



HAL
open science

**FACTEURS INFLUENCANT LE CHOIX DES SOINS
AU NIVEAU DES MENAGES DANS LA VILLE DE
GOMA (RDC) Cas de 369 Ménages vivant dans les sites
de partenariat de la FSDC / ULPGL**

Edmond Prof. Dr Ntabe Ntabe Namegabe

► **To cite this version:**

Edmond Prof. Dr Ntabe Ntabe Namegabe. FACTEURS INFLUENCANT LE CHOIX DES SOINS AU NIVEAU DES MENAGES DANS LA VILLE DE GOMA (RDC) Cas de 369 Ménages vivant dans les sites de partenariat de la FSDC / ULPGL. 2008. hal-00871877

HAL Id: hal-00871877

<https://auf.hal.science/hal-00871877v1>

Submitted on 10 Oct 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FACTEURS INFLUENCANT LE CHOIX DES SOINS AU NIVEAU DES MENAGES DANS LA VILLE DE GOMA (RDC)

Cas de 369 Ménages vivant dans les sites de partenariat de la FSDC / ULPGL

Auteur : NTABE NAMEGABE Edmond, Faculté de Santé et Développement Communautaires, Université Libre des Pays de Grands Lacs de Goma, République démocratique du Congo, BP 368 Goma- RDC.

Résumé : Pour identifier les facteurs influençant le choix des soins des ménages dans la ville de Goma, alternative aux soins de santé primaires proposée notamment pour lutter contre la pauvreté, l'auteur a entrepris une étude descriptive, transversale et quantitative qui a concerné 369 membres de ménages vivant dans les 18 sites de partenariat de la FSDC et constituent les 18 quartiers de la ville de Goma.

Les sujets étaient majoritairement jeunes âgés de 15 à 39 ans (67%), de sexe féminin (69%), Ménagères sans emploi (36,85%), avec un niveau d'études secondaires (28,72%), de religion protestante (28,72%), appartenant a des groupes sociaux (27,37%)et de la tribu shi (26,01%). La majorité des répondants sont tombées malades durant les 2 semaines avant le déroulement de l'enquête (71%). Le premier choix pour les soins a été l'automédication avec les plantes médicinales (57%) suivi de l'auto- médication moderne (18%)

Les facteurs influant sont notamment démographiques comme : l'age, le sexe, le milieu ou le quartier d'appartenance, sans différence statistiquement significative ; les facteurs socio- économiques comme le niveau d'éducation, et la source de revenu.

L'auteur recommande l'engagement du gouvernement, aux services communautaires, des autorités sanitaires de la zone de santé incluant l'éducation sur l'usage rationnel des médicaments, l'accessibilité aux soins et le partenariat entre les deux types de médecines

Mots-clés : Intoxication, Choix de soins, Plantes médicinales, Médecine traditionnelle, Herboriste, Utilisateur des plantes médicinales, Soins

ARTICLE

INTRODUCTION

Partant de l'idée de (Young, 1981), une des meilleures voies d'examiner comment la médecine alternative est en interrelation, est d'examiner le point de vues des personnes qui l'utilisent. Il existe plusieurs sources de traitement moderne et traditionnel. Il est reconnu qu'il existe des voies majeures incluant l'auto- méditation mais aussi le traitement dirigé par des personnes expérimentées¹.

Aujourd'hui l'usage des plantes médicinales prend une place prépondérante dans le choix de soins dans certaines communautés dans le monde. Les abus sont fréquemment observés et se sont les populations qui en sont victimes.

Selon l'Organisation des nations unies, 3 millions des personnes sont intoxiquées chaque année par des plantes médicinales, inclus les produits industriels, les pesticides et les médicaments².

Bruneton, (1999), Rogers et Von Kanel, (1993) relatent qu'au USA et d'autres pays sud américains, les plantes médicinales sont fréquemment utilisées et les intoxications prennent la 4^e place. Les enfants représentent 44% des cas les plus touchés³.

En Afrique, 80% de la population consomme les plantes médicinales ; les femmes et les enfants en sont les premiers consommateurs.

L'OMS (1981), a observée que lorsque les soins formels ne sont pas disponibles, la population tourne vers les plantes médicinales. Dans la plupart des cas des soignants des la médecine moderne veulent traiter la communauté, malheureusement ils se retrouvent dans des situations où la communauté a elle seule ne peut pas se payer les soins ; Dans une communauté pauvre, le manque de services sanitaires force les populations a s'orienter vers les plantes médicinales ou de la médecine alternative. Les hommes veulent se diriger vers les services modernes, quand les femmes cherchent a s'orienter vers la médecine alternative qui coûterait moins chère et plus socialement acceptable⁴.

En République Démocratique du Congo, les plantes médicinales ont prit une importance dans la communauté ; selon Penge, Kambu et Okonda (1999), La situation de la RDC est difficile a cause de la dégradation des infrastructures sanitaires, qui ont favorisée l'accroissement des effectifs des tradi-praticiens dans le pays. La médecine traditionnelle est utilisée par environ 60% de la population et les intoxications dues a ces types de traitement sont fréquemment observées mais aucune étude n'a jamais été conduite a ce sujet⁵.

Dans la ville de Goma, la population préfère utiliser les plantes médicinales pour toutes les catégories des maladies, comme premier choix. Ce la est dû au fait que ces populations les ont déjà expérimenté. Cette option est adoptée selon que l'on est à l'hôpital ou à la maison et fait que les usagers des plantes médicinales augmentent

Le problème d'intoxication par les plantes médicinales semble être une situation générale, mais aucune mesure n'est prise par les intervenant en santé pour protéger la population. Au niveau de l'hôpital ces pratiques créent des confusions entre les personnels soignant lors de la prise en charge.

¹ Young (1981), Medical choice in a Mexican village, Rutgers University press, Mexico. (p. 4, 10)

² European commission, International bank, UNDP, meeting on plan for reducing poverty and management of the environment, Amades publication, July 2002

³ Bruneton, J. (1999), Pharmacognosia, phytochemistry, medicinal plants, 3rd edition, Lavoisier, PARIS (p. 22, 809)

⁴ WHO (1981), " Traditional medicine in health services development," World health Organization regional office for Africa, BRAZAVILLE-CONGO

⁵ Penge O., Kambu K., and Okonda (1999), The impact of traditional medicine in the health care in DRC, Flashmed-Monkole paper, cefacongo, DRC (Page 15, 17)

Certains malades sont accompagnés par leurs familiers qui leurs administrent des médicaments à base de plantes médicinales sans autorisation préalable des personnels soignants ; ce la entraîne une confusion dans l'évaluation de deux types de traitement ; soit des réactions compétitives dues à ces deux types de médicaments et les complications qui sont difficiles à gérer. Les complications les plus couramment observées sont : les insuffisances hépatiques, insuffisance rénale, gastrite corrosive, troubles respiratoires et cardiaques ou des complications aiguës comme les diarrhées, vomissements et les troubles psychiques et neurologiques.

Les croyances populaires au tour de l'usage de plantes médicinales et l'intoxication l'usage est un autre facteur qui crée de la confusion parmi les personnels soignant. L'une des croyances est qu'une fois intoxiqué, le malade ne devrait pas recevoir une injection si non il va directement mourir

C'est tout au tour de ce dilemme que notre étude s'est intéressée pour déterminer les facteurs qui poussent les populations de la ville de Goma à s'orienter vers le choix des plantes médicinales comme premier choix

La question de recherche de cette étude était de savoir quels sont les facteurs influençant le choix des soins des ménages dans la ville de Goma

De cette question, ces hypothèses ci- dessous ont été formulées :

1. Les facteurs démographique, tels que l'âge, le sexe et le quartier d'appartenance ainsi que la connaissance, l'attitude, la perception et les pratiques influenceraient le choix de soins des ménages dans la ville de Goma

L'objectif de cette étude a été d'identifier les facteurs démographiques ainsi que la connaissance, l'attitude, la perception et les pratiques influençant le choix des soins des ménages dans la ville de Goma.

Méthodes

Il s'agit d'une étude descriptive, transversale et quantitative, menée du mois de décembre 2005 au mois de juin 2006 dans la ville de Goma. L'échantillon de 369 chefs de ménage a été déterminé en utilisant la formule de Fisher, sélectionnée à partir d'une population de 1600 ménages dans les 18 quartiers de la ville de Goma.

L'échantillonnage systématique combiné à l'échantillonnage stratifié et l'échantillonnage à plusieurs stages a été utilisé pour déterminer les 1600 ménages dans tous les ménages de la ville de Goma. Ainsi les quartiers ont été sélectionnés selon qu'ils se regroupent dans les quartiers à tendance ruraux, semi-urbains ou urbains. De ces quartiers 3 ont été sélectionnés aléatoirement ; puis de ces 3 quartiers 3 cellules ont été sélectionnées aléatoirement et enfin 3 avenues représentant les mêmes. Ces de ces 3 avenues qu'a été tirée la population d'étude de 1600 ou 369 ont été sélectionnée

La technique d'interview couplée au questionnaire d'enquête a été utilisée.

Les données ont été saisies et analysées en utilisant le logiciel SPSS et Excel puis transportées en World. Les données descriptives ont été analysées en utilisant les tables contenant des fréquences et des pourcentages. Les tableaux ont été croisés afin de comparer des les variables et de tester les hypothèses. Pour les variables nominales, le niveau de signification été testé en utilisant le chi- carrée. Toutes les valeurs p étaient calculées et a une valeur de p inférieure à 0,05 était considérée comme statistiquement significative

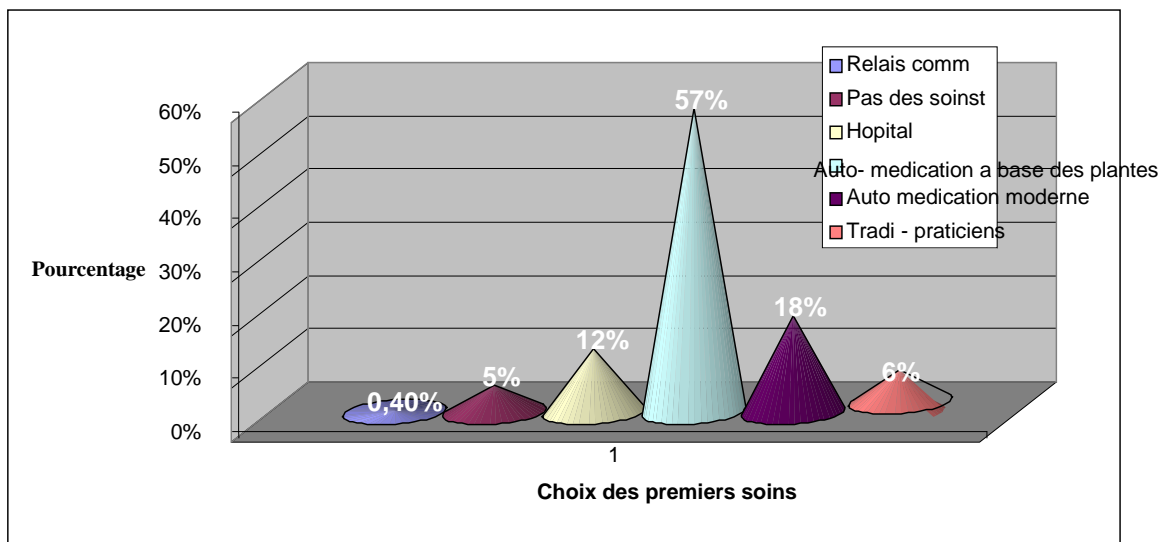
Résultats

Les sujets étaient majoritairement jeunes âgés de 15 à 39 ans (67%), de sexe féminin (69%), Ménagères sans emploi (36,85%), avec un niveau d'études secondaires (28,72%), de religion protestante (28,72%), appartenant a des groupes sociaux (27,37%)et de la tribu shi (26,01%). La majorité des répondants sont tombées malades durant les 2 semaines avant le déroulement de l'enquête (71%). Le premier choix pour les soins a été l'automédication avec les plantes médicinales (57%) suivi de l'auto- médication moderne (18%)

Choix de soins

La détermination des choix des soins a été évaluée en identifiant tout d'abord les personnes qui sont tombés malades durant les 2 précédentes semaines. Il s'avère que 263 sur 369 soit 71% des répondants étaient malades durant cette période. Comme il était question de déterminer leur premier choix les résultats suivants ont été trouvée comme résumé dans le graphique ci- dessous ; (Graphique 1)

Graphique 1: Distribution de choix des soins (N=263)



Facteurs Démographiques influençant le choix de soins dans les ménages de la vile de Goma

L'étude a démontrée que la population étudiée était généralement jeune avec un age moyen de 30ans avec une déviation standard de 3,69, dominée par les femmes; le sex- ratio était de 3:1 en faveur des femmes.

Les facteurs age et sexe semblent influencer le choix de soins dans la ville de Goma. Les jeunes préfèrent plus utilisés les plantes médicinales (57,5%) que les vieillards (56,3%)

La différence n'est pas statistiquement trop significative; P value >.05 (**Voir tableau 1**)

Tableau 1: Choice of care by Age, Sex and Place of residence (N=263)

Demographic factors	Choice of Care (N= 263)						Total	(x ² c & P x ² t)	P value
	CHWs	Heath facility	No Treatment	Off the Counter Tx	Self Herbal	Trad. Healer			
Age group	%	%	%	%	%	%	Nb		
15- 49	0.4	12.6	4.8	18.2	57.5	6.5	247	2.613	0.819
50 and above	-	6.2	12.5	18.8	56.3	6.2	16	12.591	
Significance level: .05								(Df=5)	
Sex									
Female	0.5	11	6.5	17	57	8	183	4.308	0.506
Male	-	14	2	21	59	4	80	12.591	
Significance level: .05								(Df=5)	
Residence									
Peri Urban	-	15	1	8.6	71.6	3.7	81	39.948	0.00
Rural	1	6	6	13	62	12	94	18.307	
Urban	-	16	8	33	40	3	88	(Df=10)	
Significance level: .05								(Df=10)	

Connaissance, attitude, perception et pratiques influençant le choix des soins des ménages dans le ville de Goma

4.5.2 Knowledge and choice of care

This section deal with the response of people on the knowledge of herbal medicine or not and the list name of these medicinal plants on concerning name, side effects and intervention if same case occur in the household

The findings showed those respondents haven't knowledge on medicinal plants. About 100 respondent on the 170 interviewed said they have knowledge on medicinal plants but when the number of those who don't list any medicinal plant show a high proportion (45.2%) compared to those who list 1 or more than 9 medicinal plants

The knowledge may not influence the choice of care of respondents (**See table 8**)

4.5.3 Attitude of respondent to health personnel and choice of care

This section concerns the attitude that the respondents exhibit to the health personnel when they observe that their patient could go through others treatments' alternatives but the health personnel try to convince them

The findings illustrate that the respondents' attitude to health personnel was observation (48.3%), or referring their patients to the traditional medicine (24%) in major cases (**See Figure 4**)

4.5.4 Perception on traditional and modern medicine and choice of care

This section examined the perception of respondents like their opinion on traditional medicine, on modern medicine and the side effects to associate the two medicines in relation to the choice of care

The findings were that perception on traditional and modern medicine may influence the respondents' choice of care. Respondent who said that traditional medicine is used for prestige of use the Natural seek first the self herbal treatment (50%), followed by those said that it's procure confidence (48.8%). The respondent who said that modern medicine is good seek first the self herbal treatment (43.4%) when those who said that modern medicine is bad seek first to No treatment (33.3%) (**See table 9**)

4.5.5 Practice and choice of care

This chapter will deal with the decision making on the choice of care at the household level, visitor's influence on the decision making or not

The findings showed that the decision making on the choice of care may not influence the choice of care, however For those said that visitor's in the household are main actors on the decision making seek first the self herbal treatment (46.7%), when those said that they don't participate seek first the health facility (11.9%) and those said that visitors suggest solution sought first the traditional healers (6.5%) (**See figure 5**)

At 0.05 of level of significance, the Chi square calculated (χ^2_c) = **15.426** where the Chi square tabulated (χ^2_t) = **18.3070** at degree of freedom of **10** and the **P** value of **0.117**

Discussion

5.1 Demographic Factors and choice of care

From the results about 263 respondents that experienced illness, the majority (57%) first treated themselves with herbal medicine; this was followed by the off self treatment from the off counter medicine (18%)

The findings are similar to those of Diallo Drissa et al, (2002), Study conducted in Bandiagara on the behavior of populations towards to herbal medicine, A survey was conducted in goal to know the rate of using medicinal plants by community in Mali, through interviewing peoples; They found that around 70% of patients had used herbal plants for self medication.

According to the demographic factors that influence the household's choice care in Goma city, the study showed that the choice of care was not influenced by place of residence however young were more likely to choose self herbal treatment first than elder. The mean age was 31 years ($S=3.69$)

These findings are similar to those of Shankar Partha, and Shenoy (2002) , who found that the (66.9%) of respondents' aged between 20 to 39 years used self medication as compared to age group 40 to 60 years which was 33.1%

About the choice of care and sex distribution, there are similarities with Malick Traore (2002) studies on recourse to traditional pharmacopoeia in millennium goals found that 80% of population turns to medicinal plants. Women and children constitute the vulnerable groups in consumption of medicine plants and women are the first seller in this country.

Traditional medicine creates an interest in the populations at all level because of their socio cultural background.

From our research, this situation is explained by the fact that it's the woman who produces the majority of household income; secondarily by the fact that women seek treatment earlier than men. The men minimize the effect of disease and seek treatment later.

It can be concluded that the older respondents seek treatment earlier the younger. The situation of Goma could here been influenced by the psycho social situation of respondents. In major quarters the phenomenon of witchcraft was observed; people are accused to be witches. Then the tendency of the elder in the answering was given with reserve. This could explain the variation in responses by age

5.5 Skills, Knowledge, attitude and Perception the household's choice of care

5.5.1 Skills and choice of care

The respondent were skilled in medicinal plants; the family discussion influence family's members to choose first the herbal treatment (91.7%). Their source of information comes from relatives (24.3%) with an experience time of 1 to 5 years (64.3%)

The skill of Goma people is explained by the ecologic system that provider this city the national park is around 15 km to Goma city. This national park is the extension of the equatorial forest which has significant biodiversity species of flowering medicinal plants. The community has accessibility to this natural reserve which is an opportunity in performing skills and knowledge.

This community is knowledgeable as show the result of the names of medicinal plants list by them. They could list 1 to 4 medicinal plants.

5.5.2 Attitude to health personnel and choice of care

The findings illustrate that the respondents' attitude was the observation (48.3%), or referring their patient to the traditional medicine (24%). The attitude of family is a result of what they observed during the care process at the health facility level

5.5.4 Perception and choice of care

Respondents who said that traditional medicine is used for prestige of use natural tended to seek first self herbal treatment (50%), followed by those who said that it's procuring confidence (48.8%).

The respondents who said that modern medicine is good sought first self herbal treatment (43.4%) when who said that modern medicine is bad tended not do

5.5.5 Practice and choice of care

The findings showed that the decision making on the choice of care may not influence the choice of care. For those who said that they were visitors in the household were sought first self herbal treatment (46.7%), yet

Visitors were the main actor on the decision making on choice of care

Chap 6: CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS

This chapter presents summary of the key findings and recommendations based on the findings of the study.

6.1 Conclusion

Choice of care was observed in Goma city. The self herbal treatment was the most common alternative treatment (57%)

Differences on demographic, socio- economic, cultural and health factors account for a large part on the choice of care: The age, sex, education level, main source of income, religion, group membership were associated with the increased self- herbal medication

The male young with a lower education level, lower source of income protestant or catholic as religion from women/ men group membership tended to use self herbal treatment as first choice to cure diseases in Goma city; Advice from the health personnel appears to be a major health factor that orients the choice of care.

About skills, knowledge, attitude, perception and practices: The respondents were skilled in medicinal plants, they were knowledgeable with a positive attitude to health personnel and good perception on both medicines and good practices.

Family discussions and relatives play a role in the use of self herbal medicine

6.2 Recommendations

6.2.1 Recommendations for Policy

Certain policy and practice implications arise:

1. Public messages need to focus aggressively on improving early recognition of severe signs of disease at home and improving promptness of treatment seeking
2. Quality of modern care providers and modern care must be improved in all sectors, private, NGO and Government
3. Patient adherence with modern care at home must be simplified and reinforced.

6.2.2 Recommendations for further research

1. Further studies to assess drug use model and health care needs of the population are urgently required. The Alternative medicine is an area that definitely merits more research, and the use of it will hopefully continue to grow therefore offering the public more choices regarding what's most important in life, your health.
2. In doing future research it would be better to include a more even number of males and females in equal proportion.

6.2.3 Recommendations for the community and services providers

In Goma city there is still a great need to educate and motivate the general public regarding the proper application of the principles of rational drug use from both the health and economic perspective.

The use of alternative medicine is on the rise and it is becoming more important that medical providers and alternative providers work together with the patients' best interest in mind; this will be possible if there is a partnership between the services providers and the community

6.2.4 Recommendations for the Government

Increased accessibility to medicines, improvement of the government health care system and a greater integration of traditional and modern health systems will help to improve the health status of the population.

8. References

8.1 Books

1. Adjanohoun, E.J., et al. (1981). Traditional medicine and pharmacopoeia: contribution to ethno-botanic studies and floristic in Mali, 3rd Edition, PARIS. (p. 291)
2. Bruneton, J. (1999), Pharmacognosia, phytochemistry, medicinal plants, 3rd edition, Lavoisier, PARIS (p. 22, 809)
3. Burkill, H.M. (1995), The Useful Plants of West Tropical Africa. Royal Botanic Gardens Kew, Vol. 3, 2nd. Ed., Mali (p 50-483)
4. Cassandra, Klimek, and Peters (1995), A policy of drugs for the Africa constraints and the choice by Cassandra, KARTHALA edition, 22-24 boulevard Arago 75013 PARIS (p.19, 20, 30)
5. Harrison (1999), Internal medicine, Flammarion-sciences, PARIS (p. 823 to 350)
6. HIRT, H.M. and MPIA, B., Tropical natural medicine, Mariamum Press, Uganda, 1990, (p.120)
7. Mac Dermott (1994), Instructor's guide for pharmaco-therapeutics: A nursing process approach, Third edition, FA David publishing company, USA (p19-38)
8. Mac Dermott (1994), Instructor's guide for pharmaco-therapeutics: A nursing process approach, Third edition, F.A. Davis publishing company, USA
9. Nina L. Etkin (1986), Plants in indigenous medicine and diet: Behavioral approaches, Redgrave publishing Company, USA
10. Robert. et al. (1953), Research methods in the behavior sciences, University of Minnesota press, USA
11. Rodgers, G.C. and Von Kanel, R.L. (1993) Conservative Treatment of Jimsonweed Ingestion, Vet. Hum. Toxicol. vol. 35 (1), 32? 3.
12. Soda et al (1980), Drug-Induced sufferings: Medical, pharmaceutical and legal aspects, Excerpta Medica, New York, USA. (p. 9 to 41)

13. Taryl Felhaber (1999), South African primary health care handbook: Combining western and traditional practices, Formsexpress, Retreat, Cape Town, South Africa.
14. Tony swain (1972), Plants in the development of modern medicine, Harvard University press, Cambridge, Massachusetts, USA
15. Verdcourt B and Trump EC (1969), Common poisons plants of East Africa, Collin edition, GREAT BRITAIN (p. 9 to 17)
16. Watt, J. M. Breyer-Brardwijk M.G. (1962), The medicinal and poisonous plants of southern and Eastern Africa, 2nd edition, Edinburgh, London E&S Livingston ltd., GREAT BRITAIN.
17. Young (1981), Medical choice in a Mexican village, Rutgers University press, Mexico. (p. 4, 10)

8.2 Articles

18. Akerele, Olyiwola (1984), “WHO’s Traditional medicine program: Progress and perspectives”, World organization chronicle, 38(2) (p. 76 to 81)
19. American Red Cross (1979), “Standard first aid and personal safety”, 2nd edition American red cross, USA
20. Arnold Th., Wet BC. (1993), “Plants of southern Africa: Names and distribution”, memoirs of the botanical survey of South Africa, University of natal press, SOUTH AFRICA
21. Bannerman, Robert H. (1983), “The role of traditional medicine in primary health care” Traditional medicine and health coverage, World Health Organization, GENEVA. (p.318-327)
22. Bouzidi A., Mahdeb N., and Allouche (2002), “Toxicological information”, Toxicological Center of Tunisia publication article volume 18 No 2 (p.1- 33)
23. Diallo Drissa et al, (2002), “From the traditional knowledge to traditional improving drugs: Mali experience on Entada africana case”, Department of traditional medicine in MALI, CEAD publication, MALI. (p. 1 to 19)
24. Diallo Drissa, And Paulsen, B. (2000). “Pharmaceutical research and traditional practitioners (healers and herbalists) in Mali”, University of Oslo, SUM press, MALI (p. 133, 143)
25. Dyson A., Ashwell A, Loedolff J., « Indigenous healing plants of the herb and fragrance gardens », National botanic Institute, SOUTH AFRICA.
26. Growing of the agency for the social development (1999), « Health Center, a wave for poor ». Review N°00, MALI
27. Jean Pierre Olivier de Sardan (1999), « Anthropologia of health » Bulletin N° 17 APAD, MALI
28. Jeffrey Roger (1982), “Policies toward indigenous healers in independent India. Social science and medicine”, Vol. 16, WHO- GENEVA (p.1835- 1841)
29. Jilek, Wolfgang G. (1985), « Traditional medicine and primary health care in Papua new Guinea », University of Papua New Guinea press, GUINEA
30. Koumare, M. (1978), “Malian experience in the traditional research”, INRPMT Bamako, MALI.

31. Koumare, M. (1989), "Experience of traditional medicine in the countries under WHO regions", First meeting of WHO Center collaborators on traditional medicine of African region, Niamey", WHO Regional office OMS, BRAZAVILLE.
32. Lee, Rance PL (1982), "Chinese and Western medical care in China's Rural communes", World health forum, 3(3), WHO- GENEVA (p.301-306)
33. Malgras. D. (1992), « Trees and healer's small shrub of Mali bushes », Karthala edition, PARIS
34. Malick Traore (2002), "Resort to traditional African pharmacopoeia in the new millennium", Case of herbal women of BAMAKO, CEAD publication, MALI.
35. Malick Traore, Niakate B. and the NGO ASIL Bamako (2001), « Study on feasibility of the project on organization and training of herbal women in Bamako district », CEAD publication, MALI
36. Neumann (1982), A.K. and Laura, P., "Ethno-medicine and biomedicine linking, Social science and Medicine", Volume 10, WHO- GENEVA
37. Olivier. B. (1960), « Medical plants in Nigeria », Nigerian college arts, sciences and technology publication, NIGERIA.
38. Oswald, I.H. (1983), "Are traditional healers the solution to the failures of primary health care in Rural Nepal, in social science and medicine?" Volume 17, No. 5, WHO, GENEVA
39. Penge O., Kambu K., and Okonda (1999), The impact of traditional medicine in the health care in DRC, Flashmed-Monkole paper, cefacongo, DRC (Page 15, 17)
40. Robitaille, Hardy, and Davy (2001), Participation of Canada to the decade of traditional medicine in Africa, "IDRC Bulletin publication, November, 2001", Canada (p.1 to 8)
41. Tan, Michael M., Querulin Mila, and RILLORTA, TITA (1988), "The integration of traditional medicine among community based health programs in Philippines", Journal of tropical pediatrics, volume 34, WHO-GENEVA
42. USAID (1979) "reaching the rural poor: Indigenous Health practitioners are there already," AID program evaluation discussion paper No. 1., Washington D.C., USA
43. WHO (1978), "The promotion and Development of traditional medicine", technical report series 622, World organization GENEVA
44. WHO (1981), " Traditional medicine in health services development," World health Organization regional office for Africa, BRAZAVILLE-CONGO
45. Wilburg Hoff, Dr. PH and Gerri Shapiro, "Traditional Healers as community health workers", A review of projects using traditional healers as community health workers", WHO, SHS/ DHS/ 91.6
46. Lule, Allwright (2003), "The new public/ Private mix in health: Exploring the changing landscape", Alliance for health policy and systems research Geneva (p. 137- 140)

8.3 Grey literatures

47. BUFIGI, H.C., Traditional medicine, Care by trees, inédit, RDC, (Page72)
48. Douaré, I. (1991), Contribution to the clinical study of' Entada africana in the viral hepatitis, Thesis of medicine, Bamako, Mali. (Unpublished)
49. Hundi (2005), Census of Goma population, Town council report, DR Congo (Unpublished)
50. Kayungura G. (2001), Assessment on factors determining the health status of a low income community in BUJOVU area in DR Congo, Thesis report, TICH / KISUMU-KENYA (Unpublished) (p. 11 to 20)
51. Mabilia Uwizeye Olivier (2004), Ethno botanic survey of plants used against poisoning in Goma, memory IFSDC/ ULPGL Goma, DR CONGO (Unpublished) (p. 4 to 63)
52. Moussa Mariko (1989), Study on « Terenifou » activity, tree and leaf and the tree of pteleopsis suberosa ENGL and DIELS (Combretaceae) in the treatment of gastro intestinal ulcer, thesis, National school of medicine and pharmacy, MALI. (Unpublished)
53. Oumar Camara and Adama Mallé, « Contribution on a survey on traditional healers in charge on motor handicap. » Memory, Promotion 78-82 National Institute of Arts (INA), MALI (Unpublished)
54. Shankar (2003) “A Survey of Drug Use Patterns in Western Nepal”, BioMed Central Family Practice 2002, 3
55. Traore Gouansegué, Memory « Remarque on some interest plants sells on Bamako market » l'ENSUP. 75-76, MALI (Unpublished)

8.4 International meeting:

56. European commission, International bank, UNDP, meeting on plan for reducing poverty and management of the environment, Amades publication, July 2002

8.5. Internet

57. <http://minilien.com/?93T1MjQOzI>
58. <http://www.amades.net>
59. <http://www.cefacongo.org/papers/Flashmed-1999.pdf>
60. <http://www.ichem.org/>
61. http://www.idrc.ca/fr/ev-70591-201-DO_TOPIC.html
62. http://www.insipq.qc.ca/bulletin/informationtoxicologique/articles/vol18No2T_ableaux1-2-3.pdf
63. <http://www.prometra.org>
64. <http://www.psythere.free.com>
65. <http://www.socialresearchmethods.net/kb/random.htm>
66. <http://www.unep.org>
67. media@idrc.ca

68. [USAID: Democratic Republic of the Congo \(DRC\)](#)
69. <http://www.biomedcentral.com>