



Listes de contenus disponibles sur: [Scholar](#)

GESTION DES RUMEURS SUR LES IMPLANTS DANS DES ZONES DE SANTE DE LA VILLE PROVINCE DE KINSHASA RD CONGO.

Journal homepage: ijssass.com/index.php/ijssass

GESTION DES RUMEURS SUR LES IMPLANTS DANS DES ZONES DE SANTE DE LA VILLE PROVINCE DE KINSHASA RD CONGO. [★]

SENKER NDIMBA Bob ^a, ABILINDA GBOMA Serge ^b, PANDA LUFUTU Roger ^c, José LUIS NITA ^d, KALALA KAYEMBE Carrel ^e, KALEMBA NGALAMULUME Albert ^f, KHUTI BINDA Laurence ^g, KALEMBA MWAMBAZAMBI ^{h*}

A. Assistant, Université Pédagogique Nationale

B. Chercheur, Université de Kinshasa

C. Assistant, Université Pédagogique Nationale

D. Chercheur, Université de Kinshasa

E. Assistant, Université Pédagogique Nationale

F. Assistant, Université de Kananga

G. Assistante, Université Pédagogique Nationale

H. Professeur Ordinaire, Université Pédagogique Nationale.

Received 31 October 2022; Accepted 20 December 2022

Available online 29 December 2022

ARTICLE INFO

Keywords:

Gestion

Rumeurs

Implants

zone de santé.

ABSTRACT

Actuellement, bien que la prévalence de l'utilisation des méthodes contraceptives a augmenté en république démocratique du Congo ces cinq dernières années d'une part, de l'autre part, il y a un sérieux problème des rumeurs sur les méthodes contraceptives cas des implants précisément la jabelle, l'implanon NXT et le levoplant. Ce qui justifie, 7 sur 10 femmes en âge de procréer ont des rumeurs et interprètent mal l'utilisation des implants. Certaines personnes mal intentionnées se servent des effets secondaires et contre-indications de certaines méthodes contraceptives pour en faire mauvaises campagnes et disent qu'avec les implants la femme peut voir ses règles pendant trois semaines et le retour à la fécondité est possible à l'arrêt de l'utilisation de la méthode. Alors que certains de ces effets secondaires sont bien signalés lors du counseling spécifique à la méthode. C'est ainsi que nous avons dit que la symbiose PF communautaire et PF clinique réduirait ces dits rumeurs et plutôt, les utilisatrices seront mieux éclairées.

I. INTRODUCTION

En ce temps de la mondialisation, nul n'ignore le bien fondé et la contribution efficace de la planification familiale pour un couple ou une femme en âge de procréer. La planification familiale utilise les moyens et des méthodes qui permettent à un couple d'espacer et limiter les naissances dans une famille tout en respectant un espace inter-général d'au moins deux ans entre deux naissances. Pour mieux planifier, on recourt à la contraception.

Actuellement, bien que la prévalence de l'utilisation des méthodes contraceptives a augmenté en république démocratique du Congo ces cinq dernières années d'une part (AKILIMALI Z., 2020), de l'autre part, il y a un sérieux problème des rumeurs sur les méthodes contraceptives cas des implants précisément la jadelle, l'implanon NXT et le levoplant. Ce qui justifie, 7 sur 10 femmes en âge de procréer ont des rumeurs et interprètent mal l'utilisation des implants. Aussi, une femme en âge de procréer qui accède accepte l'une de ces implants, est sujet des menaces et des interprétations négatives et voir même, signe d'être moins sérieuse et bordelle. Or, pour pallier ou réduire tant soit peu ce fléau des rumeurs, combinaison des actions entre la Planification familiale communautaire faite par des distributeurs à base communautaire et la planification familiale clinique faites par des professionnels de santé formés e cette matière avec des counseling généraux et spécifiques à la méthode bien faites. Au vu de ce qui précède, nous nous sommes posé la question comment peut-on gérer les rumeurs sur les implants dans une communauté ? Dans cette étude, nous sommes partis d'une hypothèse selon laquelle, les rumeurs sur les implants seront mieux gérer et dissiper par la mise en commun des actions PF-Communautaire et PF clinique, la formation suffisante des prestataires en cette matière, la sensibilisation approfondie de la population et un counseling bien fait. Le but de cette étude est d'étudier les mécanismes pouvant dissiper les rumeurs sur l'utilisation des implants, dans notre étude, nous avons recouru à la combinaison méthodologique dont la méthode

analytique et descriptive et la technique documentaire et d'observation nous ont servi pour la collecte des données.

1. bref aperçu sur l'importance des méthodes contraceptives pour une famille planifiée.

A. Origine

Le terme planification familiale vient de l'anglais family planning. Ce terme est introduit pour la première fois de la manière officielle vers les années 1930 par l'association britannique pour le contrôle de naissance (PNSR, 2002).

Mais depuis l'antiquité déjà chez les mésopotamiens 1600 Av. JC les femmes utilisaient les pierres pour ne pas concevoir. De leur côté, les Araméennes de confession hébraïque utilisaient le Moukh dans le vagin qui empêchait le sperme d'atteindre l'utérus, plusieurs personnes ont parlé de planification familiale et MALTHUS également. A Kinshasa et partout au pays, c'est vers les années 1980 que la planification familiale fut introduite par un arrêté ministériel.

B. Buts de la planification familiale

Le but de la planification familiale est de :

1. Aider les couples qui veulent espacer les naissances à le faire ;
2. Aider les couples qui ne veulent plus avoir des enfants à le faire ;
3. Aider les couples inféconds à résoudre leur problème d'infécondité ;
4. Eviter aux couples les grossesses non désirées ;
5. Il faut signaler que la planification

familiale aide aux couples à éviter les grossesses à haut risques « les quatre trop ».

Une grossesse est particulièrement à haut risque si elle se situe parmi :

- ❖ Les grossesses trop précoces (moins de 18 ans)
- ❖ Les grossesses trop rapprochées (moins de 2 ans)
- ❖ Les grossesses trop nombreuses (plus de quatre)
- ❖ Les grossesses trop tardives (plus de 35 ans)

C. Critères psycho-sociaux à prendre en compte lors du choix d'une méthode contraceptive

1. Conseil pratique au technicien (Clinicien)

La littérature de l'OMS (2000) rapporte la multitude des circonstances d'échecs et des explications avancées ainsi que la variabilité, en fonction des populations étudiées, des facteurs associés aux différents types d'échecs.

Des approches théoriques ont été également développées dans le domaine de la contraception. Les principaux résultats en sont détaillés à titre indicatif dans les paragraphes suivants (EDS 2009).

Le groupe de travail retient la variabilité des trajectoires individuelles et souligne la nécessité pour le professionnel de santé :

- 1) D'adapter sa prescription à chaque

consultante ;

- 2) D'étendre le champ de son entretien au-delà des seuls critères médicaux ;
- 3) D'explorer les motivations de la consultante vis-à-vis de la contraception et ;
- 4) D'accompagner la consultante ou le couple dans la réflexion et le choix de la forme de contraception la plus adaptée à sa situation personnelle (EDS 2009 Op.cit.).

2. Facteurs associés à la non acceptabilité des méthodes contraceptives

En pratique, les risques d'échec contraceptif ne surviennent pas au hasard et résultent, en dehors des interactions médicamenteuses possibles :

- soit de l'absence d'utilisation de méthode régulière (dont le non-recours à une contraception d'urgence) ;
- soit de l'absence ponctuelle d'une méthode (dont l'arrêt d'une méthode sans remplacement par une autre méthode) ;
- soit de la non-observance de la méthode utilisée.

Les femmes qui se retrouvent en échec de contraception avancent le plus souvent en explication :

- un mauvais usage de la méthode, lié ou non à des difficultés de gestion quotidienne ou à une mauvaise connaissance de l'utilisation de la méthode ;
- la non-conscience du risque ;
- la prise d'un risque en s'en remettant à la chance ; la non-prévision du rapport sexuel ;

- la non-disposition d'une méthode de contraception ;
- un arrêt ou un refus de contraception suite à une première expérience difficile ;
- la non-connaissance d'un endroit où se procurer la méthode.

Les différentes circonstances d'échecs et le choix de la contraception sont associés à différents facteurs psychologiques, démographiques, sociologiques et économiques caractérisant la femme, parmi lesquels :

- des facteurs démographiques tels que l'âge ou le lieu d'habitation ;
- des facteurs socio-économiques, tels qu'un faible niveau socio-éducatif, socioculturel ou socioprofessionnel, une forte assiduité à la religion, de faibles connaissances sur la sexualité, le coût de la méthode et l'absence de mutuelle ;
- des facteurs liés au mode de vie tels que le caractère instable ou non de la relation, le nombre élevé de partenaires, ou le statut marital (notamment la vie en célibataire) ;
- des facteurs liés au couple et à son fonctionnement tels que la non-communication avec le partenaire ou l'absence de soutien du partenaire ;
- des facteurs liés à l'environnement social tels que l'influence défavorable des amis ou des parents ;
- des facteurs liés à la femme et à son histoire médicale tels que sa parité, un projet de grossesse, un âge jeune à la 1^{re} grossesse, un précédent avortement ou un antécédent d'IST ;
- des facteurs liés à la méthode et au contexte de prescription tels que l'absence de routine de prise, la non-lecture de la notice d'information, la non-adéquation de la méthode utilisée aux conditions de vie sociales, affectives et sexuelles des femmes ;
- et des facteurs concernant spécifiquement les adolescentes tels que l'acceptabilité sociale de leur sexualité, la relation avec les parents (notamment la communication avec la mère), le jeune âge et la différence d'âge avec le partenaire, la non-scolarisation et le nonaccès à des structures de planification familiale ou d'éducation sexuelle.

N.B : Nous pouvons également noter différentes approches psychologiques et sociologiques, l'ambivalence chez la femme de son désir de grossesse et ses conséquences sur la pratique contraceptive ; la particularité de la relation soignant -consultante, par rapport aux autres consultations de santé ; l'injonction sociale à la norme contraceptive et notamment à l'utilisation des méthodes médicales ; l'importance de la logique de couple dans l'utilisation ou le choix d'une méthode ; la variabilité des trajectoires individuelles ; l'importance de l'offre (disponibilité, coût, confidentialité).

En ce qui concerne l'adolescente, PNSR. (2021) expliquait en complément : la période de

transition dans laquelle elle s'inscrit, la quête d'identité et de statut social ; la difficulté, pour elle, de se situer par rapport à sa mère ; le sentiment possible de culpabilité qu'elle peut ressentir ;

- l'existence potentielle d'une faible estime d'elle-même ;
- l'importance du regard des ami(e)s.

3. Les rumeurs sur les méthodes contraceptives et les explants en particulier.

Les rumeurs constituent des obstacles à la contraception. Ils entravent négativement l'utilisation des services de PF, l'adoption de PF et la continuité. Elle constitue également un déterminant des besoins non satisfaits en PF. Les rumeurs sont propagées par les bénéficiaires et malheureusement aussi par les prestataires.

Les rumeurs sont des histoires non confirmées qui sont transmises d'une personne à une autre, de bouche à l'oreille. De façon générale, les rumeurs se produisent quand une information ou une question est importante pour des personnes, mais n'a pas été clairement expliquée, il n'y a personne de disponible pour clarifier ou corriger l'information incorrecte, la source originale est perçue comme étant crédible, il n'a pas été donné aux clients suffisamment d'options pour les méthodes et des personnes sont motivées à les propager pour plusieurs raisons, (USAID, Intra Health, 2018).

Il s'observe depuis plus d'une décennie dans notre pays, les rumeurs concernant les méthodes contraceptives ce qui laisse parfois à désirer certaines méthodes alors que pour mieux

planifier il faut obligatoirement recourir à l'une ou l'autre méthode. Sur ce, voici quelques-uns : L'infécondité après l'arrêt de l'utilisation de la méthode, avec la jabelle vous verrez des règles pendant plus de deux mois chaque jours, ces méthodes sont fabriquées par des sorciers et par des personnes mal intentionnées dans le but de nous tuer à petit feu et de réduire sensiblement le taux de natalité et que les occidentaux occupent notre pays,(...)

4. Les facteurs associés à l'acceptabilité et applicabilité des méthodes de la planification familiale

C. JAMONT (1996) prouve que bon nombre d'approches plus théoriques ont démontré leur intérêt dans le cadre de la contraception. Elles faisaient appel selon les hypothèses :

- à l'« **attitude** » favorable ou non à la contraception ou aux différentes méthodes contraceptives, en relation avec le degré de perception d'une vulnérabilité personnelle ;
- aux « **croyances** » individuelles ou collectives envers la contraception ou envers les différentes méthodes contraceptives ;
- à l'« **auto-efficacité** », c'est-à-dire la perception personnelle qu'a un individu de ses compétences pour mener un traitement correctement ;
- aux « **normes sociales** » et à la notion de « **support social** ».

Si les modèles théoriques développés à partir de ces approches sont utiles pour mieux

comprendre la pratique contraceptive et ses facteurs d'influence, ils n'ont cependant pas vocation à être considérés en tant que modèles prédictifs en pratique courante.

5. comment accompagner une femme et/ou un couple dans le choix d'une méthode contraceptive adaptée ? L'aide au choix en matière de contraception

B.SENKER (2022) souligne qu'au fil du temps, la relation soignant-patient évoluait vers une participation plus grande du patient dans les décisions concernant sa santé. Le modèle dominant reste cependant, aujourd'hui encore, celui d'une relation dans laquelle les décisions relèvent pour l'essentiel du professionnel de santé.

Des arguments à la fois déontologiques, réglementaires et scientifiques soulignent l'intérêt pour le soignant d'opter pour une attitude qui favorise l'expression des préférences de la femme ou du couple qui consulte et donc l'expression de leur choix. Ce choix doit être respecté quel que soit l'âge de la consultante.

De manière générale, l'amélioration de la communication soignant-consultant, et notamment de l'information fournie au consultant, peut avoir un impact sur la satisfaction et la santé des patients (critères biomédicaux et de qualité de vie). Afin de faciliter le partage de décision et d'améliorer la relation soignant-consultant, il est recommandé que le soignant 1) soit à l'écoute des femmes qui consultent et 2) prenne en compte le fait que leur volonté d'implication

dans la décision n'est pas homogène d'une femme à l'autre et peut être ambivalente au niveau individuel.

La littérature suggère que laisser les personnes choisir une méthode contraceptive est associé à une plus grande satisfaction des personnes ainsi qu'à une utilisation plus élevée des méthodes (niveau de preuve 3). Elle souligne l'importance de considérer le couple dans la démarche contraceptive et de prendre en compte l'accord du partenaire (PNSR 2006).

Stratégies d'aide au choix en matière de contraception

Différents modèles de relation médecin-patient et de décision médicale ont été décrits dans la littérature. Ce sont par exemple, pour la relation médecin-patient, les modèles de Szasz et Hollender (activité-passivité, direction-coopération, participation mutuelle) et d'Emanuel (informatif, interprétatif, délibératif et paternaliste). Ce sont, pour les modèles de décision médicale, les modèles du « patient décideur », du « médecin décideur » et de « décision partagée ».

Bien qu'aucun d'entre eux ne puisse être considéré en routine comme meilleur qu'un autre ou comme exclusif des autres, le groupe de travail considère qu'ils gagnent à être connus par le soignant. Chacun d'entre eux peut en effet apparaître plus ou moins approprié aux personnes et à la situation dans laquelle elles se trouvent à un moment donné.

NILSSON L et HAMBERGER L (1994)

proposent deux types d'approches, le « **counseling** » et la « **démarche éducative** », pourraient favoriser l'aide au choix en matière de contraception. Elles ont été retrouvées de manière récurrente dans la littérature et sont considérées par le groupe de travail comme majeures et complémentaires, sinon difficilement dissociables.

Le counseling renvoie à une démarche de conseil et d'accompagnement d'une femme favorisant l'expression de son choix. D'une part, il repose sur des bases d'empathie envers la consultante, de respect pour sa sexualité, ses sentiments, son attitude et ses besoins et d'autre part engage le soignant à conserver le maximum de neutralité vis-à-vis des démarches abordées et des informations fournies. L'approche par entretien motivationnel se situe dans ce courant. Sa particularité est d'être directive ; elle passe par l'expression par la femme de ses ambivalences afin de lui permettre d'aboutir à un choix.

La démarche éducative renvoie, quant à elle, à une démarche de partenariat pédagogique, centrée sur la personne, et visant à promouvoir sa santé tout en la rendant autonome dans sa propre prise en charge. Cette démarche est individualisée et se fonde sur ce que la personne est, ce qu'elle sait, ce qu'elle croit, ce qu'elle redoute et ce qu'elle espère et à partir de ce que le soignant est, sait, croit, redoute et espère.

Selon P. TSHIBANDA (2011), Le counseling et la démarche éducative ont fait preuve de

leur efficacité en matière de contraception : ils sont associés à une meilleure connaissance de la méthode utilisée (niveau de preuve 1), un taux d'utilisation supérieur des méthodes contraceptives (notamment la contraception d'urgence) (niveau de preuve 1), de plus longue durée et au final à une utilisation effective de ces méthodes. Dans la littérature la réduction des taux de grossesses non voulues est cependant non significative. Les études sont insuffisantes pour conclure avec certitude à un impact des entretiens motivationnels sur une éventuelle adaptation de la méthode contraceptive.

Selon READ BAIN (1986) compte tenu des différents modèles de consultation développés dans le cadre général ou spécifique de la contraception, le groupe de travail souligne l'intérêt du modèle BERCER de l'OMS, lequel reprend, en 6 étapes, les étapes majeures de la consultation généralement citées dans les autres recommandations et inscrit la consultation dans la durée. Ces 6 étapes se succèdent comme suit : Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication et Retour.

6. En pratique : focus sur 6 des principales étapes de la consultation (modèle BERCER)

➤ **Bienvenue :**

En pratique, en dehors de l'accueil en lui-même de la consultante et de la présentation du soignant, la première phase vise essentiellement à favoriser une relation d'équivalence et à rassurer la consultante. Le soignant l'assure de la confidentialité des

entretiens et présente le rôle, les objectifs et le déroulement possibles de la ou des consultations.

➤ **Entretien :**

Selon R. MADEE (2018) la phase d'entretien se veut interactive. Elle a pour objectif prioritaire le recueil d'informations sur la femme, son état de santé, ses besoins propres et ses éventuels problèmes. Elle donne lieu à un « entretien » et à un examen clinique. Au cours de cet entretien, le soignant explore en complément de la clinique le contexte de vie de la consultante, son expérience en matière de contraception, sa vision des choses. Cette phase est propice au développement d'un diagnostic éducatif.

➤ **Renseignement :**

Quant à BITSHIE (2022) la phase de renseignement est également individualisée, elle vise à la délivrance par le soignant d'une information hiérarchisée et sur mesure, compréhensible et adaptée au rythme et aux connaissances de la consultante. Il est essentiel que le soignant s'assure de la compréhension de l'information qu'il aura fournie. Celle-ci concerne en particulier les méthodes qui intéressent la consultante ou qu'elle préfère (leurs bénéfices, leurs CI, les risques graves, même exceptionnels, leur intérêt, leurs inconvénients, leurs coûts). Le soignant l'informe des options et alternatives qu'il juge adaptées à sa situation personnelle. Il est possible de fournir un document écrit en complément de l'information orale.

➤ **Choix :**

Selon NTOTO KUNZI (2014), précise qu'en matière de choix de méthode adaptée, que la décision finale appartient à la consultante seule. Pour l'aider à la décision, son attention et sa réflexion peuvent être attirées sur des projets personnels, sa situation de famille, ses préférences et les préférences éventuelles de son partenaire, les bénéfices et les risques des différentes méthodes, les conséquences de son choix. Le soignant s'attache également à faire réfléchir la femme sur la possibilité qu'elle a, compte tenu de sa trajectoire personnelle, de respecter la méthode. Il s'assure au final de son plein accord et de l'absence de réticences vis-à-vis de la méthode choisie.

➤ **Explication :**

PNSR (2021) quant à lui, la phase d'explication est orientée sur l'explication de la méthode et de son emploi et vise, s'il y a lieu, à l'établissement d'une prise en routine (par ex. des conseils sur la prise à heure régulière d'une pilule, le soir après un repas). En pratique, elle comprend si possible une démonstration de son usage et peut avantageusement même donner lieu à un apprentissage avec manipulation par la consultante elle-même. Le soignant renseigne la consultante sur les possibilités de rattrapage en cas de problème et lui indique où et dans quelles conditions elle peut se procurer ces différentes méthodes. Sont enfin abordées les raisons médicales qui peuvent justifier son retour ainsi que la programmation et la

planification de la consultation suivante.

➤ **Retour :**

Les consultations de suivi sont l'occasion de réévaluer la méthode et de vérifier qu'elle est adaptée à la personne (au besoin de corriger son emploi) et que celle-ci en est satisfaite. Ces consultations sont également l'opportunité de compléter la contraception ou éventuellement de changer de méthode si la méthode choisie se révèle inadaptée (en raison par ex. d'effets indésirables) ou insuffisante (en raison par ex. d'une exposition aux IST). Le cas échéant sont notamment abordés les points qui n'auront pu être évoqués lors de la ou des précédentes consultations. Le soignant s'intéresse également aux questions que se pose la consultante et s'attache à résoudre les problèmes, cliniques ou d'emploi, qu'elle a pu rencontrer dans l'intervalle des 2 consultations. Il prend en compte les modifications de sa trajectoire individuelle et sociale. L'entretien se termine par la programmation et la planification de la consultation suivante.

De manière globale, s'engager dans une démarche individuelle d'aide au choix implique pour le médecin (ou pour le soignant menant une consultation portant sur la contraception) :

- de réfléchir, au préalable, à la signification individuelle et sociale du geste que représente la prescription (ou l'assentiment au choix) d'une méthode

contraceptive ;

- de se questionner, au préalable, sur son propre positionnement vis-à-vis de la contraception et des différentes méthodes existantes, ainsi que sur le rôle qui lui est dévolu dans la relation avec la femme et le couple ;
- de prendre le temps d'analyser précisément avec la femme (et/ou le couple) sa situation (médicale mais aussi sociale, son appartenance culturelle, ses représentations, ses peurs et ses envies, etc.) avant d'envisager avec elle une ou des méthodes contraceptives;
- de l'informer sur les choix possibles ;
- de lui permettre de choisir la méthode qu'elle estime comme la plus adaptée ;
- de la former à l'utilisation de la méthode choisie ;
- enfin, de réévaluer périodiquement cette option avec la femme et/ou le couple.

7. Choix d'une méthode de la planification familiale

Il existe les méthodes modernes et traditionnelles, artificielles et naturelles. Les méthodes traditionnelles ont servi pour empêcher la grossesse à laquelle l'application a été transmis d'une manière traditionnelle d'une génération à une autre ; de ce fait, toutes méthodes naturelles que artificielles sont choisies et évaluées selon les critères suivants :

- ❖ *La réversibilité* : c'est la rapidité de retour à la fécondité normale à l'arrêt de l'utilisation d'une méthode ;
- ❖ *La sécurité* : c'est la mesure à laquelle

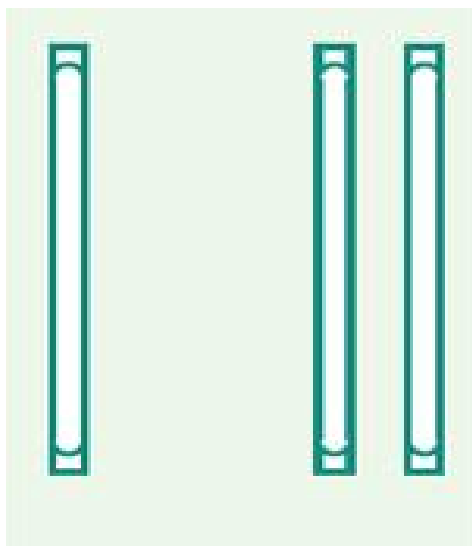
une méthode contraceptive ne cause pas du tort à l'utilisateur ;

- ❖ *Efficacité* : c'est la capacité qu'à une méthode d'empêcher la survenue d'une grossesse ;
- ❖ *L'acceptabilité* : le pourcentage des personnes qui désirent la contraception et décident l'utiliser après avoir été informé sur la dite méthode (P.N.S.R 2003)

D'après BERNARD et All. (1987) la planification familiale est l'ensemble des moyens et méthodes qui permettent de se conformer à la volonté des parents et de la société les nombres et l'espacement des naissances dans une famille.

Pour mieux planifier les naissances on recourt à des méthodes contraceptives qui peuvent être naturelles ou artificielles réversibles ou définitives selon le choix du couple et l'éligibilité à la méthode choisie.

Brève présentation des implants :



Cette méthode d'implant sous cutané a fait preuve de son excellente efficacité si la technique de pose est respectée et peut constituer une alternative intéressante notamment pour des femmes sujets à des problèmes d'observance ; sa prescription ne peut cependant être envisagée qu'au regard de sa mauvaise tolérance et à condition que l'absence de règles soit bien tolérée (PNSR 2019).

Actuellement on dispose de plusieurs sortes des implants sur le marché commercial, mais d'une façon générale, on distingue :

- Les implants qui protège la femme pendant 5ans, contraceptives autrement appelé cinquantenaire par les consommatrices, la jabelle par les professionnels de santé.(deux bâtonnets) .Contenant de la progestérone qui se diffuse lentement à travers deux bâtonnets insérés dans l'avant-bras il protège la femme

pendant 3à 5ans.

- Après l'insertion, il est demandé de prendre le temps c'est-à-dire ne pas trop travailler le même jour... et la femme doit consulter l'infirmier pour les pansements de la plaie jusqu'à la cicatrisation. Elle doit attendre au moins une semaine pour l'efficacité du produit. Si nécessité de passer les relations sexuelles, veuillez utiliser une méthode d'appoint tel que le préservatif (condom) pendant la

période de fertilité.

- Implanon NXT, ce contraceptif protège la femme pendant 3ans. Cet implant contient l'étonogestral qui est diffusée lentement à travers l'batonnet inséré dans le bras. Il protège la femme pendant 3ans après lequel le bâtonnet soit retiré.

Cette méthode présente une efficacité de 99 % .L'implant est une méthode hormonale très efficace. Dans cette méthode souvent on observe un prestataire de santé formé qui place un dispositif dans la partie interne du membre supérieur gauche de la femme soit le bras que la femme utilise le moins pour ses travaux domestiques et ménagers L'insertion et le retrait se font seulement par des prestataires cliniques formés qui peuvent être infirmiers ou médecins.

Cette méthode protège pendant trois à cinq ans contre une grossesse non désirée et permet le retour immédiat de la fécondité

Avantages:

- Une fois l'implanon inséré, la femme n'a pas d'autres actions à prendre pendant 3à5ans ;
- L'implant n'altère ni la qualité ni la quantité de lait maternel pour les mères nourrices et peut être placé six semaines après l'accouchement ;
- Une diminution des règles pour les femmes aux règles abondantes;
- Le retour immédiat à la fertilité dès le retrait de l'implant.

Inconvenient:

- Une femme ne pourrait pas arrêter la méthode seule. Un prestataire formé doit l'insérer et le retirer.
- L'insertion et le retrait sont un peu douloureux pour certaines femmes.

Effets secondaires

- Elle provoque les changements ou troubles dans les règles mensuelles (saignements légers, absences des règles ou règles prolongées). Les changements sont sans dangers et peuvent décroître avec le temps.
- Parfois accompagné des malaises, de maux de tête, prises de poids, et parfois une légère perte de cheveux.

7. Corrélation PF communautaire et PF clinique pour la gestion efficace des rumeurs sur les Implants dans des communautés.

Pour dissiper les rumeurs, il faut évaluer les connaissances des clients sur la rumeur, établir des bonnes interactions avec les clients pour qu'ils osent poser des questions ou demander des informations complémentaires. Bien écouter ce que le client dit. Demander la source des rumeurs. Chercher ce qui pourrait être à la base de la rumeur (par exemple d'autres messages, informations, une expérience négative, les informations fournies par le personnel et mal comprises par le client, certaines croyances, traditions et valeurs). Est-ce que la rumeur vient-elle d'une source crédible ? Corriger les informations

erronées par exemple, expliquer de façon simple le raisonnement derrière la réalité et toujours dire la vérité.

CONCLUSION

Au terme de cette étude centrée sur la gestion des rumeurs, notre préoccupation majeure était les rumeurs négatives sur les implants par les utilisatrices et la communauté, nous nous sommes posé la question de savoir si quelle serait la stratégie de gestion des rumeurs sur les implants cas de la jabelle et implanon NXT. Nous nous sommes partis d'une hypothèse selon laquelle les rumeurs sur les implants seront mieux gérer et dissiper par la mise en commun des actions PF-Communautaire et PF clinique, la formation suffisante des prestataires en cette matière, la sensibilisation approfondie de la population et un counseling bien fait. au vu de ce qui précède, nous affirmons que la symbiose des actions PF communautaire et PF clinique réduirait les rumeurs sur les implants en RD Congo.

BIBLIOGRAPHIE

1. Amuli Jiwe et Ngoma Mademvo, (2012) Santé Communautaire, Principes et Approches, Édition ,Médiaspaul.
2. Bernard et Geneviève Pierre,(1986) Dictionnaire Médical pour les régions Tropicales, Edition Kangu Mayumbe.
3. Gilberte Vansentenjans, (1986) Instruments pour un centre de planification familiale, Edition Paris.
4. Galverlink,(2007) Méthodes contraceptives en RDC : Taux d'utilisation, Kinshasa.
5. Keiffer L. et Coll.(1996), Méthodes de rajeunissement, Edition Paris.
6. Jamont C.,(1966) Ethique de la sexualité pour notre temps, Edition Bruxelles.
7. Tandu Umba, (2006)De la théorie à la pratique, Edition PUK.
8. Haire N. et Géraud. R.,(1996) La pilule anti fécondante et contraception mécanique, Edition Paris.
9. Haire N.,(1996) Problème de fécondité consciente, Edition Londres.
10. Read Bain,(1986) Education et Adaptation sexuelle, Presse Universitaire de Miami.
11. Tshibanda Wamwela,(1987) B.P., Psychologie, Ed. Umpala.
12. OMS,(1987) Contraception mécanique et spermicide : Leurs rôles en Planification familiale, Genève 1987.
13. OMS,(1996) Choix des méthodes contraceptives : Guide théorique et Pratique, Genève.
14. OMS, (1983) Les dispositifs intra utérins et la planification familiale, 1983.
15. OKONGA J. L.,(2007) Implication de relais communautaire dans le Développement d'une zone de

santé, Article scientifique (Etude congolaise, Kinshasa).

16. Programme national de santé de la reproduction,
2004,2014,2016,2018
17. SENKER N.B(2022) Utilisation des méthodes contraceptives par les femmes en âge de procréer de la ZS de Limete.

* EXPLOITATION DES RESSOURCES NATURELLES ET DEVELOPPEMENT DURABLE EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE: ANALYSE DES OPPORTUNITÉS ENTRE RD CONGO, BOTSHWANA ET ILE MAURICE

Received 31 October 2022; Accepted 20 December 2022

Available online 29 December 2022