

DE LA DIVERSITE DES ITINERAIRES THERAPEUTIQUES EN VILLE :
NECESSITE DE LES PRENDRE EN COMPTE
DANS UNE PERSPECTIVE EPIDEMIOLOGIQUE

Gonzague JOURDAIN * et Auguste BILONGO-MANENE **

* ORSTOM

** Hôpital Général de Brazzaville - Service de Psychiatrie

L'étude des itinéraires thérapeutiques est une préoccupation récente pour ceux qui s'intéressent aux problèmes de santé publique et aux systèmes de soins. Pour commencer, nous essaierons donc d'en proposer une définition dans une perspective de santé publique, et nous signalerons les disciplines qui sont ou qui devraient être concernées tant par les méthodes employées que par l'analyse et la compréhension des résultats.

1. CONSIDERATIONS GENERALES

Les itinéraires thérapeutiques ne sont qu'exceptionnellement réduits à une seule étape: habituellement, il s'agit d'une séquence de demandes qui se rapportent explicitement à un but: mettre un terme à l'épisode jugé anormal ou dangereux. Ces demandes, formulées de façons diverses, s'adressent à des personnes ou à des institutions qui, elles-mêmes, ne se définissent pas toujours comme des "soignants": nous utiliserons les termes de "recours" ou de "recours thérapeutique" pour les désigner, puisqu'il peut s'agir, en dehors des diverses personnes dont la fonction explicite est de soigner, de parents, d'amis, d'autorités morales ou religieuses, etc., constituant le système complexe qui est l'objet de notre étude. Nous désignerons la séquence de ces recours par le terme "itinéraire thérapeutique".

L'étude de ces itinéraires se donne pour objectif non seulement de décrire ces itinéraires, en fonction des orientations, ré-orientations et aiguillages auxquels ils sont soumis, mais surtout d'en repérer les paramètres déterminants et la logique sous-jacente.

D'emblée, précisons que l'itinéraire thérapeutique ne se réduit pas à l'anamnèse que le "bio-médecin" fait avant même d'examiner un patient : en effet, le médecin cherche, en reconstituant l'histoire de la maladie, à ne recueillir que la séquence des symptômes plus ou moins explicites pour les intégrer dans la suite logique du "discours" bio-médical: rappelons ici

que le discours bio-médical a pour objet la maladie et non le malade, et permet ainsi de raisonner sur des entités cliniques ; la maladie est conçue par la médecine hippocratique comme séparée du malade, ce qui la distingue généralement des autres médecines (Clavreuil, 1978).

Mais, quelle que soit la personne à laquelle la demande s'adresse, il faut qu'elle soit "signe", c'est-à-dire qu'elle prenne sens dans son "discours" pour être prise en compte. Ceci est vrai, en particulier, pour le "bio-médecin".

Ainsi, dans sa démarche diagnostique et thérapeutique, il semble logique que le médecin ne prenne pas en compte les conflits personnels ou familiaux du "malade" ou les interprétations que le patient et son groupe social ont pu faire de la maladie. De même, les motivations diverses qui ont conduit le patient à consulter n'entrent pas, en tant que telles, dans le discours bio-médical.

Et pourtant, la "maladie", ainsi définie, ne représente pas toujours le principal motif du recours à un médecin: nous évoquerons l'agacement de certains médecins face à une demande déguisée d'arrêt de travail, ou face à l'hystérique qui formule pourtant bien, elle aussi, une demande, mais d'un autre "ordre".

Aussi, dans la pratique, la tentative d'attribuer une place distincte aux notions apparemment claires de "malade" et de "maladie" s'avère bien difficile, puisque le médecin, en tant que personne à qui s'adresse la demande, est toujours impliqué personnellement, qu'il le veuille ou non, dans sa relation avec celui qui la formule. Les psychanalystes l'ont montré en Occident lorsqu'ils ont essayé d'analyser, et même de "contrôler", la relation "médecin-malade" (BALINT). Ceci implique que le "bio-médecin", même s'il s'y efforce, ne peut pas s'en tenir au seul discours médical dans sa pratique clinique.

Dans notre travail, nous nous plaçons donc délibérément au-delà du cadre de la médecine clinique, en prenant en compte d'autres paramètres que les seuls paramètres médicaux pour aborder l'étude de la relation des patients ou de leur entourage avec leurs thérapeutes.

2. POUR UNE ETUDE DES ITINERAIRES THERAPEUTIQUES

Dans une perspective de santé publique, les itinéraires thérapeutiques nous informent sur tout le système de soins dont il devient alors évident qu'on ne peut en ignorer même une partie (le secteur "informel" en particulier) si on veut en comprendre la logique. L'épidémiologiste gagnerait à prendre en compte la diversité des itinéraires thérapeutiques : cette diversité rend complexe le recensement des pathologies (souvent à la base de son

travail). Mais, en ignorant ceux-ci, il risque de travailler, dans sa recherche des facteurs associés à la survenue d'une maladie, sur un échantillon non représentatif de l'ensemble des malades en question: en effet, s'il se limite aux relevés de certaines structures de soins, il ignorera les patients qui ont recours à des structures de type différent, ou il dénumbrera les mêmes épisodes en plusieurs endroits.

Sur les plans sociologique et anthropologique, les itinéraires sont l'un des moyens qui permettent de comprendre comment les individus vivent ces épisodes de leur vie dans leur contexte social. L'ensemble de ces disciplines doivent permettre de comprendre des phénomènes liés aux événements de santé, compréhension nécessaire à des décisions de santé publique adaptées.

3. DEUX EXEMPLES

Nous avons choisi, comme points de départ de l'étude de ces itinéraires à Brazzaville, deux services de soins bio-médicaux: le service des Maladies Infectieuses de l'Hôpital de l'Arrondissement de Makélékélé et le service de Psychiatrie de l'Hôpital Général de Brazzaville. Deux exemples très différents qui ont chacun une certaine spécificité urbaine.

L'épidémiologie de la rougeole est particulière en ville: la transmission y est permanente, avec des variations saisonnières et des variations liées à l'importance du nombre de sujets non encore immunisés. On dit qu'elle est endémo-cyclique. Quant aux maladies mentales, l'histoire montre que leur prise en charge par la bio-médecine a toujours émergé en ville, en dépit des velléités des pouvoirs publics qui tendent, un peu partout, à éloigner de la ville les services de psychiatrie, ce qui reflète à la fois des préoccupations hygiénistes (le "bon air" va guérir les malades) et, plus prosaïquement, des préoccupations d'ordre public souvent présentées en termes de "nuisances". A Brazzaville, par exemple, il faut rappeler que le Service de Psychiatrie a été édifié, il y a vingt ans, à la marge de la ville, plus précisément à la lisière de la forêt de la Patte-d'Oie. Ce n'est que la croissance de la ville qui fait que ce service est actuellement inséré dans le tissu urbain. Il s'agit d'un service ouvert, néanmoins assez bien toléré par les voisins du quartier.

Notre hypothèse de départ était que la rougeole, a priori connue de toutes les mères de famille, était considérée comme une "maladie" justiciable d'une hospitalisation et qu'elle donnerait lieu à des itinéraires thérapeutiques relativement stéréotypés. A l'inverse, on pouvait penser que les "maladies mentales" permettraient d'observer tout l'éventail des possibles.

3.1. Des enfants atteints de rougeole

Cette enquête a été menée dans le service de médecine infectieuse de l'hôpital de Makélékélé, en 1983 ; elle a porté sur 395 enfants hospitalisés et atteints de rougeole. L'entretien avec les mères recueillait la narration de l'itinéraire thérapeutique; d'autre part, les principaux signes cliniques de la maladie étaient relevés quotidiennement.

Tout d'abord, nous avons considéré ce qui précédait l'itinéraire thérapeutique proprement dit. Nous allons voir que cet itinéraire-là n'a, en effet rien de thérapeutique :

- 44 % avaient consulté dans un dispensaire, pour une autre raison (vaccination, médecine préventive), entre dix et quinze jours avant le début de la maladie ;
- 14 % avaient consulté entre vingt et trente jours avant ;
- 42 % ne relatent aucune consultation dans le mois précédant le début de la maladie.

Sachant que le contagion se fait dix ou onze jours avant le début des signes cliniques, ces données suggèrent le rôle possible des dispensaires dans la transmission de la maladie, dans les files d'attente qui regroupent les enfants rougeoleux et ceux qui y viennent pour d'autres motifs. Ce mode de contamination intéresserait donc un tiers des enfants hospitalisés.

En ce qui concerne l'itinéraire thérapeutique proprement dit, c'est-à-dire celui lié directement à l'apparition des signes cliniques de la maladie, nous remarquons les faits suivants.

-Tout d'abord, sa durée :
pour plus de 50 % des mères, la maladie a débuté moins de trois jours avant l'hospitalisation, et pour 86 %, moins de six jours avant.

-Ensuite, le nombre des recours thérapeutiques :
si seulement 3 % des enfants sont amenés d'emblée à l'hôpital, 17 % y viennent après un seul recours thérapeutique, 57 % après deux recours, 19 % après trois recours et seulement 4% après plus de trois recours.

-Cette rapidité est confirmée partiellement :
lorsque l'on analyse les signes cliniques, 15 % des enfants présentent encore un signe de Köplick, signe transitoire qui a ici pour intérêt de dater le début de la maladie, puisqu'il apparaît vers la trente-sixième heure et disparaît quelques jours après le début des signes cliniques (il disparaît au début de l'éruption, soit vers le quatorzième jour après le contagion) ; ces enfants (15 %) ont donc été hospitalisés très rapidement ; en

revanche, 13 % des enfants sont en période éruptive lors de leur arrivée ; mais seuls quelques enfants ont des signes de complication à leur arrivée ; en fait, le relevé quotidien des signes cliniques fait apparaître que la fréquence des complications, a, au contraire, tendance à augmenter dans les jours suivants : par exemple, on observe une augmentation du nombre d'enfants présentant une déshydratation le deuxième jour (18 % des enfants hospitalisés, au lieu de 6 % le premier jour), en dépit de la pratique de réhydratation par voie orale de ce service.

-La nature de ces recours :
parmi les personnes interrogées 11 % disent avoir consulté d'emblée un parent (le protocole de l'entretien n'avait pas prévu de relever le lien de parenté, nous y reviendrons) ; mais surtout, 85 % déclarent avoir consulté d'emblée un infirmier (ou un médecin). Les recours suivants confirment ce choix privilégié de l'infirmier ou du médecin.

Il apparaît que le recours à la bio-médecine est à la fois rapide et préférentiel. Cette rapidité relèverait d'un relatif consensus à propos de la rougeole :

- consensus sur l'objet de l'étude, l'épisode de rougeole, puisque le bio-médecin et les mères parlent bien de la même chose qui se déroule au même moment ;
- consensus sur la notion de dangerosité de la rougeole, et sur la nécessité de recourir à la bio-médecine ;
- consensus partagé par les pouvoirs publics et les organisations internationales qui, pour en diminuer aussi bien l'incidence que la létalité, ont mis en place un dispositif presque spécifique de prise en charge constitué par les dispensaires et les services de maladies infectieuses, en instituant la vaccination systématique des jeunes enfants dans le cadre du Programme Elargi de Vaccination.

Deux objections peuvent être soulevées.

La première objection sera de rappeler que ce travail a été mené en milieu hospitalier: si nous pouvons affirmer que cet échantillon de 395 enfants est représentatif des enfants hospitalisés pour rougeole dans ce service, nous ne pouvons affirmer, en raison de la méthode employée, qu'il est représentatif de l'ensemble des rougeoles dans la population des enfants de l'aire de recrutement de l'Hôpital de Makélékélé. Les enfants arrivant dans ce service, alors qu'ils en sont au stade des complications, sont assez rares, ce qui plaiderait en faveur d'une bonne représentation de la population concernée. Mais si tout porte à

croire que les enfants qui en sont au stade des complications sont, de toute façon, hospitalisés, il est vraisemblable que certains cas graves soient hospitalisés de préférence dans les services de pédiatrie de l'Hôpital Général.

La deuxième objection concerne le manque de précision à propos du lien de parenté avec le ou les parents consultés d'emblée, car ce lien de parenté aurait pu nous éclairer sur la démarche de la mère. En effet, on sait qu'à Brazzaville les mères de famille ont un réflexe très adapté qui consiste à administrer Chloroquine et/ou Aspirine, d'emblée, dès que leur enfant présente une fièvre, ou bien à consulter un infirmier. Ce traitement, utile pour prévenir l'apparition d'un accès de paludisme perniciosus (il n'existait, au moment de l'enquête aucun cas de chloroquino-résistance décrit à Brazzaville) ou des convulsions hyperpyrétiques, ne modifiera en rien l'évolution propre de l'infection virale qu'est la rougeole. Quand ce premier traitement échoue, on imagine bien l'anxiété de la mère sachant que son enfant peut contracter la rougeole, puisqu'il n'en a pas encore été atteint. Elle peut alors se poser la question de savoir s'il ne s'agit pas d'une rougeole. Rappelons ici que des troubles du sommeil, du comportement ou même des convulsions accompagnent parfois cette phase d'invasion de la maladie. Pour les jeunes mères, le recours quasi impromptu à une "maman" plus âgée et plus expérimentée, de la lignée paternelle ou maternelle, semble alors logique pour infirmer ou confirmer la suspicion d'une rougeole. En fonction de la réponse à cette question, l'itinéraire thérapeutique peut alors prendre deux directions différentes :

- "oui, c'est sans doute une rougeole" : dans ce cas, on a recours à la bio-médecine qui pourra confirmer le diagnostic de la rougeole ;
- "non, ce n'est pas une rougeole" : dans ce cas l'échec du traitement administré par la mère et les différents troubles du comportement observés renvoient à une autre hypothèse : celle d'une agression en sorcellerie (notons ici le passage du discours bio-médical à celui relatif à la sorcellerie: le signe "troubles du comportement" prend un sens tout différent selon qu'il est repris dans l'un ou l'autre discours, puisque pour le discours bio-médical, les troubles du comportement ne sont que l'expression des troubles physio-pathologiques causés par le virus de la rougeole) ; dans ce cas, l'itinéraire va prendre une autre direction : on aura recours à une personne de la famille investie du pouvoir de protéger l'enfant.

Bien sûr, les deux directions de l'itinéraire ne sont pas exclusives l'une de l'autre, et les recours peuvent toujours être multiples et simultanés ; ils répondent chacun à des hypothèses

différentes qui paraissent contradictoires dans la mesure où l'on confond les différents discours - celui de la bio-médecine et celui relatif à la sorcellerie - qui ont des fonctions et des logiques différentes. Ainsi, il est évident ici que le fait d'identifier une rougeole n'exclut pas de se préoccuper de la protection de l'enfant entré dans une période de fragilité évidente ; la question devient alors : est-ce bien une "maladie de Dieu", comme sont souvent appelées les affections simples, ou bien s'agit-il de l'émergence d'un cas de sorcellerie ?

3.2. Le service de psychiatrie

Le deuxième exemple choisi concerne les patients ayant recours au service de Psychiatrie de l'Hôpital Général de Brazzaville. Cette enquête a porté sur 63 patients se présentant pour la première fois dans ce service, en 1983. Dans la mesure où il s'agit d'un petit échantillon, la variance des résultats est assez grande ; nous ne donnerons donc que quelques résultats chiffrés pour faciliter la compréhension.

Les caractéristiques de l'échantillon ne diffèrent pas de ce que nous savons de la population générale, notamment en ce qui concerne :

- le lieu de naissance du patient ou celui des parents ;
- la durée de scolarisation et la réussite scolaire ;
- le fait de parler le français (82 %) ;
- le statut matrimonial tant des patients que de leurs parents ;
- le nombre d'enfants ;
- l'activité ou l'inactivité.

En revanche, l'échantillon comporte plus d'hommes (35/63) que de femmes (28/63), et correspond donc à la proportion de 2/3 d'hommes parmi les personnes hospitalisées en 1983. Notons que 4/5 des patients disent habiter à Brazzaville, mais qu'en fait, 1/4 sont venus habiter Brazzaville, chez un parent, en raison même de l'épisode pathologique. De plus, 9 patients (sur 63) se sont déplacés de Pointe-Noire pour se soigner : l'aire de recrutement du service de Psychiatrie s'étend en fait jusqu'à Pointe-Noire (où il n'y a pas de psychiatre).

Qu'en est-il des itinéraires thérapeutiques ? Quels sont les recours précédant l'hospitalisation ? 11 % sont venus directement à l'hôpital ; pour 66 %, entre un et trois recours ont précédé l'hospitalisation et pour 24 %, l'hospitalisation était précédée de plus de trois recours. Paradoxalement, ce n'est pas le nombre des recours qui apparaît différent, par rapport à la rougeole. Mais ils s'inscrivent dans une échelle de temps tout à fait différente : quelques jours pour la rougeole ; plusieurs mois, voire plusieurs années pour les patients s'adressant au service de psychiatrie.

De quelle nature sont ces recours ? Précisons tout d'abord que le questionnaire utilisé alors n'envisageait pas les parents comme "recours thérapeutiques". Il est cependant vraisemblable que, dans tous les cas, un ou plusieurs parents aient été consultés. Seuls 35 % des différents recours se font auprès de représentants de la bio-médecine : 12 % auprès d'infirmiers ; 23% auprès de médecins dont la spécialité n'a souvent rien à voir avec la psychiatrie. Remarquons le désaccord sur la catégorie même de la maladie de nombreux patients nous décrivent des recours thérapeutiques qui n'ont, pour la bio-médecine, rien à voir avec la maladie mentale, comme une extraction dentaire. La plupart des autres recours (environ 60 %) se font auprès de prieurs, toutes religions confondues.

Quand on essaie de mettre en évidence une logique à ces itinéraires thérapeutiques à partir de ce petit échantillon, aucun résultat statistique ne donne à l'évidence une solution. En particulier, il n'apparaît pas de séquences préférentielle dans le choix des recours. Dans cet échantillon, il apparaît que la décision de se rendre à l'hôpital n'est pas l'apanage d'un membre particulier de la famille, tandis que le recours à des soins "traditionnels" se ferait plutôt à l'instigation de la mère.

En ce qui concerne le recours au service de psychiatrie, nous avons essayé d'en comprendre les motivations. Précisons d'emblée que ce service est petit (40 lits) pour une ville de plus d'un demi-million d'habitants; dans ces conditions, on ne s'étonnera pas qu'il ne peut constituer qu'un recours minoritaire, sinon marginal à Brazzaville, par rapport au nombre important des lieux de soins "informels". Pour éclaircir les motivations, cinq questions étaient posées :

- Depuis combien de temps les troubles durent-ils ?
Les patients ou leur famille répondent dans 50 % des cas que ce n'est pas le premier épisode, ou bien considèrent leur état comme chronique: c'est pourtant, rappelons-le, la première fois qu'ils viennent dans ce service.
- Qui a décidé du recours au service de psychiatrie ?
Les réponses sont très diverses, et il est notable qu'il n'y a pas coïncidence entre ceux qui décident de la consultation et ceux désignés comme ayant le pouvoir de décision dans la famille.
- Qui a conseillé ce recours ?
Dans un tiers des cas, il s'agit d'un infirmier, ou d'un médecin, aucune figure familiale n'émergeant pour le reste des cas.

- Quelle est la raison immédiate de ce recours ?
Une réponse prédomine largement : il s'agit de l'agitation du malade dans 70 % des cas.
 - Enfin, en ce lieu de bio-médecine, nous posons la question de la cause attribuée aux troubles, et nous avons été surpris de constater que 80 % de ceux qui répondent désignent un conflit familial comme étant à l'origine des troubles.
- Ainsi, rien de quantitatif ne permet de conclure à une logique simple de l'itinéraire. En revanche, on peut dire que ces données confirment notre expérience clinique à l'hôpital:
- le premier recours se fait dans les premières heures en cas d'agitation, auprès d'un prieur qui ne se définit pas toujours comme soignant ;
 - puis un ou plusieurs féticheurs ou herboristes sont consultés ;
 - enfin, pour quelques-uns, si le problème n'est pas réglé, le recours au médecin ou à l'infirmier peut intervenir, et parfois un psychiatre sera consulté. Il est évident que pour beaucoup l'itinéraire se poursuivra après ce recours si le problème ne semble pas résolu pour la famille ou le patient.

Nous pouvons faire l'hypothèse que l'itinéraire s'explique par deux motivations différentes. La première consiste à prendre les mesures nécessaires pour calmer le patient, ce qui explique peut-être le très grand pourcentage de patients qui disparaissent du service, sans rien demander à personne, dès que se fait sentir une accalmie (rappelons que le service est ouvert en permanence et que l'isolement d'un patient même agité, est inhabituel). En second lieu, calmer le patient ne suffit pas. Il s'agit alors de régler le problème qui constitue la cause des troubles, et ce, de façon durable. Selon l'interprétation donnée aux troubles, soit a priori, soit après consultation d'un praticien traditionnel, l'itinéraire peut prendre plusieurs formes. Si la "maladie de Dieu" peut faire l'objet d'une demande de soins bio-médicaux, les problèmes de famille relèvent de la dynamique familiale, avec des réunions de famille, et l'agression en sorcellerie relève traditionnellement du féticheur dont le rôle est d'annihiler l'agresseur. Mais, à Brazzaville, le recours aux sectes religieuses peut se rapprocher du recours au féticheur, dans la mesure où la secte désigne le sorcier qui, confondu, retirera son attaque.

Les conditions économiques en ville favorisent vraisemblablement le relâchement des liens familiaux, ce qui, sans doute, explique en partie l'émergence de divers systèmes de solidarité, dont les sectes religieuses constituent une forme très répandue à Brazzaville. Leur rôle prédominant dans la prise

en charge des "troubles mentaux" est la conclusion la plus évidente de cette étude : il reste à s'interroger sur l'incidence et l'importance de l'aspect religieux de ces réseaux de solidarité particuliers.

Ainsi, si cette étude n'est pas tout à fait comparative, on remarque que, pour les rougeoles l'itinéraire est court et direct en direction de l'hôpital, en revanche les itinéraires sont plus variés et beaucoup plus longs dans le deuxième cas. Nous rapprocherons cette différence de l'absence totale de consensus concernant ce que la bio-médecine nomme la "maladie mentale".

- Absence de consensus à propos de la définition-même de maladie:
 - . divergences des psychiatres entre eux à propos de la "maladie mentale" (et, notamment, le courant d'idées de l'anti-psychiatrie) ;
 - . divergences entre les bio-médecins et les patients ou leur famille: une interprétation est donnée aux "troubles mentaux", mais aussi à d'autres événements, ce qui constitue l'ensemble en un tout signifiant indissociable.
- Absence de consensus sur l'utilité ou la nécessité de soins bio-médicaux :
 - . entre les familles et les bio-médecins ;
 - . au niveau des pouvoirs publics qui n'en font pas une priorité de santé publique : ainsi, le service de psychiatrie n'a pas plus de lits qu'il y a vingt ans alors que la population de la ville a triplé.

Sur le plan de la santé publique, cette étude montre combien les recours peuvent être divers et variés. Leurs déterminants ne sont pas simples. Certains médecins, lors de leurs échecs, accusent la longueur de ces itinéraires et "l'ignorance des mères" : or, nous constatons précisément que les mères ont une attitude logique dans leurs itinéraires. Il s'agirait pour ces médecins de considérer les malades dans leur totalité et non pas seulement comme "porteur de maladie" pour espérer faire changer certaines habitudes de soins.

Sur le plan épidémiologique, il apparaît non seulement nécessaire de prendre en compte les itinéraires thérapeutiques et leur logique pour recenser les maladies, mais de plus, il faut bien comprendre que les tableaux cliniques diffèrent selon l'itinéraire: évident pour la rougeole, dans la mesure où nous connaissons l'évolution de la maladie, ceci l'est beaucoup moins évident en psychiatrie.

En effet, au cours d'une étude faite dans le service de psychiatrie de Brazzaville, nous avons ainsi constaté que certains types de psychoses aiguës au Congo avaient une bonne évolution, comme l'ont noté de nombreux auteurs en Afrique,

depuis plus de vingt ans; en fait, dans aucune étude publiée à notre connaissance, il n'est fait allusion au processus d'auto-sélection des patients qui ont recours à l'hôpital. Or, nous savons depuis très longtemps que l'agitation est un signe de bon pronostic pour ces psychoses, et nous l'avons alors mis en relation avec le fait que l'agitation est le principal motif d'hospitalisation. En effet, nous ne voyons que rarement les patients dont l'inhibition constitue le handicap majeur: ce sont justement ceux qui sont réputés avoir un mauvais pronostic. Ce fait a bien sûr beaucoup modifié nos conclusions quant au pronostic de cette maladie: bon pronostic pour les rares patients hospitalisés, mais pas de conclusion générale pour l'ensemble des autres.

Ces deux exemples étaient très différents, l'un assez simple, mais moins que nous le croyions initialement, et l'autre très compliqué. Nous pensons qu'entre les deux se situent de nombreuses études qui seraient d'une grande utilité: quel est, par exemple, l'itinéraire thérapeutique des tuberculeux? Nul ne le sait, et ceci explique en partie l'absence d'informations épidémiologiques fiables à Brazzaville sur la tuberculose.

Nous remercions le Dr Marie-Christine SAMBA-LEFEBVRE, chef du service de Maladies Infectieuses de l'Hôpital de Makélékélé, qui a participé à l'enquête sur les rougeoles.

Journées d'Etude sur Brazzaville.

Actes du colloque

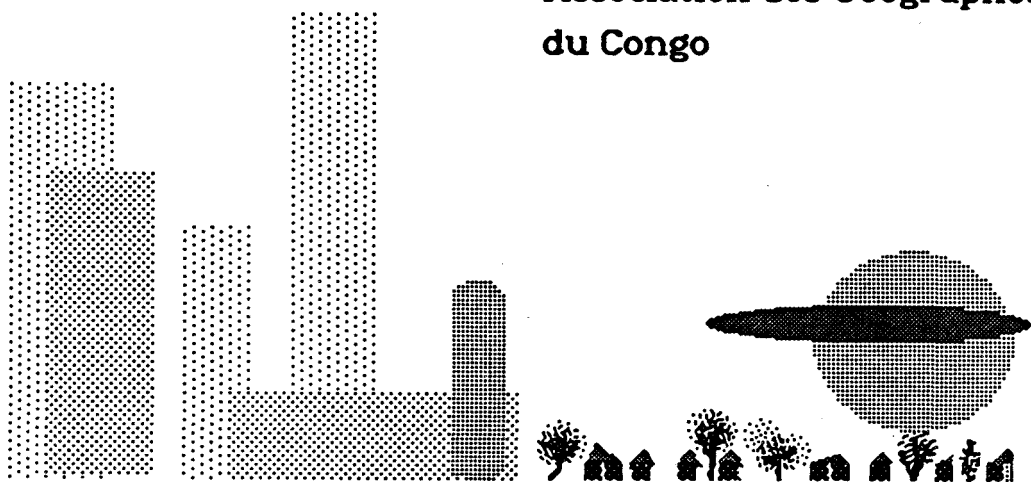
Brazzaville, 25-28 avril 1986.

ORSTOM

Santé Urbanisation

AGECO

**Association des Géographes
du Congo**



**Publié avec le concours de la Mission Française
de Coopération et d'Action Culturelle.**

Brazzaville. R. P. Congo.