

REPUBLIQUE DU BURUNDI



SECRETARIAT EXECUTIF PERMANENT DU CNLS

**STRATEGIE DE COMMUNICATION POUR LA PROMOTION DE
LA CIRCONCISION MASCULINE DANS LA PERSPECTIVE DE LA
REDUCTION DE LA TRANSMISSION DU VIH AU BURUNDI**

RAPPORT DEFINITIF

AOUT 2010

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES.....	i
CONSULTANT :.....	ii
COMITE DE PILOTAGE	ii
SIGLES ET ABREVIATIONS.....	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	iv
O. INTRODUCTION	v
I. CONTEXTE, JUSTIFICATION ET RESULTATS DE L'ENQUETE CAP.....	1
I.1 CONTEXTE ET JUSTIFICATION	1
I.2 PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ENQUETE CAP.....	2
II. STRATEGIE DE COMMUNICATION COMME MOYEN DE PREVENTION DU VIH/SIDA AU BURUNDI	16
II.1 POUR EN SAVOIR UN PEU PLUS SUR LA CIRCONCISION MASCULINE	16
II.2 NOTION DE LA CIRCONCISION MASCULINE	17
II.3 LES OBJECTIFS DE LA STRATEGIE EN FAVEUR DE LA CIRCONCISION MASCULINE.....	17
II.4 NECESSITE DU PASSAGE A L'ECHELLE	17
II.5 LES ORIENTATIONS DE LA STRATEGIE.....	19
II.6 APPROCHE DE LA COMMUNICATION	20
III. PLAN OPERATIONNEL DE COMMUNICATION SUR LA CIRCONCISION MASCULINE COMME MOYEN DE PREVENTION DU VIH AU BURUNDI	26
III.1 LES OBJECTIFS	26
III.2 LES RESULTATS ATTENDUS.....	26
III.3 LES INDICATEURS	27
III.4 LES INTERVENANTS ET LES CIBLES DE LA COMMUNICATION OPERATIONNELLE	27
III.5 LES ACTIVITES DE COMMUNICATION	31
III.6 SUIVI ET EVALUATION	34
III.7 LE CHRONOGRAMME.....	35
III.8 LOGIQUE SUIVI-EVALUATION	37
III.9 BUDGET	40

Consultant :

Pr NDAYISABA Gabriel

En collaboration avec :

1. Pr NDIMURUKUNDO-KURURU Barbara
2. Dr Jean Bosco DARADANGWE

Comité de pilotage

1. Dr KAMANA Jean, Conseiller à la Direction Générale de la Santé Publique : Président du comité
2. Dr MBONIHANKUYE Damien, Expert chargé de la prise en charge médicale et PTME au Projet APRODIS, SEP/CNLS : Vice Président du Comité
3. Dr NTIRAMPEBA Léonard, Expert Clinicien chargé de la prise en charge, USLS/Santé : Secrétaire du Comité
4. Dr Thaddée NDINDURWAHA, Directeur de l'USLS/Santé
5. Dr BARUTWANAYO Antoine, Directeur Technique au PNSR
6. Dr BAROUAN Catherine, OMS
7. Dr BARAMPERANYE Evelyne, Responsable de la recherche au CNR
8. Dr NTIRABAMPA Audace, USLS/Sécurité Publique
9. Dr NIVYINDIKA Léocadie, Conseillère à la Direction Générale de la Santé Publique
10. Mme Thérèse NTAHOMPAGAZE, Expert chargé de la prévention au Projet APRODIS, SEP/CNLS
11. Mr KUBWUMUREMYI Patience, Représentant de l'ABS
12. Dr NDABIHORE Nina, Directeur de la prise en charge au Ministère de la lutte contre le Sida
13. Mr NINDAGIYE Emmanuel, statisticien CNR
14. Mr Audace NIYONGERE, chargé du suivi évaluation au SEP/CNLS
15. Mr KAVUNGERWA Apollinaire, chargé du suivi évaluation au Projet APRODIS, SEP/CNLS
16. Dr NTAHOBARI Stanislas, OMS

SIGLES ET ABREVIATIONS

Sigle/Abréviation	Signification
ASBL	Association Sans But Lucratif
Cu	Corps en uniforme
CSPro	Census and Survey Program
Fa	Femme adulte
FBU	Franc burundais
Fps	Femmes professionnelles du sexe
ISS	Interview semi structurée
IST	Infection sexuellement transmissible
Jfs	Jeune fille scolarisée
Jgns	Jeune garçon non scolarisé
jgs	Jeune garçon scolarisé
Ha	Homme adulte
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies sur le sida
MST	Maladie Sexuellement Transmissible
N/A	Not available
SEP/CNLS	Secrétariat Exécutif Permanent du Conseil National de Lutte contre le sida
SPSS	Statistical Package for Social Survey
Sida	Syndrome d'Immunodéficience acquise
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
WHO	World Health Organization

LISTE DES TABLEAUX

N° du tableau	Intitulé du tableau	Page
Tableau 1	Comparaison de quelques indicateurs d'acceptabilité de la circoncision pour 7 pays d'Afrique Subsaharienne	5
Tableau 2	Comparaison de l'impact de l'information relative à la relation entre la circoncision et la relative protection au VIH (Burundi et Botswana)	6
Tableau 3	Choix de l'âge de circoncision masculine	6
Tableau 4	Comparaison du degré de perception de la douleur entre les populations burundaise et sud-africaine	8
Tableau 5	Comparaison de la perception des avantages de la circoncision masculine entre les hommes circoncis et les hommes non circoncis.	12

O. INTRODUCTION

La présente stratégie de communication et le plan opérationnel pour l'acceptabilité et la faisabilité de la circoncision masculine au sein de la population sexuellement active au Burundi ont été élaborés pour que les décideurs, les acteurs opérationnels et les partenaires puissent s'y référer. Ils serviront de cadres théorique et conceptuel, de guide comme outil de plaidoyer, de coordination des interventions et de mobilisation des ressources humaines et matérielles ainsi que de plan opérationnel pour la mise en œuvre de cette stratégie.

Pour réussir pleinement cette stratégie et ce plan opérationnel, le support d'une communication solide doit être mis au point pour s'assurer de la clarté à propos de la relation entre la circoncision masculine et la prévention du VIH/SIDA. En effet, la mauvaise information, la désinformation ou les opinions ancrées pour ou contre la circoncision masculine constituent des défis qui doivent être identifiés et relevés dans le plan de mise à l'échelle. Dans ce contexte, il est crucial d'insister sur certains aspects dont les plus importants, retenus lors de l'enquête CAP, sont présentés dans le premier chapitre du présent document.

La circoncision masculine a été universellement reconnue comme une intervention susceptible de contribuer à renforcer la prévention du VIH/SIA surtout dans les zones hyper endémiques. Le Burundi a souscrit à l'approche systémique dans le passage à l'échelle qui répond au schéma suivant : 1° Etude d'acceptabilité et de faisabilité de la circoncision masculine chez les hommes de 15 à 45 ans. 2° La mise en œuvre d'une communication opérationnelle soutenue par une stratégie de communication consensuelle. 3° L'opérationnalisation technique du passage à l'échelle de la circoncision masculine. Le document de stratégie de communication recommande de considérer deux étapes : le plaidoyer et la communication proprement dite.

Le but du plaidoyer sera de créer un environnement social et politique nécessaire à l'appui d'une mise à l'échelle rapide en vue d'atteindre les résultats escomptés. Il s'adressera surtout aux décideurs politiques, points focaux, les partenaires institutionnels, les partenaires non étatiques, les gestionnaires des programmes de lutte contre le VIH/SIDA, les leaders socioculturels. Le résultat recherché sera d'en faire des relais dans le marketing de la circoncision masculine par l'appropriation, la contribution à la campagne de communication par la disponibilisation des ressources humaines et financières.

Ce document est subdivisé en trois chapitres. Dans le premier chapitre, nous présentons le contexte et la justification de la stratégie et du plan opérationnel de communication pour l'acceptabilité de la circoncision masculine ainsi que les résultats pertinents de l'enquête

CAP. Les second et troisième chapitres sont respectivement centrés sur la stratégie de communication et le plan opérationnel sur la circoncision masculine comme moyen de prévention du VIH/SIDA au Burundi.

I. CONTEXTE, JUSTIFICATION ET RESULTATS DE L'ENQUETE CAP

I.1 Contexte et justification

Le Burundi, pays où la pandémie du VIH/SIDA est généralisée, a souscrit à l'orientation de l'OMS et de l'ONUSIDA qui ont déclaré, en mars 2007, que « la circoncision masculine doit maintenant être reconnue comme une mesure efficace de prévention du VIH ». En conséquence, il a été recommandé que « les pays où la prévalence est élevée et où l'épidémie à VIH est généralisée avec un taux de circoncision faible doivent envisager d'élargir d'urgence l'accès aux services de la circoncision masculine ». Il apparaît donc que la circoncision masculine est une méthode de prévention qui contribue à la prévention contre le VIH/SIDA et qui mérite une mise en application à une grande échelle.

D'après les études réalisées en Afrique Subsaharienne, particulièrement en Ouganda, au Kenya et en Afrique du Sud entre 2002 et 2006, il est apparu que la circoncision masculine réduit le risque d'infection au VIH de près de 60% de la femme à l'homme.

De plus, la circoncision des adolescents et des jeunes adultes offre au personnel de santé l'opportunité de mener une discussion large concernant non seulement la prévention du SIDA, mais aussi tous les aspects de la santé sexuelle et de la reproduction portant entre autres sur : la promotion de l'adéquate utilisation du condom ; la réduction du nombre de partenaires sexuels ; le counselling et le dépistage volontaire ; le traitement précoce des IST ; la santé sexuelle et reproductive ; la fidélité ; l'abstinence.

Au-delà des préoccupations relatives à la sauvegarde de la vie, des arguments économiques solides militent en faveur du passage à l'échelle de la circoncision masculine. Investir dans la circoncision masculine comme une part du paquet global de la prévention contre le VIH/SIDA épargne les coûts futurs du traitement. Ainsi, en Zambie, le coût estimatif du passage à l'échelle de la circoncision masculine était de 96,8 millions de dollars américains sur 8 ans. Par comparaison, le coût du traitement pour ceux qui seraient infectés en l'absence de ce complément de protection était estimé à 161,7 millions de dollars américains sur la même période.

Sur base de tous ces résultats et projection, conformément aux recommandations de l'OMS et de l'ONUSIDA, plusieurs pays, dont le Rwanda, ont démarré de façon pragmatique la phase pilote de mise à l'échelle, parallèlement aux enquêtes et autres études spécifiques sur l'acceptabilité et la faisabilité de la circoncision masculine.

Au Burundi, la pratique de la circoncision masculine n'était pas largement répandue. Il est apparu important qu'avant la mise à l'échelle, l'on tienne compte des valeurs socioculturelles, religieuses et traditionnelles locales, afin de s'assurer que la pratique est acceptable par les communautés des différents milieux, particulièrement le milieu rural où vivent plus de 90% de la population. L'OMS insiste sur « la nécessité de la mise en œuvre des stratégies de communication efficace pour la transmission de messages clairs et cohérents, afin d'éviter l'entretien d'un faux sentiment de sécurité chez les hommes circoncis pouvant les pousser à des comportements à haut risque, annihilant ainsi la protection partielle que leur aurait apportée cette intervention.

C'est dans ce contexte qu'une étude d'acceptabilité de la circoncision masculine au sein de la population sexuellement active du Burundi a été menée en 2009 en vue de mieux préparer sa prise en compte dans les programmes de prévention de la transmission sexuelle du VIH.

I.2 Principaux résultats de l'enquête CAP

L'enquête CAP, destinée à jauger le niveau de connaissance et d'acceptabilité de la circoncision masculine, s'est intéressée à relever quelques déterminants qui pourront servir d'indicateurs de suivi-évaluation. Elle a aussi mis en exergue les atouts et les obstacles qu'il faudra maximiser ou minimiser par une stratégie adéquate et un plan de communication pour le changement de comportement vis-à-vis de la circoncision masculine dans le cadre de la prévention du VIH/SIDA/IST.

I.2.1 Connaissance de la circoncision masculine

Pour évaluer le niveau de connaissance de la circoncision masculine par la population, l'on a procédé à la synthèse et la triangulation des résultats issus des analyses quantitatives et qualitatives à partir de quelques indicateurs significatifs ayant intéressés l'étude et en comparant la situation des différents groupes cibles de différents milieux socioculturels. Il s'agit des indicateurs suivants : i) la définition de la circoncision masculine, ii) la justification de la circoncision masculine, iii) les inconvénients de la circoncision masculine, iv) la relation entre la circoncision masculine et la prévention du VIH/SIDA, et v) les meilleurs structures pour la pratique de la circoncision masculine.

Définition de la circoncision

L'analyse quantitative arrive à la conclusion que 48,25% des hommes donnent une bonne définition contre 40,53% des femmes. Cependant 42,99% des femmes avouent n'avoir

aucune idée sur ce qu'est la circoncision masculine contre 19,93% des hommes. 96,77% des musulmans donnent une définition correcte contre 63,8% pour les catholiques et 63,29 pour les protestants. Le milieu semi-urbain semble être le mieux informé, de même que les jeunes scolarisés du palier secondaire. Dans les catégories professionnelles, les cadres viennent en dernière position (41,51%) alors que les agents d'exécution semblent les mieux informés (94,55%).

Globalement au niveau des connaissances, le niveau moyen de connaissance est satisfaisant même si on relève une grande disparité liée aux différences socioculturelles et environnementales. Sur ce registre, la région Est se démarque de toutes les autres régions et l'influence de la RDC est un déterminant important. Les programmes de communication tout comme l'opérationnalisation de la mise à l'échelle devront tenir compte des spécificités locorégionales.

Dans le registre des croyances beaucoup de interrogées ont présenté la circoncision masculine comme *une pratique bienfaisante, préventive* contre les maladies sexuellement transmissibles. De plus, la circoncision masculine serait synonyme de *la propreté, faciliterait les rapports sexuels, préviendrait les blessures et donnerait de l'esthétique* au corps masculin. *Cependant*, on a relevé, notamment chez les femmes, certaines *croyances fausses et saugrenues telles que* :

1° *Impuissance secondaire*. Une croyance affirme que « un jeune garçon, circoncis en bas âge, devient *impuissant*, parce que *son sexe* devient *très atrophié*. En effet l'idée répandue est que *le praticien*, ne pouvant pas tenir un organe encore menu, risque de « *toucher le nerf* ».

2° *La stérilité*. Certaines femmes interrogées croient que la circoncision masculine entraîne systématiquement *la stérilité*.

3° *L'amputation*. Un *stéréotype* indique que certains chrétiens, surtout les protestants, craignent la circoncision masculine parce qu'elle correspondrait à une « *amputation* » d'une partie du corps que Dieu (*Imâna*) leur a donnée..

4° *La propreté et l'hygiène*. *Contrairement* à certaines femmes et jeunes femmes issues des milieux traditionnels, les femmes musulmanes affirment généralement que la circoncision masculine est une réalité et qu'elle offre des avantages certains, car les hommes circoncis sont *très propres* et prévenus contre les infections : même s'ils leur arrivent d'être contaminés par leurs partenaires, cela est moins fréquent qu'en cas de non circoncision. Donc il existe tout de même beaucoup de fausses croyances surtout dans le milieu rural qui constituent un vrai obstacle à la mise à l'échelle de la circoncision qu'une communication spécifique à chaque environnement socioculturel devra corriger.

Justification de la circoncision

Les raisons les plus importantes qui sont évoquées sont : la tradition, la religion, les problèmes médicaux, la prévention des IST et l'hygiène. Les femmes évoquent certaines croyances et stéréotypes tels que le prestige, l'augmentation du plaisir sexuel, la réduction de la douleur lors des rapports sexuels et la prévention contre les blessures. Une frange non négligeable de la population enquêtée n'a reconnu aucun avantage à la circoncision masculine.

Inconvénients de la circoncision masculine

En général, la population enquêtée reconnaît son ignorance concernant des complications postopératoires et estime même qu'il n'y en a pas.

Relation entre circoncision et prévention

Globalement la population burundaise est ignorante de la relation entre la circoncision masculine et la prévention contre le VIH/SIDA

I.1.2 Attitude vis-à-vis de la circoncision masculine

Analyse comparative des indicateurs principaux d'acceptabilité de la circoncision masculine dans les pays d'Afrique subsaharienne.

Certaines études ont été réalisées en Afrique subsaharienne avec une méthodologie différente de celle-ci en ce qui concerne le mode d'échantillonnage et de choix de la population cible. On peut néanmoins comparer les résultats malgré ces différences. En considérant les 5 indicateurs repris dans le tableau 43, il apparaît que leurs niveaux en ce qui concerne le Burundi est globalement proche de la situation des 6 autres pays d'Afrique Subsaharienne considérés.

Ce qui est important à noter en matière de l'acceptabilité de la circoncision masculine c'est que le pourcentage des hommes non circoncis de la série burundaise (75%) souhaitant l'être serait largement supérieur à celui des pays comme l'Ouganda (29%), le Zimbabwe (45%) et le Swaziland (54%).

Cette acceptation de la circoncision masculine est également soulignée chez les femmes concernant aussi bien leurs partenaires sexuels que leurs enfants. Comme on l'a noté lors des focus groups en particulier, certaines femmes assuraient que « *les relations sexuelles avec un homme circoncis étaient de meilleure qualité* ».

Cependant dans le même temps une crainte du développement d'un comportement de désinhibition sexuelle chez l'homme circoncis a été exprimée aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

Tableau 1 : Comparaison de quelques indicateurs d'acceptabilité de la circoncision pour 7 pays d'Afrique Subsaharienne

Indicateur	Burundi	Ouganda	Kenya	Afrique du Sud	Zimbabwe	Botswana	Swaziland
% des hommes non circoncis souhaitant l'être	75%	29%	70%	73%	45%	61%	54%
% des femmes souhaitant la circoncision de leurs partenaires	64,39%	N/A	69%	71%	N/A	50%	N/A
% d'hommes non circoncis souhaitant la circoncision de leurs fils	78,2%	N/A	79%	71-82%	N/A	67%	N/A
% de femmes souhaitant la circoncision de leurs fils	67,23%	N/A	89%	73%	N/A	62%	N/A
% d'hommes circoncis qui recommandent la circoncision pour leurs fils	93,6%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Analyse comparative de l'impact de l'information relative à relation entre la circoncision et la relative protection au VIH (BURUNDI ET BOTSWANA)

La comparaison entre pays est faite à titre indicatif, car les différentes études n'étaient pas standardisées (population cible, échantillonnage, contenu du questionnaire standard, le questionnaire ISS, etc.). Le choix du Botswana et du Burundi résulte du fait que parmi les études faites dans les 13 pays subsahariens seuls ces deux pays se sont systématiquement intéressés à ces indicateurs. Nous constatons qu'au niveau des possibilités de changement d'attitude, le Burundi se positionne correctement eu égard aux résultats de l'approche quantitative corroborés par les opinions exprimées lors des focus group et des ISS des interlocuteurs clés.

Tableau 2 : Comparaison de l'impact de l'information relative à la relation entre la circoncision et la relative protection au VIH (Burundi et Botswana)

Groupe	BURUNDI		BOTSWANA	
	Avant l'information	Après l'information	Avant l'information	Après l'information
Femmes favorables à la circoncision du partenaire	64,39%	86,3%	50%	79%
Femmes favorables à la circoncision de leurs fils	67,23%	81,9%	62%	90%
% d'hommes favorables à leur circoncision	75%	84,5%	61%	81%
Hommes favorables à la circoncision de leurs fils	37%	65%	67%	90%

Structure de choix pour la pratique de la circoncision masculine

Pour la population générale, les structures sanitaires semblent être les mieux indiquées. Cependant, la population musulmane pense que la pratique traditionnelle dans le cadre de la religion est suffisamment sécurisée. Notons que ces mêmes musulmans recourent dans leur grande majorité aux structures de santé pour leur circoncision ou celle de leurs enfants.

Age idéal pour la circoncision masculine

Dans l'optique d'apprécier l'âge propice pour la pratique de la circoncision masculine, une comparaison des avis des groupes cibles suivants s'avère nécessaire: les femmes, les hommes circoncis, les hommes non circoncis, et les prestataires de soins a été effectuée.

Tableau 3 : Choix de l'âge idéal de circoncision masculine

Groupe	Période néonatale (0-2 ans)	Pré puberté (3-9 ans)	Puberté
Femmes	41%	50,2%	8,8%
Hommes circoncis	35%	61,3%	7,7%
Hommes non circoncis	27%	57%	5%
Prestataires de soins	36,39%	46,39%	7,22%

Il ressort de ce tableau comparatif que la majorité de la population interrogée est favorable à la pratique de la circoncision masculine en bas âge, avant la puberté. Parmi les arguments évoqués, il y a : **la réduction de la douleur, du risque de complications, du traumatisme psychologique, le respect des prescriptions religieuses, le souci d'hygiène** ainsi que la **prévention précoce** des IST.

Les résultats de l'analyse qualitative concordent avec ceux de l'analyse quantitative car il ressort des entretiens en focus groups ou les ISS des interlocuteurs clés que même si jadis la circoncision se pratiquait à tout âge, la majorité de la population interrogée est plutôt favorable à la pratique de la circoncision en bas âge.

En conclusion : le choix de la pratique de la circoncision masculine en bas âge semble réunir un large consensus qui concorde avec les conclusions des enquêtes menées dans les autres pays de la région subsaharienne.

On doit noter que le Burundi n'a pas une réglementation en la matière contrairement à l'Afrique du Sud, par exemple. Dans ce dernier pays l'article 12 du *Children's Act 38 of 2005* comporte des restrictions en matière de circoncision en bas âge. Il interdit la circoncision de l'enfant mâle de moins de 16 ans, sauf lorsqu'elle a un but religieux ou quand elle est recommandée par un médecin dans un but médical. Il fait dépendre la circoncision de l'enfant mâle de plus de 16 ans de son consentement sur la méthode prescrite, du respect d'une obligation de conseil, et du respect de la méthode prescrite. Il reconnaît le droit de tout enfant mâle à refuser la circoncision, compte étant tenu de son âge, de sa maturité et de son stade de développement.

Décision de pratiquer la circoncision

Il ressort des entretiens que jadis l'initiative en matière de circoncision dans la société traditionnelle burundaise revenait généralement à la mère pour les enfants en bas âge. Celle-ci, après avoir constaté une anomalie, en référait au père et la décision était prise de commun accord.

Les jeunes gens et les hommes adultes décident eux-mêmes d'aller se faire circoncire, soit par effet d'entraînement, soit pour des raisons d'esthétique, d'hygiène ou de prestige. Dans la région Ouest particulièrement à Cibitoke le marketing social de la circoncision est assuré par les filles avec parfois stigmatisation et exclusion.

Chez les musulmans la circoncision masculine est obligatoire et il est de mise que les parents fassent circoncire leurs fils dans la prime enfance.

Rejet de la circoncision masculine

En comparant les résultats de l'enquête menée au Burundi et aux investigations effectuées dans les autres pays de l'Afrique subsaharienne on relève que les sept facteurs potentiels de rejet de la circoncision masculine sont la douleur, la culture et la religion, le coût de l'opération, les complications post opératoires et les effets indésirables, la désinhibition et/ou vagabondage sexuel, les stéréotypes ou clichés, l'impatience et le manque de retenue.

1° *La douleur* s'avère le principal obstacle à la circoncision masculine dans la plupart des études réalisées. Dans certaines communautés, la circoncision masculine est considérée comme un rite de passage pour devenir un homme endurant face à la douleur. Ainsi, comme le montre le tableau 46, le souvenir de la circoncision masculine est diversement perçu au sein des populations burundaise et sud-africaine.

Tableau 4 : Comparaison du degré de perception de la douleur entre les populations burundaise et sud-africaine

Papys	Très douloureuse	Modérément douloureuse	Non douloureuse	Pas de souvenir
Burundi	27,6%	51%	17,8%	3 ,6%
Afrique du Sud	42,6%	34,4%	18,5%	_

Cette comparaison pourrait mener à la conclusion que la population burundaise est plus stoïque et endurente que certaines tribus d’Afrique du Sud, ce qui est un élément positif de l’acceptabilité de la circoncision masculine.

2° La culture et la religion. Il n’y a pas un consensus clair sur l’incompatibilité de la circoncision avec la foi chrétienne. Certains affirment que la circoncision masculine est une pratique païenne pendant que d’autres la considèrent comme conforme à la tradition chrétienne.

Certaines religions interdisent la circoncision masculine à leurs adeptes, soi-disant qu’elle est contraire à la loi divine. Cette idée est véhiculée par certains catholiques et renforcée chez les pentecôtistes. Elle est liée au fait que pratiquer la circoncision consiste à amputer une partie de son corps et donc de contredire la volonté du Créateur et l’esthétique ornementale qu’il a conférée au corps masculin. Enfin la circoncision masculine est rejetée au Burundi parce qu’elle est perçue comme une pratique purement musulmane et qu’elle n’est prévue dans aucun rituel d’initiation ni de purification traditionnelle.

3° Le coût. Dans la présente étude, on a relevé que 50% de la population qui s’est exprimée sur ce sujet suggèrent que le coût de la circoncision masculine et des soins post opératoires ne dépassent pas 1000 FBU, alors que 89,75% se prononcent pour un coût inférieur à 500 FBU. Une étude faite en Zambie a relevé que 34% des participants défavorables à la pratique de la circoncision masculine ont changé d’avis dès lors que le tarif préconisé était ramené à moins de (- 3 USD).

Dans notre étude, 61,92% des personnes interrogées sont pour un coût inférieur à 2000 FBU. Aujourd’hui, au Burundi le coût est très variable même dans les structures sanitaires. Il s’étale entre 1.000 FBU à plus de 20.000 FBU.

4° Les complications post opératoires et effets indésirables. D’après les résultats de l’enquête, les parents pensent que la circoncision pourrait conduire à des complications et effets indésirables : inquiétude sur la sécurité, l’hémorragie, la mortalité infantile, le risque d’infection, la lenteur de la cicatrisation, l’atrophie du pénis, etc.

Comme lieu de pratique de la circoncision masculine, le cadre traditionnel est réputé être source d’infection, y compris le VIH/SIDA..

Globalement, au Burundi comme dans les autres pays subsahariens, il semble y avoir une grande confiance dans le praticien des services sanitaires avec une forte préférence pour les

services de circoncision assurés dans les établissements de santé par des professionnels de santé formés.

Ainsi, dans la présente étude, 70% recommandent la circoncision dans les structures sanitaires publiques. La majorité des 24% qui préconise l'approche traditionnelle est constituée de musulmans qui estiment que les circonciseurs religieux maîtrisent la pratique.

5° *La désinhibition et/ou le vagabondage sexuel.* L'appréhension de comportement de désinhibition sexuelle pouvant aller jusqu'au vagabondage sexuel a été exprimée par les différents interlocuteurs avec une acuité particulière chez ceux de sexe féminin.

6° *Les stéréotypes ou clichés* et un comportement inadéquat conditionnent aussi le rejet de la circoncision masculine. Certains informateurs disent que la circoncision masculine diminue le plaisir sexuel et provoque même l'impuissance. D'autres informateurs, notamment les hommes et les femmes adultes, évoquent plutôt l'exagération du plaisir sexuel et la disposition au vagabondage sexuel. Certains hommes rejettent la circoncision parce que, durant la période de convalescence, le médecin leur interdit de consommer de l'alcool et la soif les tenaille. Ceci est un problème de comportement et de dépendance, d'autant que d'autres boissons, en l'occurrence l'eau, éteignent bien et peut-être même mieux la soif que la bière et boissons alcoolisées.

7° Une autre raison évoquée est *l'impatience et le manque de retenue* chez certains hommes, pour qui la circoncision les obligent à se priver des rapports sexuels ou les retardent.

Quelques études en Afrique subsaharienne se sont intéressées à ce problème de désinhibition comportementale et ont trouvé en partie en Afrique du Sud, une association significative entre la circoncision et le partenariat multiple extraconjugal. De même en Ouganda des études observationnelles ont révélé que les hommes circoncis s'engagent beaucoup dans des comportements à risque vis-à-vis du VIH que les non circoncis. D'autres études en Afrique du Sud sont arrivées à la conclusion que la circoncision masculine encourage l'adultère et que les nouveaux circoncis soient enclins à tester leurs capacités sexuelles. Autrement dit, le risque de comportement de désinhibition est réel et doit être pris en compte dans les stratégies de communication.

I.1.3 Pratique de la circoncision masculine

Les éléments caractéristiques de la pratique de la circoncision masculine sont le taux de prévalence, l'influence de la religion, la prévalence par région, la prévalence par âge et le niveau d'instruction.

Taux de prévalence

Le taux moyen dans la population masculine enquêtée est de 43%. Même s'il paraît de faible niveau, il est dans tous les cas supérieur au taux de circoncision que la commune renommée qualifie jusque là de très faible ou même marginale dans la population burundaise. L'explication serait que le sujet reste tabou dans beaucoup de milieux et la pratique se ferait en « toute discrétion ».

Cependant ce niveau de prévalence est supérieure à la moyenne mondiale puisque Selon une estimation de l'OMS la pratique de la circoncision masculine concernait en 2006, 665 millions d'hommes, soit environ 30 % des hommes adultes dans le monde.

Influence de la religion

Lorsqu'on analyse la répartition de la prévalence par rapport aux principales confessions religieuses, on a la confirmation que le taux le plus élevé se retrouve chez les musulmans, les catholiques et les protestants étant à égalité.

Les musulmans la pratiquent par des méthodes et un rituel traditionnels, mais actuellement, ils vont de plus en plus dans une structure de santé. Nous avons constaté que si elle se fait parfois dans les milieux traditionnels chez un tradipraticiens ou par un infirmier qui effectue des visites à domicile. Dans les milieux citadins non musulmans, les adeptes de la circoncision sont des hommes et des jeunes gens originaires des milieux traditionnels qui, comme par effet de contamination, demandent d'être circoncis Ces résultats concordent avec le constat des autres études effectuées en Afrique Subsaharienne.

La religion apparaît comme un déterminant majeur d'acceptabilité de la circoncision masculine qui est universellement associée à l'islam. De même, ailleurs en Afrique parfois on constate que la pratique est fondamentale dans certaines sectes minoritaires chrétiennes ou animistes.

Au Burundi, c'est l'église de Pentecôte qui rejette le plus la circoncision masculine. Dans tous les cas, il ne semble pas y avoir de consensus sur la compatibilité entre la circoncision masculine et la foi chrétienne. Certains chrétiens estiment que la pratique de la circoncision est une culture judéo-chrétienne à la quelle même Jésus-Christ a été soumise.

Influence du milieu de vie

On constate que le milieu de vie influe sur la pratique de la circoncision masculine, puisque le milieu urbain vient en tête suivi du semi-urbain et enfin le rural. Il convient de faire remarquer que ces résultats ne concordent pas avec ceux de l'évaluation du niveau de connaissance de la problématique de la circoncision masculine qui était meilleur dans le milieu semi-urbain.

Le cas le plus informatif sur l'influence du milieu concerne les élèves du secondaire vivant en internat. Comme souvent les séances de douche sont communautaires, les garçons non circoncis passent « un mauvais quart d'heure » lorsqu'ils sont acceptés dans le groupe, ce qui n'est pas toujours le cas.

Prévalence par région

L'évaluation du taux de prévalence par région aboutit à des taux allant de 68,78% dans la région Centre Ouest à 27,5% dans la région Nord.

Cela pourrait faire penser à une influence de la contiguïté avec la RDC où le taux de circoncision est très élevé. Le taux le plus élevé est celui de Cibitoke où il se situe à 91%, pendant qu'ailleurs le sujet est encore tabou. Seules trois provinces sur dix ont un taux supérieur à 50%.

Prévalence de la circoncision par âge

Le taux le plus élevé se retrouve chez les jeunes 53,7% dans la tranche d'âge de 30-34 ans, suivi de la tranche d'âge de 25-29 ans avec 48,08%. Il s'agit soit de circoncision pour des raisons traditionnelles ou religieuses pratiquées dans l'enfance ou de circoncision volontaire d'identification ou d'intégration socioculturelle. Quelques circoncisions masculines ont été pratiquées pour des raisons médicales ou de convenance personnelle.

On remarque qu'il y a une nette discordance entre l'existant et le souhaité si l'on tient compte de l'âge de la circoncision si l'on s'en tient aux déclarations des informateurs dont le consensus va dans le sens de privilégier le bas âge comme cela a été relevé ci-dessus.

Considération du niveau d'instruction

Alors que l'évaluation de la connaissance plaçait les cadres universitaires en dernière position et que les agents d'exécution semblaient les mieux informés, au niveau de la pratique les résultats sont inversés en faveur des cadres universitaires. Il semble que les groupes vivant en communauté (Etudiants d'Université, élèves du secondaire surtout en internat) subissent une grande pression pour la circoncision masculine sous peine de marginalisation et stigmatisation sociale.

La revue documentaire donne peu d'informations sur la prévalence de la circoncision masculine dans les pays subsahariennes dans lesquels des études d'acceptabilité ont été menées. Une des raisons est que la plupart des études ont été effectuées sur un échantillon de convenance dans une seule région ou milieu et souvent sur une population ethniquement homogène.

Autrement dit, si le taux moyen de circoncision masculine est en dessous de 50%, l'évaluation de l'attitude fait penser qu'un changement majeur est envisageable dans les conditions qui sont synthétisées plus loin.

I.1.4 Atouts à capitaliser pour le passage à l'échelle

Certains facteurs semblent contribuer à l'acceptabilité de la circoncision masculine. Aussi les participants à différentes études faites ailleurs estiment-ils que les microbes, la saleté, les bactéries et les virus ont une grande possibilité de se multiplier dans l'environnement chaud et humide sous le prépuce. De même la conviction a été exprimée que sans prépuce, il serait plus facile de détecter les éruptions cutanées et les ulcérations pour un traitement précoce.

Tableau 5 : Comparaison de la perception des avantages de la circoncision masculine entre les hommes circoncis et les hommes non circoncis

Effet	Hommes circoncis	Hommes non circoncis
Hygiène et propreté	53,17%	12,64%
Protection contre IST	65,03%	54,49%
Tradition socioculturelle (religion, initiative, prestige)	13,29%	-
Augmentation du plaisir sexuel	13,29%	-
Pas d'avantages	-	5%
Pas d'avis	-	9,90%

La reconnaissance des avantages de la circoncision masculine : hygiène, propreté et protection contre les IST et le VIH

Dans toutes les études, l'hygiène et le maintien de la propreté de l'organe génital masculin sont universellement considérés comme les principaux avantages de la circoncision masculine. Dans plusieurs communautés rurales les femmes étant les fournisseurs d'eau, la pauvreté d'hygiène de l'organe génital mâle est considérée comme un signe de difficulté chez la femme.

Les participants aux différentes enquêtes réalisées en Afrique subsaharienne nomment le prépuce comme un portail d'entrée pour les infections sexuellement transmissibles car le prépuce est considéré comme vulnérable aux blessures traumatiques au cours des rapports sexuels. Cependant, une minorité de personnes interrogées (en Zambie) déclarent que le pénis circoncis est « toujours à secs », « susceptible de se fissurer » et que cet état fournit un portail d'entrée pour les bactéries et les virus.

La relation entre la circoncision masculine et la prévention contre le VIH est moins bien connue. Ainsi, dans notre étude, rares sont les participants qui y ont fait allusion spontanément. Ailleurs, par exemple au Swaziland, 81% des participants déclarent que la circoncision masculine réduit le risque d'infection, alors que 18% seulement croient qu'elle en prévient.

Acceptabilité par les autres groupes communautaires

L'intégration sociale, l'identification et l'acceptabilité dans certains groupes communautaires, la peur d'exclusion ou stigmatisation, le prestige sont aussi d'autres motivations de pratiquer la circoncision masculine.

Déjà dans cette étude-ci, on a signalé que dans la province Cibitoke où la prévalence est la plus élevée, les jeunes garçons non circoncis sont connus et souvent humiliés par les garçons et les filles, ils sont mis à l'index et ne peuvent contracter mariage qu'après circoncision.

Même sur le plan politique, une étude réalisée au Kenya révèle que les Luo sont convaincus qu'ils sont frappés d'exclusion par les autres groupes ethniques à cause de leur statut de non circoncision.

L'adhésion à certaines croyances en faveur de la circoncision

La présente étude comme celles réalisées ailleurs a relevé une perception parfois relevant du fantasme, de la circoncision qui influencerait sur la libido, la performance sexuelle et le plaisir pour l'homme et sa partenaire. Les femmes musulmanes se sont prononcées à l'unanimité pour la préférence de la circoncision alors qu'il n'y a pas de consensus chez les femmes chrétiennes.

Au cours des entretiens de terrain, on s'est attaché à découvrir les raisons qui, dans chaque région du Burundi traditionnel, justifient la pratique de la circoncision ou pourquoi elle est faite ou non. On a découvert que les raisons en faveur de la circoncision sont qu'elles limitent les infections et les maladies génitales (homme adultes, femmes adultes, corps en uniformes, jeunes gens scolarisés, jeunes gens non scolarisés, femmes musulmanes). La circoncision offre aussi l'opportunité d'accomplir agréablement les relations sexuelles, elle favorise la propreté ; elle fortifie l'organe génital masculin ; elle confère un certain prestige parmi les personnes du même âge ; durant les relations sexuelles, les femmes ne méprisent pas un homme circoncis ; pour les citadins, l'on est également encouragé par la proximité des musulmans et de la frontière. Certains participants masculins ont cité la facilité à utiliser le préservatif comme un des avantages de la circoncision masculine.

Acceptabilité conditionnée versus spontanée

Il s'agit d'une amélioration du degré d'acceptabilité liée à l'une ou l'autre condition ou information : la réduction du risque d'infection au VIH, la réduction éventuelle des coûts, la disponibilité et l'accessibilité à l'offre des services de circoncision masculine de qualité (sécurité, compétence). Sur un autre registre, il convient de noter le poids prépondérant des femmes sur la décision de circoncire.

L'attitude des leaders communautaires et du personnel de santé

D'abord, lors de l'enquête : 70% des participants se sont prononcés en faveur de la circoncision masculine pratiquée dans les structures sanitaires par des professionnels qualifiés ; 97,9% du personnel de santé sont prêts à s'impliquer dans un programme de circoncision masculine. La plupart de leaders interrogés sont disposés à contribuer à leur manière, y compris les responsables religieux. Il s'agit d'atouts de taille pour le passage à l'échelle.

I.1.5 Obstacles à surmonter pour le passage à l'échelle

Les obstacles à la circoncision sont de plusieurs types : les croyances et le poids de préjugés, le coût de l'intervention, l'opposition religieuse, l'inaccessibilité aux structures de santé ainsi que l'ignorance.

Les croyances et le poids de préjugés

Les différents groupes interrogés évoquent notamment la douleur, les effets néfastes en cas d'accident (rupture de vaisseaux) ou d'échec de l'opération, la mauvaise cicatrisation, la croyance que la circoncision entraîne la stérilité

On observe aussi la persistance de certaines croyances telles que la perte de la sensibilité du pénis, la réduction de la taille du pénis, le désir sexuel excessif, la diminution des capacités à satisfaire la femme

Un autre obstacle majeur relève de la peur d'être fustigé, soi-disant qu'un homme circoncis se prédispose au vagabondage sexuel. L'on évoque aussi la peur du matériel médical non stérilisé.

Le coût de l'intervention

Le recours à la circoncision, quel que soit l'endroit de sa pratique, reste assez cher si on considère le faible pouvoir d'achat de la population du Burundaise.

L'opposition religieuse

Certaines églises protestantes interdisent la circoncision masculine à leurs adeptes car ils y perçoivent une identification avec les musulmans.

L'inaccessibilité aux structures de santé

A cause des distances ou de la longueur du temps par rapport du lieu de travail. Ceci est lié en grande partie au déficit en infrastructures et des équipements ainsi que le faible niveau de préparation technique.

L'ignorance

Enfin, il convient de signaler la méconnaissance et l'ignorance comme obstacles importants à la promotion de la circoncision masculine. Sans oublier que le sujet touchant à la sexualité reste tabou dans beaucoup de communautés, en particulier au Burundi. Ici comme ailleurs à plusieurs aspects de la problématique de la circoncision masculine, on a enregistré un taux élevé de réponse « je ne sais pas » ou « je n'ai pas d'avis ».

Le contexte, la justification et les résultats de l'enquête CAP montrent ainsi que le niveau de connaissances de la population burundaise sur la circoncision masculine comme un des modes de réduction de la contamination du VIH/SIDA est encore relativement bas. Les attitudes, les pratiques, la faisabilité financière, les opportunités et les obstacles en rapport avec la circoncision masculine nécessitent aussi une évolution des mentalités et des moyens techniques et financiers, ainsi que l'utilisation des modes de communication interpersonnelle et de masse. De plus, le contexte burundais est caractérisé par le fait que la sexualité est un sujet tabou et qui, en cas de nécessité, ne se discute qu'entre des personnes de même sexe et, de préférence, de même génération, exception faite à la tante paternelle, considérée par les anciens comme la personne la mieux indiquée pour entretenir ses neveux et ses nièces des sujets délicats.

Il est donc indispensable d'élaborer une stratégie de communication et un plan opérationnel pour l'acceptabilité et à la faisabilité de la circoncision masculine comme moyen de prévention du VIH/SIDA dans la société burundaise. Cette stratégie se justifie car nous avons découvert que la circoncision masculine est une intervention importante de plus en plus instaurée dans les programmes nationaux de prévention du VIH/SIDA.

II. STRATEGIE DE COMMUNICATION COMME MOYEN DE PREVENTION DU VIH/SIDA AU BURUNDI

II.1 Pour en savoir un peu plus sur la circoncision masculine

1° La circoncision masculine réduit seulement le risque d'infection à VIH pour les hommes mais procure une *protection partielle*.

2° L'homme circoncis doit s'abstenir de toute relation sexuelle pendant la *période de cicatrisation* qui peut aller jusqu'à *6 semaines* suivant la technique utilisée.

3° Tous les hommes, circoncis ou non, doivent adhérer à l'utilisation du *condom* et la limitation des *partenaires sexuels*.

4° Que la circoncision masculine ait lieu dans une structure ou en milieu traditionnel, l'innocuité et sécurité doivent être garanties.

5° L'information sur la réduction partielle du risque d'infection au VIH, les autres IST et la santé reproductive doit être répandue pour s'assurer que les individus font un choix informé.

6° Il est important de distinguer clairement la circoncision masculine de la mutilation (excision) génitale femelle qui doit être combattue comme une pratique nocive avec des effets nuisibles mais aucun bénéfice pour la santé.

7° Il est recommandé de s'abstenir de la promotion de la circoncision masculine chez les personnes déjà infectées par le VIH/SIDA, mais il faut éviter la stigmatisation. En effet, il n'y a aucune preuve d'un intérêt quelconque de santé publique relative à la réduction de la transmission aux partenaires alors que la dépression immunitaire importante entraîne un grand risque de complication postopératoire.

De tels propos de nature à désinformer et à désorienter l'opinion sur doivent être rectifiés méthodiquement, car l'on constate que la circoncision masculine est une intervention importante de plus en plus instaurée dans les programmes nationaux de prévention du VIH/SIDA. De plus, un certain nombre d'aspects nécessitent le support d'une communication solide pour s'assurer de la clarté à propos de la relation entre la circoncision masculine et la prévention du VIH/SIDA.

II.2 Notion de la circoncision masculine

La circoncision masculine est l'ablation du prépuce. Le prépuce est la peau qui recouvre le gland (la tête du pénis). Elle est habituellement pratiquée à deux semaines en période néonatale ou au cours de l'adolescence. Dans certaines régions, elle a une importante signification symbolique rituelle ou religieuse. Par exemple, dans certaines communautés de l'Afrique de l'Est et du Sud, la circoncision masculine est pratiquée à la fin de l'adolescence comme un rite de passage de l'enfance à l'âge adulte. La circoncision masculine est aussi pratiquée pour des raisons médicales ou sanitaires lorsque les problèmes concernent le prépuce.

II.3 Les objectifs de la stratégie en faveur de la circoncision masculine

Nous présentons un objectif général et trois objectifs spécifiques.

II.3.1 Objectif général

Contribuer à la réduction du taux de prévalence du VIH/SIDA/IST grâce à l'acceptabilité et la faisabilité de la circoncision masculine par les publics cibles, constitués par la population burundaise sexuellement active.

II.3.2 Les objectifs spécifiques

- a) Contribuer à acquérir et/ou modifier des connaissances de chaque groupe cible de la population burundaise en matière de circoncision masculine.
- b) Contribuer à acquérir et/ou modifier les croyances et les attitudes de chaque public cible de la population burundaise en matière de circoncision masculine.
- c) Contribuer à acquérir et/ou changer les comportements de chaque groupe cible de la population burundaise en matière de circoncision masculine.

II.4 Nécessité du passage à l'échelle

L'Afrique Subsaharienne, dont le Burundi fait partie, reste l'épicentre de l'épidémie du SIDA avec près de 22,5 millions de personnes vivant avec le VIH à la fin des années 2007. Trois études randomisées réalisées en Afrique du Sud, en Ouganda et au Kenya entre 2002 et 2006 ont démontré que la circoncision masculine réduisait le risque d'infection au VIH de près de 60%. L'évidence que la circoncision masculine réduit le risque d'infection au VIH est péremptoire. La prévalence des hommes circoncis varie beaucoup. Il est de 43% au Burundi, 15% dans certaines parties de l'Afrique Australe et 70% dans les pays de l'Afrique de l'Est.

La circoncision masculine offre une protection additionnelle au VIH parce qu'elle réduit le risque de blessure pendant les relations sexuelles et enlève les cellules particulièrement vulnérables à l'infection du VIH. Un pénis circoncis sèche beaucoup plus vite après les relations sexuelles. Cela réduit la durée de vie de tout virus présent après les relations sexuelles. La circoncision masculine réduit le risque des IST ulcérateur tel que la syphilis et réduit même le risque de cancer du pénis. Il a aussi été démontré la réduction du risque du cancer du col chez la femme.

La circoncision des adolescents et jeunes garçons offre une bonne opportunité au personnel de santé de discuter largement du VIH et de la santé de la reproduction en incluant d'autres aspects comme la promotion de la correcte utilisation du condom, la réduction du nombre de partenaires, le counselling et le dépistage volontaire, le traitement précoce des IST ainsi que le respect des préoccupations sexuelles de la femme et la santé reproductive.

En plus de l'intérêt à sauver les vies humaines, il existe des arguments économiques pour le passage à l'échelle. En effet, investir dans la circoncision masculine comme un complément au paquet global de prévention au VIH épargne les coûts futurs de traitement et permet de réaliser des économies substantielles dans les régions à prévalence élevée. A titre d'exemple, en Zambie, on a estimé à 96,8 millions de dollars américains les besoins de la mise à l'échelle de la circoncision masculine sur 8 ans. En comparaison, le coût du traitement de ceux qui seraient infectés sans ce complément de protection a été estimé à 11,7 millions de dollars américains.

L'ONUSIDA et l'OMS recommandent que les pays où l'infection est hyper-endémique et généralisée mettent en place de service de circoncision masculine.

Comme avec toute autre intervention chirurgicale, il y a des risques associés à la circoncision masculine. Dans ce cas, ils sont rares et mineurs et rapidement réglés lorsque la circoncision est pratiquée par une personne bien formée, dans un centre de santé bien équipé avec des conditions d'asepsie

Cependant, on a relevé beaucoup de cas de sérieuses complications lorsque la circoncision était pratiquée par des agents non qualifiés, sans équipement approprié et dans des conditions non hygiéniques. Assurer les conditions de sécurité est critique pour le succès de la mise à l'échelle.

II.5 Les orientations de la stratégie

La présente stratégie de la communication pour l'acceptabilité de la circoncision masculine comme moyen de réduire la contamination au VIH/SIDA sera conduite en tenant compte de la politique gouvernementale, du statut socio-économique, culture, des relations de genres, de la participation communautaire et de la coopération régionale.

II.5.1 La politique gouvernementale

Elle pourra jouer un rôle important dans la création des conditions favorables et d'un milieu propice au changement positif de comportement pour l'acceptabilité de la circoncision masculine. Cela se manifestera par la volonté et l'engagement politique du Gouvernement du Burundi depuis le sommet de l'Etat jusqu'à la base, en passant par les niveaux intermédiaires provinciaux et communaux. La communication est dans ce cas intimement associée au processus politique, administratif et organisationnel. La politique gouvernementale pourra influencer positivement ou négativement la stratégie de communication pour l'acceptabilité de la circoncision masculine. Cela se remarquera, par exemple, par la disponibilité et l'accessibilité des services et des produits, l'accessibilité des ressources humaines, matérielles et financières.

II.5.2. Le statut socio-économique

Un statut socio-économique médiocre favorise l'exposition des gens pauvres à la non accessibilité à la circoncision masculine. La pauvreté est un déterminant important car il est difficile de demander aux gens affamés de changer de comportement pour se faire circoncire. Cette pauvreté, couplée à l'analphabétisme et accentuée par les années de guerre, touche aussi bien les intellectuels et les analphabètes.

II.5.3 La culture

La culture est l'âme du peuple. A un moment précis de son histoire, elle se manifeste par un code de communication verbale et non verbale contextualisé. Des valeurs éthiques profondément ancrées freinent la prise de décisions et l'engagement des Burundais à changer de mentalité et de comportement en matière de sexualité en général. La sexualité est perçue comme un sujet tabou. Elle est une des manifestations de la culture qui peut générer des obstacles au changement de comportements dans le domaine de la circoncision masculine. Les questions liées à la spiritualité, plus large que la religion, font partie de la culture des publics cibles du programme d'acceptabilité de la circoncision masculine au Burundi.

II.5.4 Les relations de genres

Les relations entre les hommes et les femmes constituent un facteur important dont il faut tenir compte dans la planification de la stratégie de communication pour l'acceptabilité de la circoncision masculine.

II.5.5 La participation communautaire

La participation communautaire est une approche qui intègre les individus, les familles, les communautés, les associations et les leaders à s'impliquer dans la communication en faveur de l'acceptabilité de la circoncision masculine. Cette implication communautaire permettra l'appropriation de la circoncision au niveau de la base, la rédaction des messages adaptés au contexte par et avec des gens du milieu qui intègrent automatiquement leurs besoins et leurs dimensions culturelles.

II.5.6 La coopération régionale

Elle sera indispensable pour mobiliser les différentes ressources par une stratégie de communication pour le changement de comportements contextualisés. Le Burundi doit tenir compte de la situation d'acceptabilité et de faisabilité de la circoncision masculine dans les pays de la région des Grands Lacs Africains et tire les leçons de l'expérience des autres pays en intégrant les meilleures pratiques par rapport à la prévention du VIH/SIDA/IST.

Ces orientations stratégiques constituent les éléments contextuels à tenir en considération dans la planification d'une stratégie de communication pour l'acceptabilité et la faisabilité de la circoncision masculine comme complément dans l'éradication du VIH/SIDA/IST au Burundi.

II.6 Approche de la communication

La communication pour l'acceptabilité et la faisabilité de la circoncision masculine nécessite une bonne planification des activités au niveau de la coordination des intervenants en communication, du processus d'élaboration des messages, de la formation des agents de communication, de la rédaction des messages adaptés au contexte des publics cibles et de l'exploitation judicieuse des différents canaux de communication. Cette stratégie sera construite en tenant compte des aspects sociaux, comportementaux et culturels.

Nous partons de l'hypothèse que la circoncision masculine est une méthode de prévention complémentaire contre la pandémie du SIDA. Elle mérite une mise en application à l'échelle nationale au Burundi, qui fait partie des pays où la prévalence du VIH/SIDA/IST est élevée et semble en progression rapide tant en milieu rural qu'en milieu urbain. Et comme le SIDA pose un problème de santé publique et un problème de développement humain durable, nous pensons aussi que la pratique de la circoncision masculine sera un leitmotiv pour la promotion de la santé publique et du développement de notre pays.

Les fondements théoriques de cette stratégie sont composés par une combinaison des modèles de la communication pour le développement et de la planification en promotion de la santé. Plusieurs modèles existent, certes, mais nous avons choisi le modèle de la communication constitué de certains axes principaux à savoir la communication pour le changement de comportement, la mobilisation sociale ou le plaidoyer, le marketing social, la publicité, les films, le théâtre, etc., et respecte les orientations tracées par l'OMS et l'ONUSUDA.

Les programmes de communication produisent les meilleurs résultats quand le travail est fait à plusieurs niveaux. Les décisions, comportements des individus sont sous l'influence de la famille et des réseaux communautaires. La décision d'être circoncis ou non sera souvent du ressort des hommes adultes, des adolescents et des parents. Cette décision sera influencée par les attitudes et opinions de leurs réseaux sociaux immédiats qui incluent les partenaires sexuels, les pairs, ainsi que les membres de la famille dont le contact est journalier. L'accès à une communication appropriée au niveau communautaire influencera non seulement la décision de recourir à la circoncision mais aussi le comportement sexuel post circoncision. Le présent document considère deux axes critiques pour le passage à l'échelle : le plaidoyer et la communication stratégique.

1° Le plaidoyer est un processus stratégique qui vise à influencer le changement. Dans le contexte de la circoncision masculine, on aura recours au plaidoyer pour créer l'environnement social et politique nécessaire pour appuyer une mise à l'échelle rapide en vue d'atteindre les bénéfices souhaités dans la prévention du VIH. La circoncision masculine pose un certain nombre de défis de plaidoyer comprenant la problématique de la couverture médiatique négative, la désinformation, et la résistance de certains groupes.

Le plaidoyer est particulièrement important au début de l'intégration de la circoncision masculine dans les programmes de prévention du VIH/SIDA. Il doit permettre aux individus et aux communautés d'accéder à une information basée sur l'évidence pour faire un choix informé sur la pratique. De plus, il doit fournir l'information contextuelle qui justifie le passage à l'échelle.

Au-delà des individus et des communautés, les cibles critiques pour le plaidoyer en faveur de la circoncision sont : les dirigeants, les politiciens, les responsables de programmes, les médecins praticiens, les autres agents de la santé, les groupes de femmes, les médiateurs de santé, les agents communautaires, les leaders communautaires et sociaux ainsi que les médecins. Un cadre politique global qui explique la logique et le processus de passage à l'échelle sera un instrument crucial. Des instruments, de plaidoyer seront développés pour appuyer le travail auprès des groupes-clés de plaidoirie et les partenaires.

Nous citerons, entre autres instruments, moyens ou méthodes, les notes d'information, les réunions de sensibilisation, le paquet médiatique, les documents écrits (dépliants), les événements spéciaux et conférences ainsi que les notes d'information pour les membres du Gouvernement. Un solide plaidoyer servira de fondement de communication et d'information aux efforts de la stratégie du public.

2° La communication stratégique est une approche basée sur des éléments probants pour la conception et la mise en œuvre des instructions. La planification stratégique comprend sept étapes importantes à savoir la conduite d'une analyse de la situation, le choix de l'objectif général et des objectifs spécifiques, la détermination des enseignements du public cible, le développer les messages-clés, l'identification des canaux de communication, l'identification des partenaires principaux pour collaboration, le développement et le pré-test des outils, la mise en place d'un système de suivi-évaluation. Ces mêmes étapes seront respectées dans la phase suivante d'élaboration.

L'analyse la situation doit pouvoir objectiver l'acceptabilité et la faisabilité de la circoncision masculine dans la communauté. Elle comporte en particulier : un aperçu sur la façon dont les individus et leurs réseaux sociaux perçoivent la circoncision masculine ; la mise en exergue des barrières et défis possibles ainsi que les atouts pour le passage à l'échelle ; l'exploration de la connaissance de potentiels bénéfiques de la circoncision masculine y compris la réduction du risque d'infection au VIH chez l'homme ; la mise en évidence de la façon dont l'homme définit la circoncision masculine ; l'identification des risques potentiels de comportement de compensation ou désinhibition comme la relations non protégées sous prétexte de la réduction de risque pour la circoncision ; l'établissement de la base d'identification des auditoires et le développement des interventions et messages.

Le choix de l'objectif général et des objectifs spécifiques. Un plan de communication aura besoin du choix d'un but clair soutenu par des objectifs spécifiques « SMART » qui auront été approuvés par les principaux partenaires au cours d'un processus participatif. Cette approche consensuelle est de nature à garantir l'engagement de toutes les parties prenantes par une large appropriation nécessaire pour la réussite du programme établi au cours d'un atelier de planification.

La répartition en segments de la population cible ou l'auditoire permet de concevoir des messages cadrés et ciblés. La population cible est généralement segmentée en deux parties : la cible primaire et la cible secondaire.

La cible primaire est constituée par des adolescents masculins, de jeunes adultes masculins, des adultes masculins et des parents ayant de nouveau-nés et de jeunes garçons.

La cible secondaire compte les parents, les partenaires des hommes adultes ou adolescents, c'est-à-dire tous ceux qui sont régulièrement en contact avec les cibles primaires, capables de faciliter ou d'entraver l'action souhaitée. La femme constitue une importante cible secondaire. Elles peuvent encourager leurs partenaires sexuels, leurs fils et les membres de

leurs familles à se faire circoncire. Les femmes seront aussi ciblées pour s'assurer qu'elles comprennent les risques relatifs à la circoncision masculine et la prévention au VIH/SIDA. La femme en situation de stabilité relationnelle pourrait être invitée à participer dans le counselling préopératoire pour s'assurer d'un engagement mutuel du couple pour éviter les relations sexuelles jusqu'à la cicatrisation complète.

Nous rangeons aussi dans cette catégorie de la cible secondaire la famille, les hommes circoncis et les prestataires de soins. *Les familles* prennent des décisions qui favorisent le bien-être de leurs enfants durant l'enfance et l'adolescence. Elles ont besoin de comprendre à la fois les bénéfices pour la santé de la circoncision masculine et l'importance d'une circoncision sécurisée. *Les hommes circoncis* doivent garder à l'esprit que bien que circoncis, ils restent exposés au risque d'infection par le VIH. *Les prestataires des soins* doivent acquérir une connaissance globale de la problématique de la circoncision masculine et sa relation avec le VIH et être capables de faire face à toutes les questions et requêtes d'information.

3° La rédaction des messages fondamentaux sera conçue pour usage dans tous les contextes avec une adaptation à l'environnement local. Le contenu des messages-clés sera fondé sur les éléments d'information ci-dessous :

- a. Les bienfaits de la circoncision masculine, notamment le fait qu'il a été scientifiquement et clairement démontré qu'elle réduit le risque d'infection au VIH de 60% chez l'homme.
- b. La circoncision masculine ne remplace pas les autres méthodes de protection.
- c. Circoncis ou pas, l'homme reste exposé à l'infection par le VIH au cours des relations sexuelles.
- d. La période de cicatrisation est d'au moins six semaines.
- e. Pour des raisons de sécurité, la circoncision doit être pratiquée dans des centres sanitaires avec des prestataires formés et du matériel et équipement adéquats, dans des conditions d'asepsie.
- f. Une information basée sur les données scientifiques sur la circoncision masculine doit être dispensée pour permettre aux hommes et aux parents de prendre la décision de pratiquer ou non la circoncision, de prendre un choix informé.

4° Les canaux de communication. L'on choisira des canaux, outils ou supports de communication susceptibles de favoriser le changement de comportement escompté chez les participants (communicants et cibles) déjà identifiés pour la communication sociale et le plaidoyer. Des *canaux interpersonnels, de masse* (radio, télévision, presse écrite, brochures, affiches), *institutionnels* et *socio-traditionnels* seront sélectionnés pour faire passer des messages visant l'acceptabilité de la circoncision masculine et le changement de comportement par rapport aux croyances, mythes et conception erronées de la circoncision

masculine décelés dans la population burundaise et qui sont d'influencer négativement les attitudes et comportement vis à vis de cette intervention. Une attention particulière sera portée au développement des outils de communication et des messages pour préparer psychologiquement les jeunes clients de la circoncision masculine et les convaincre à y adhérer.

Concrètement, la *communication interpersonnelle* se fera à tous les niveaux et se concrétisera particulièrement aux niveaux familial et local par des animateurs communautaires responsables de la mobilisation sociale, des techniciens provinciaux de la santé, des conseillers provinciaux et communaux déjà habitués aux techniques de communication interactive en matière de lutte contre le SIDA. Le but de la communication interpersonnelle est le changement de connaissances, d'attitudes et de comportements des différentes cibles.

La *communication de masse, la communication institutionnelle et publique* comportent des aspects positifs importants du plus haut niveau jusqu'à la colline de recensement, en passant par les Ministères et les administrations provinciales et communales. L'existence des comités de lutte contre le SIDA à tous les échelons constitue un atout indéniable. En effet, l'on pourra emprunter les canaux de communication institutionnelle et publique préalablement utilisés dans la lutte contre le SIDA pour véhiculer des messages d'acceptabilité de la circoncision masculine pour informer, former et sensibiliser les jeunes, les familles et les associations de femmes, ce qui s'avère la première étape vers le changement d'attitudes et de comportements.

5° L'identification des partenaires de collaboration. Pour qu'elle puisse être efficiente, la communication doit être soutenue par une réelle collaboration. Une expertise de pointe peut être requise pour la conception, la mise en œuvre et l'évaluation d'un programme soit comme *prestataire contractuel ou partenaire*. Le CNLS possède déjà un fichier de partenaires pour la communication dans le cadre de la lutte contre l'épidémie du SIDA. Il faudra veiller à la synergie harmonieuse entre les prestataires de soins et l'expertise en matière de prévention du VIH, les ONG et organisations à base communautaire, les donateurs et partenaires internationaux, le secteur privé, les confessions religieuses, les sociologues, les associations et organisations des professionnels de la santé, les professionnels de la communication stratégique et opérationnelle tels que les spécialistes en rédaction de scénarios, les dessinateurs, les spécialistes en publicité et relations publiques, les journalistes, etc.

6° Le développement et le pré-test des outils et matériaux de communication. Le succès des efforts d'information et de communication publique requiert un certain nombre de différents matériaux et outils qui ciblent divers groupes identifiés lors de la phase de planification. Il est souhaitable d'impliquer l'auditoire cible dès la phase de conception pour s'assurer que les matériaux et outils répondent à l'environnement local et à la sensibilité

culturel, non stéréotypés et moralisateurs. Dans tous les cas de figure, les outils ou matériaux doivent être soumis au pré-test pour s'assurer de leur efficacité.

7° Le suivi et l'évaluation permettent de jauger les effets de communication. Aussi les responsables du programme vont-ils en élaborer un plan clair et concis. Les indicateurs habituels comme ceux d'activités, de produits, de résultats et d'impact seront utilisés.

Par *indicateurs d'activités*, nous entendons des données des rapports trimestriels sur le nombre de séances tenues et des étapes franchies dans la réalisation du programme. Les *indicateurs de produits* portent entre autres sur le nombre d'outils et matériaux produits, le nombre de personnes formées, le nombre d'articles de journaux ou d'émissions radiotélévisées sur la circoncision masculine. A cette fin, la désignation d'un responsable ou point focal est requise depuis la phase de conception jusqu'à la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation. L'*indicateurs de résultat* qui peut être facilement et régulièrement mesuré est le nombre de personnes qui recourent à la circoncision masculine comme résultat de l'intervention de communication.

Concernant les *indicateurs d'impact* l'évaluation s'attachera à déterminer l'impact de la campagne de communication. Elle comprendra les enquêtes CAP destinées à l'évaluation quantitative et qualitative des changements dans la connaissance et l'acceptabilité de la circoncision masculine et l'efficacité de l'intervention médiatique.

Il sera important aussi de faire des recherches sur la réception et l'interprétation des messages. Les résultats d'évaluation de la campagne de communication peuvent être extrapolés à tout le programme. Après une longue période, le *suivi-évaluation* des campagnes de communication, complété par une *enquête* épidémiologique, pourra mettre en évidence le niveau de contribution des programmes à atteindre l'objectif de prévention au VIH/SIDA. Pour un fonctionnement efficace, la désignation d'un responsable ou *point focal* sera indispensable depuis la phase de conception jusqu'à la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation.

III. PLAN OPERATIONNEL DE COMMUNICATION SUR LA CIRCONCISION MASCULINE COMME MOYEN DE PREVENTION DU VIH AU BURUNDI

Dans ce chapitre, nous présentons l'objectif général et les objectifs spécifiques prospectifs, les cibles de la communication, les activités à effectuer, le suivi et l'évaluation, le chronogramme, le cadre logique de suivi-évaluation et le budget à prévoir.

III.1 Les objectifs

III.1.1 Objectif général

Contribuer à la réduction de la transmission du VIH par la circoncision masculine dans la population burundaise.

III.1.2 Objectifs spécifiques

Par l'intervention de la communication, améliorer les indicateurs sur les connaissances, les attitudes et les pratiques (CAP) en matière de circoncision masculine au sein de la population burundaise sexuellement active.

1° Les deux premiers objectifs spécifiques visent à améliorer, jusqu'à 80% d'ici fin 2015, les indicateurs principaux de connaissance, et d'attitude.

2° Le troisième objectif spécifique, centré sur la pratique, vise à assurer que 80% de tous les adolescents et des hommes adultes en âge d'activité sexuelle fassent un choix informé de la circoncision masculine d'ici 2015. Il vise également à assurer que les parents de 50% des nouveau-nés masculins fassent un choix informé de la circoncision masculine de leurs enfants d'ici 2015.

III.2 Les résultats attendus

Résultat 1 : 80% de la population burundaise ont une bonne connaissance de la circoncision masculine d'ici fin 2015.

Résultat 2 : 80% de la population a une attitude positive par rapport à la circoncision masculine d'ici 2015

Résultat 3 : a) 80% des adolescents et hommes adultes font un choix informé de la circoncision masculine d'ici 2015

b) 50% des parents font un choix informé de faire circoncire les nouveaux nés d'ici 2015.

III.3 Les indicateurs

1° A court et à moyen terme nous aurons recours aux indicateurs d'activités, aux indicateurs de produits et aux indicateurs de résultats.

2° L'indicateur de résultat qui peut être suivi régulièrement est l'évolution du nombre de personnes qui prennent la décision informée de recourir à la circoncision comme résultat de l'intervention de communication.

3° A mi-parcours et à la fin du premier cycle du programme, une évaluation de *l'impact* de la campagne de communication qui comportera les enquêtes CAP destinées à l'évaluation qualitative et quantitative des changements dans la connaissance et l'acceptabilité de la circoncision masculine, ainsi que l'efficacité de l'intervention médiatique (recherche sur la réception et l'interprétation des messages).

4° A long terme, la combinaison de l'évolution des indicateurs de suivi-évaluation des campagnes de communication et d'une enquête épidémiologique pourra mettre en évidence le niveau de contribution des programmes de communication à la réalisation de l'objectif de prévention du VIH/SIDA.

III.4 Les intervenants et les cibles de la communication opérationnelle

III.4.1 Les intervenants ou collaborateurs de communication

Les intervenants ou collaborateurs dans la mise en œuvre de la stratégie de la communication pour l'acceptabilité de la circoncision masculine, autrement appelés les agents de communication ou les communicants, sont notamment les *chargés de la communication* dans les services concernés par le sujet, les *journalistes* et les *professionnels des médias*, les *leaders d'opinion* et les *animateurs communautaires*, les *enseignants* et les *pairs éducateurs*. Les *parents*, les *prédicateurs religieux* et les *responsables des associations* peuvent relayer efficacement des messages d'information et de sensibilisation. Leur parole est généralement porteuse et hautement symbolique. Les *animateurs et producteurs des émissions pour jeunes* pourront aussi faire passer des messages susceptibles de drainer l'adhésion et le courage des jeunes gens à se rendre en milieu de soins pour demander

d'être circoncis, et aux jeunes parents de faire circoncire systématiquement leurs fils dès la prime enfance.

III.4.2 Les cibles de la communication

Les cibles privilégiées pour des activités d'information, éducation et communication pour le changement de comportement en matière de circoncision masculine sont prioritairement *les garçons adolescents, les jeunes hommes, les hommes adultes et les parents*, en particulier ceux des nouveau-nés ou de petits garçons. D'autres cibles sont constituées par *les femmes, les familles, les hommes circoncis et les prestataires*.

Les garçons adolescents et les jeunes hommes seront ciblés pour participer à des activités d'IEC/CCC et pour apprendre et relayer des messages relatifs aux bienfaits de la circoncision masculine en matière de santé reproductive et d'hygiène corporelle. *Les hommes adultes et les parents* auront des messages les invitant à jouer positivement leur rôle d'autorité garante du bien-être et de la santé reproductive de leur progéniture et donc d'adhérer à la pratique de la circoncision masculine et d'y sensibiliser leur entourage.

Les femmes pourront encourager leurs partenaires sexuels, leurs fils et leurs proches à se faire circoncire. Par souci d'efficacité, elles seront d'abord ciblées pour être informées et sensibilisées sur les risques et les avantages qui entourent la circoncision en rapport avec la prévention de l'infection à VIH. Aussi les femmes en relation de couple stable seront-elles invitées à participer au conseil préopératoire pour assurer une implication mutuelle afin d'éviter les relations sexuelles jusqu'à la guérison complète.

Les familles seront appelées à prendre des décisions visant le bien-être à leurs enfants durant la prime enfance, l'enfance et l'adolescence. Elles ont besoin de comprendre les bénéfices sanitaires de la circoncision masculine et l'importance d'une opération sécurisée, pratiquée en milieu médical.

Les hommes circoncis ont besoin d'être rappelé que la persistance du risque d'infection à VIH demeure quand même.

Les prestataires de soins ont besoin d'avoir une bonne connaissance de la circoncision masculine et sa relation avec l'infection à VIH/SIDA/IST et d'être capables de répondre aux questions et aux inquiétudes des bénéficiaires de soins.

III.4.3 Les cibles du plaidoyer

Les cibles primaires du plaidoyer seront les personnes physiques ou morales appelées à assurer le relais des messages en faveur de la promotion de la circoncision masculine comme intervention complémentaire dans la prévention du VIH/SIDA. Il s'agit, entre autres, du Comité technique de plaidoyer, des organisations institutionnelles impliquées fortement dans la lutte contre le VIH/SIDA tels que le Parlement, le Sénat, la Présidence de la République, les Départements ministériels (Ministère de Lutte contre le VIH/SIDA, Ministère de la Défense et des Anciens Combattants, Ministère de la Sécurité Publique, Ministère de la

jeunesse et des Sports, Ministère des Transports, Ministère de l'Enseignement Supérieur, etc.). Une attention particulière sera portée aux associations et organisations des professionnels de la santé et aux prestataires de soins, ainsi qu'à l'expertise en matière de prévention du VIH.

Les autres cibles du plaidoyer sont les organisations non gouvernementales nationales ou internationales impliquées dans la lutte contre le VIH/SIDA, y compris le secteur privé ; les organisations internationales et bailleurs qui appuient ou gèrent des programmes de lutte contre le VIH/SIDA ; les leaders socioculturels et religieux ; les responsables des médias.

III.4.4 La communication pour le changement de comportement

La phase de la communication pour le changement de comportement s'effectue à deux niveaux : le niveau de la communication de proximité, individuelle ou communautaire et le niveau de la communication de masse.

- a) **La communication de proximité, individuelle ou communautaire** sera assurée principalement par les partenaires du projet qui serviront de relais du comité technique de plaidoyer. L'auditoire sera segmenté conformément aux lignes directrices du document de stratégie de communication fixées dans le second chapitre à savoir : les cibles primaires et secondaires. A titre de rappel, les cibles primaires sont ceux qui sont directement ciblés pour agir ou répondre. Ils doivent tous bénéficier de messages relatifs aux différents moyens de prévention. Les cibles secondaires sont tous ceux qui sont régulièrement en contact avec les cibles primaires capables de faciliter ou d'entraver l'action souhaitée.
- b) **La communication de masse** va s'adresser à toute la population. Les gestionnaires de cette activité devront veiller à ce que les messages soient spécifiquement adaptés aux différentes composantes des cibles primaires et secondaires.

III.4.5 Les canaux de communication

Il s'agira principalement de la combinaison de trois plates formes que sont les médias de masse, ainsi que la communication interpersonnelle ou communautaire. Les *médias de masse* pourront diffuser des messages intégrés en format de mass media, des spots ou séries de pièces de théâtres radiodiffusées à portée régionale ou nationale, des émissions et des entretiens radiotélévisé et des articles dans la presse écrite. Des techniques d'approche porte-à-porte et un dialogue communautaire sur le lieu de travail et dans des endroits publics feront l'objet d'une communication interpersonnelle ou communautaire. Une technique de questions-réponses sera également utilisée afin que les prestataires des

soins de santé puissent répondre à toutes les questions et demandes d'information. Les responsables de ce programme doivent envisager de créer un signe distinctif, logo ou symbole pour faciliter l'identification du service de circoncision.

C'est pour cela que les médecins praticiens ont besoin d'une bonne formation pour une pratique sécurisée dans des conditions d'un choix informé pour tous : parents, adolescent, adultes. Notons aussi que le personnel médical, agents de santé communautaire, agents sociaux, constituent la principale porte d'entrée de demande d'information sur la circoncision masculine. Aussi doivent-ils être bien informés sur l'accessibilité des soins et être prêts à répondre aux informations relatives aux bienfaits de la circoncision masculine.

III.4.6. Le type de messages-clés

Nous distinguons les messages-clés classiques basiques et les messages ciblés ou spécifiques sur deux phases : la phase du plaidoyer et la phase de la communication interpersonnelle, communautaire ou de masse.

III.4.6.1 Les messages relatifs à la phase du plaidoyer

Les messages-clés relatifs à cette phase du plaidoyer concernent les responsables institutionnels ou non, les leaders socioculturels ainsi que les gestionnaires des programmes. Ce segment a surtout besoin d'information basée sur la recherche et contextuelle qui justifie le passage à l'échelle et qui motiverait leur implication en tant que relais, partenaires dans la disponibilisation des ressources ou intégration dans les programmes.

Ils ont besoin de toutes les informations sur les recherches nationales et internationales en particulier des informations relatives à la prévalence du VIH au niveau national, dans les différentes zones géographiques et au sein des groupes socioculturels et au taux actuel de circoncision au niveau national, régional et dans les différents groupes socioculturels. Ils ont également besoin d'être renseignés sur l'estimation du nombre d'infections qu'épargnerait la généralisation de la circoncision ; le coût estimatif et les bénéfices attendus du passage à l'échelle ; les bénéficiaires sanitaires et de prévention au VIH par la circoncision ; les actions nécessaires pour appuyer la mise à l'échelle.

En plus de ces informations, il sera nécessaire d'insister sur les éléments fondamentaux suivants, que les partenaires adapteront à l'auditoire, au contexte et à l'environnement local.

- a. La démonstration scientifique de l'effet protecteur de la circoncision masculine vis-à-vis de l'infection au VIH (60% chez l'homme).

- b. La circoncision ne remplace pas les autres méthodes de prévention.
- c. Circoncis ou pas, l'homme reste exposé à l'infection au VIH au cours des relations sexuelles non protégées.
- d. Pendant la période de cicatrisation (\pm 6 semaines), l'homme court un risque plus élevé d'infection.
- e. La circoncision doit être pratiquée dans des conditions de sécurité et d'asepsie maximales avec du personnel qualifié.
- f. La décision de recourir à la circoncision doit découler d'un choix informé avec insistance sur : la différence entre circoncision masculine et mutilation génitale ; l'importance de coutumes à respecter les autres méthodes de prévention ; l'absence de preuve de protection chez l'homme VIH⁺.

III.4.6.2 Les messages relatifs à la phase de la communication interpersonnelle, communautaire ou de masse

En plus de ces messages ou éléments fondamentaux, la communication interpersonnelle, communautaire ou de masse doit répondre au besoin d'information et au questionnement de la population. Les messages préparés s'attacheront à relever le niveau des indicateurs CAP, en particulier des messages ciblés sur la *connaissance* (la définition de la circoncision masculine, ses avantages et les méprises y relatives, les préjugés et d'autres points de désinformations tels que les infections, les complications postopératoires, la stérilité, la mutilation, l'atrophie du pénis et l'impuissance sexuelle secondaire. Les messages en rapport avec l'*attitude* et la *pratique* serviront à stimuler davantage l'encouragement à recourir aux structures sanitaires pour la circoncision, l'incitation de la pratique de la circoncision en bas âge ou avant la puberté et à l'âge d'activité sexuelle, l'encouragement par décision informée d'adhésion à la circoncision masculine.

III.5 Les activités de communication

Les activités de communication doivent être ordonnées et coordonnées suivant les étapes ci-dessous ::

Activité 1. Désigner le comité technique de référence

Activité 2. Diffuser et assurer l'appropriation du rapport de l'étude d'acceptabilité et de faisabilité de la circoncision masculine et du plan stratégique et opérationnel de communication avec la participation des principaux partenaires.

Activité 3. Identifier et sensibiliser les partenaires de collaboration ou d'appui dans la promotion de la circoncision masculine (y compris les leaders religieux et médiatiques).

Activité 4. Organiser la campagne de sensibilisation pour l'adhésion à la circoncision masculine en milieu de soins dans la perspective de la prévention de l'infection à VIH.

Activité 5. Appuyer les projets de communication de proximité des partenaires institutionnels, privés ou communautaires ;

Activité 6. Organiser la campagne médiatique pour la promotion de la circoncision masculine

a) Recruter le consultant pour la conception et la mise en œuvre de la communication de masse ;

b) Concevoir les outils de communication de masse ;

c) Assurer la diffusion des messages par les différents canaux :

Activité 7. Organiser le suivi-évaluation.

Activité 8. Organiser la diffusion formative des résultats du suivi-évaluation.

Les activités seront organisées suivant deux phases : la phase d’implantation jusqu’à la base axée sur la sensibilisation formative de base ciblée ou de masse durant deux ans ; la phase de consolidation centrée sur des actions de suivi-évaluation formative pendant trois ans.

Activités	Lieu	Bénéficiaire	Indicateur	Responsable
A.1	Bujumbura	8 membres	-Comité désigné	MSP/LCS
A.2	Bujumbura	40 personnes	-Nombre de séance et participants	Comité technique
A.3	17 Provinces	Partenaires institutionnels, privés et communautaires	-Nombre de partenaires sensibilisés -Nombre de partenaires qui intègrent la Communication sur la circoncision masculine dans leurs programmes et activités	
A.4	17 Provinces	Prestataires de soins	-Nombre d’ateliers/réunions organisées -Nombre de séances d’éducation sanitaire intégrant la circoncision masculine organisées -Nombre de séances de counselling organisés	MSP et LS Comité Technique
A.5	Commune ou sur le lieu de travail	Les partenaires	- Nombre de projets appuyés, -Nombre de programmes intégrant la communication sur la circoncision masculine, Nombre d’événements locaux exploités,	Partenaires et collaborateurs (institutionnels et privés)

			- Nombre de rencontres communautaires organisés sur le lieu de travail par les pairs éducateurs et les points focaux	
A.6.1	Pays/extérieur	Consultants en communication	-Consultant recruté	MSPLCS _Comité thnique
A.6.2		Consultants en communication	- Nature et nombre d'outils produits et validés -Nature et Nombre de produits Médiatiques diffusés	-Comité technique & -Consultant & comité technique
A.6.3		Tout le pays	- Rapports de suivi produits -Rapports d'évaluation produits (mi-parcours ; 5 ^{ème} année)	Comité technique & consultant MSPLCS

III.6 Suivi et évaluation

Comme déjà indiqué dans la section relative aux indicateurs et en cohérence avec le cadre logique exposé plus loin, le suivi et l'évaluation s'intéresseront progressivement aux indicateurs suivants : les indicateurs d'activités, les indicateurs de résultats et les indicateurs d'impact (évaluation).

III.6.1 Les indicateurs d'activités

Ils s'étalent sur trois phases : une phase préparatoire, une phase de plaidoyer et une phase d'information et de sensibilisation. *La phase préparatoire* est en cohérence avec le cadre logique exposé plus loin. Lors de *la phase de plaidoyer*, l'on détermine le nombre de participants à (aux) atelier (s) de validation et d'appropriation des résultats de l'étude d'acceptabilité et de faisabilité de la circoncision masculine, des plans de stratégie et opérationnels (prévision d'un atelier d'un jour pour 30 participants trois fois et le nombre de partenaires qui confirment leur adhésion par la promesse d'appui en ressources ou l'intégration dans les programmes de lutte contre le VIH/SIDA. Au cours de *la phase d'information et de sensibilisation*, l'on s'attache à déterminer la quantité de matériaux et outils de communication produits, validés et utilisés ; le nombre d'interventions de communication de masse réalisés (conception et diffusion des messages) ; le nombre de participants aux ateliers mensuels ou trimestriels de plaidoyer et sensibilisation ; le nombre de participants aux campagnes ou réunions provinciales de sensibilisation des prestataires de soins.

III.6.2 Les indicateurs de résultats

Ils servent à montrer le nombre de personnes qui prennent la décision informée d'adhérer à la pratique de la circoncision masculine pour elles-mêmes ou leurs enfants, comme résultat de l'intervention de communication.

III.6.3 Les indicateurs d'impact (évaluation)

A mi-parcours et après 4 à 5 ans, l'on mènerait une enquête CAP pour une évaluation quantitative et qualitative des changements des indicateurs de connaissance, attitude et pratique. L'on évaluerait aussi l'intervention médiatique (recherche sur la réception et l'interprétation des messages).

A long terme, l'on effectuerait l'évaluation des campagnes de communication et une enquête épidémiologique.

III.8 Logique suivi-évaluation

Objectif spécifique : Promouvoir la circoncision masculine avec un relèvement à 80% des indicateurs CAP dans la perspective de la prévention du VIH d'ici 2015.

Résultats : - 80% de la population adulte adhère de façon informée à la pratique de la circoncision masculine

- 50% des parents des nouveau-nés et des enfants masculins adhèrent de façon informée à la pratique de la circoncision masculine en bas âge.

Activités	Résultats attendus	Indicateurs	Source de vérification	Hypothèse	Responsable
A1 : Organiser le plaidoyer					
A1.1 : Désigner le comité	Comité technique désigné	Nombre de membres du comité Comité fonctionnel	Document de désignation TDR	Institution fonctionnelle Expertise disponible	MSP & LCS
A1.2 : Identifier les partenaires clés	Partenaires clés identifiés	Nombre de partenaires identifiés	Liste des partenaires	Fichier des partenaires clés existe	SEP/CNLS
A1.3 : Organiser un atelier de validation et de planification et appropriation	Atelier organisé, Etude validée, Plan stratégique et opérationnel adopté, Partenaires clés adhèrent et décident d'appuyer la mise en œuvre,	Disponibilité de l'étude validée du plan et plan stratégique adopté, Nombre de partenaires qui adhèrent , Nombre de partenaires qui s'engagent à appuyer la mise en œuvre	Rapport de l'atelier	Les moyens disponibles Les partenaires répondant positivement	SEP/CNLS

A2 : Organiser la campagne de sensibilisation					
A2.1 : Organiser les campagnes provinciales de sensibilisation pour l'adhésion à la circoncision masculine en milieu de soins	17 réunions des prestataires de soins organisées	Nombre de réunions/ateliers organisés	Rapport	Comité technique fonctionnel Ressources disponibles Environnement sécuritaire positif	SEP/CNLS Comité technique
A2.2 : Organiser les campagnes de sensibilisation des leaders institutionnels, socio-culturels, médiatiques, communautaires et des partenaires de proximité	17 réunions des leaders organisées chaque année 40X17 = 680 leaders participent aux ateliers	- Nombre de réunions organisées, - Nombre de participants	Rapport	Idem	SEP/CNLS Comité technique CPLS
A3 : Organiser la campagne médiatique pour la promotion de la circoncision masculine					
A3.1 : Recruter le consultant en communication	Consultant recruté	Consultant est à l'œuvre	Rapport de recrutement Rapport d'activités	Ressources disponibles	SEP/CNLS
A3.2 : Concevoir et faire valider les outils de communication de masse	Les outils de communication sont validés	Nature d'outils validés Nombres d'outils validés	Rapport de validation	Consultant à l'œuvre Ressources disponibles	SEP/CNLS Comité technique Consultant en communication
A3.3 : Assurer la diffusion des	Les messages validés sont	Nombre de messages	Rapport de	Consultant à	SEP/CNLS

messages par différents canaux	diffusés par les différents canaux	diffusés	diffusion	l'œuvre	Comité technique Consultant
A4 : Assurer le suivi-évaluation de la communication de promotion de la circoncision masculine					
A4.1 : Assurer le suivi	- Les activités programmées sont réalisées suivant le calendrier - L'évolution de l'adhésion à la pratique de la circoncision masculine est mesurée	Nombre d'activités réalisées dans les délais, Nombre de personnes qui recourent à la pratique informée de la circoncision masculine	Rapport d'activités périodiques, Rapports des centres de soins compétents en matière de circoncision masculine	- Les activités sont planifiées - Centres de soins compétents adhèrent à la promotion de la circoncision masculine	SEP/CNLS Comité technique MSPLCS
A4.2 : Assurer l'évaluation à mi-parcours après 4 ans	L'évolution des indicateurs CAP est connue				
A4.2.1 : Enquête CAP	L'évolution des indicateurs est connue	Indicateurs CAP	Rapport d'enquête	Ressources disponibles	SEP/CNLS
A4.2.2 : Evaluation de la campagne médiatique	Le niveau de réception et d'interprétation des messages est connu	Indicateurs de réception et d'interprétation	Rapport d'enquête	Ressources disponibles	SEP/CNLS
A4.2.3 : Evaluation épidémiologique	Evolution du taux de séroprévalence est connue	Taux de séroprévalence dans les différents segments des personnes de sexe masculin de la tranche de 15-49 ans	Rapport d'enquête	Ressources disponibles	SEP/CNLS

III.9 Budget

RUBRIQUE	UNITE	QTE	PU	PT	SOURCE DE FINANCEMENT	
					Fonds Mondial	Autres bailleurs
A1 : Organiser le plaidoyer						
A1.1 : Désigner le comité technique						
A1.2 : Identifier les partenaires clés						
A1.3 : Organiser un atelier de validation et planification						
A1.3.1 : Personnel - Honoraires consultant & comité technique (voir CNLS) - Pause café	H/J	30X20	3000	180.000		
A1.3.2 : Fonctionnement - Reproduction des documents - Matériel et consommables	FF FF			600.000 500.000		
A2 : Organiser les campagnes provinciales de sensibilisation						
A2.1 : Campagnes de sensibilisation en milieu des soins						
A2.1.1 : Personnel Comité technique						

- Honoraires (PM)						
- Frais de subsistances	H/J	3jx2x17	60000	6.120.000		
- Pause café	H/J	1x2x17	3000	102.000		
Participants						
- Frais de subsistances	H/J	1jx30x17	25000	12.750.000		
- Pause café	H/J	1x30x17	3000	1.530.000		
- Frais de transport	H/J	2x30x17	4000	4.080.000		
A2.1.2 : Fonctionnement						
- Reproduction des documents	Feuille	100x30x17	60	3.060.000		
- Matériel et consommables de bureau	Kit	1x30x17	3500	1.785.000		
- Location salle	Salle	1x17	40000	680.000		
- Location véhicule	Véhicule	1x3x17	70000	3.570.000		
- Carburant	Litre	40x3x17	1700	3.468.000		
A2.2 : Organiser des campagnes de sensibilisation des leaderships locaux						
A2.1.1 : Personnel						
Comité technique						
- Honoraires (PM)						
- Frais de subsistances	H/J	3jx2x17	60000	6.120.000		
- Pause café	H/J	1x2x17	3000	102.000		
Participants						
- Frais de subsistances	H/J	1jx30x17	25000	12.750.000		
- Pause café	H/J	1x30x17	3000	1.530.000		
- Frais de transport	H/J	2x30x17	4000	4.080.000		

A2.1.2 : Fonctionnement						
- Reproduction des documents	Flle	100x30x17	60	3.060.000		
- Matériel et consommables de bureau	Kit	1x30x17	3500	1.785.000		
- Location salle	Salle	1x17	40000	680.000		
- Location véhicule	Véhicule	1x3x17	70000	3.570.000		
- Carburant	Litre	40x3x17	1700	3.468.000		
A3 : Organiser la campagne médiatique pour la promotion de la circoncision masculine						
A3.1 : Recrutement du consultant						
-Séance de recrutement (PM)						
A3.2 : Production et validation des outils de communication						
- Honoraires du consultant	H/J	60	(1 ^{ère} année)	190.000	11.400.000	
- Coût de production des outils de communication (devis effectué par consultant : estimation forfaitaire pour la 1 ^{ère} année)	FF				87.000.000	
A3.3 : Assurer la diffusion des messages						
- Coût de diffusion et publicité (1 ^{ère} année)						
	FF				150.000.000	
A4 : Assurer le suivi-évaluation de la communication pour la promotion de la circoncision masculine						
A4.1 : Suivi						
A4.1.1: Collecte et traitement des rapports trimestriels (PM)						
A4.1.2 : Suivi de la campagne médiatique (PM)						
A4.2 : Evaluation à mi-parcours et 5 ^{ème} année						
					334.077.000	

- Consultance évaluation CAP	Consultan	2	120.000.000	240.000.000		
- Consultance évaluation médiatique	ce	2	30.000.000	60.000.000		
- Enquête épidémiologique		2	150.000.000	300.000.000		

BUDGET ANNUEL

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL
	334.077.000	1.002.231.000	1.336.308.000	1.670.385.000	2.0404.462.000	2.338.539.000	7.349.694.000
Coefficient de passage à l'échelle	1	3	4	5	6	7	

N.B : Hypothèse budgétaire : Par rapport à 2010, le passage à l'échelle de la communication se caractérisera par les coefficients suivants : d'année en année : 3, 4, 5, 6, 7 en particulier à cause de l'appui à la communication de proximité et aux activités d'évaluation.