matin) ne tient pas, je les envoie à l'église». A l'église, trois après-midi par semaine, M. David se joint à une communauté thérapeutique de fidèles ayant comme lui reçu un don spirituel, et accueille individuellement de nombreux malades dont il contribue à résoudre les troubles. La paroisse délivre aussi, en complément, des médications à base de plantes, dont l'efficacité est considérée comme réelle, mais subsidiaire face à la prière des intercesseurs, et la protection de la communauté.

L'association entre médecine scientifique et thérapies non «modernes», de type néotraditionnelles ou mystiques est aujourd'hui en cours d'institutionnalisation au Congo, par le biais des Eglises officielles (Eglise évangélique), ou d'émanations du Parti Congolais du Travail (Union nationale des tradipraticiens congolais, qui vient de créer un dispensaire public de médecine «traditionnelle», au sein du ministère de la santé). Mais cette institutionnalisation passe par le refus de principe de considérer le pan non rationnel des soins traditionnels (tenus officiellement pour l'usage pur et simple de plantes médicinales à l'exclusion de tout aspect magique).

Au contraire, sur le terrain, ces deux exemples attestent la fréquence des interférences entre les niveaux d'interprétation (nature, cause et sens de la maladie), et de cure (biologique, médicinale, magique, religieuse) qui n'entrent nullement en contradiction, mais sont admis dans leur complémentarité, aussi bien des praticiens de formation biomédicale que de leurs patients.

Par la dispersion géographique des officines dans les quartiers, qui dispense les patients des longs trajets matinaux et des attentes, la personnalisation des rapports qu'entretient l'infirmier avec ses clients dans une conception commune du rôle du soignant, le réseau parallèle des praticiens clandestins répond bien au besoin d'une médecine de voisinage, que le dispensaire, même bien équipé, n'est pas à même -et n'a pas vocation- d'assurer.

Or, la négation de principe de ce secteur d'activité sanitaire entraîne non seulement un manque total de réglementation (qui permet à des praticiens de compétences très diverses d'ouvrir une officine), mais aussi son absence de prise en compte dans la programmation de santé publique.

Du fait de la clandestinité, et du charlatanisme notoire de certains d'entre eux, tous ces praticiens sont soumis à une présomption d'incompétence radicale de la part du système sanitaire officiel. Ils représentent pourtant un potentiel humain dynamique, bien implanté dans les quartiers et qui dans son mode actuel d'activité «intersticielle» mériterait d'être prise en compte positivement par une politique cohérente de formation d'agents de santé de voisinage, et non dans la seule optique de réglementation et de répression, au demeurant illusoire dans le contexte brazzavillois : mais une évolution semblable est-elle possible ?