

# REPUBLIQUE DU BURUNDI



SECRETARIAT EXECUTIF PERMANENT DU CNLS

**ETUDE D'ACCEPTABILITE ET DE FAISABILITE DE LA CIRCONCISION  
MASCULINE AU SEIN DE LA POPULATION SEXUELLEMENT  
ACTIVE DU BURUNDI**

**RAPPORT DEFINITIF**

**AOUT 2010**

## TABLE DES MATIERES

CONSULTANT :	iv
COMITE DE PILOTAGE.....	iv
SIGLES ET ABREVIATIONS .....	v
LISTE DES TABLEAUX.....	vi
LISTE DES GRAPHIQUES .....	ix
RESUME EXECUTIF .....	xi
<b>I. INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
I.1 CONTEXTE ET JUSTIFICATION .....	1
I.2 OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	3
I.2.1 Objectif général.....	3
I.2.2 Objectifs spécifiques.....	3
I.3 STRUCTURE DU RAPPORT.....	4
<b>II. CADRE METHODOLOGIQUE.....</b>	<b>5</b>
II.1 ECHANTILLONNAGE .....	5
II.1.1 Processus d'échantillonnage .....	5
II.1.2 Taille prévue de l'échantillon.....	6
II.2 OPERATIONS DE COLLECTE DE DONNEES .....	7
II.3 APPROCHE DE TRAITEMENT ET D'ANALYSE DES DONNEES .....	10
II.3.1 Données quantitatives.....	10
II.3.2 Données qualitatives .....	12
II.3.3 La triangulation des données quantitatives et des données qualitatives.....	12
<b>III. RÉSULTATS .....</b>	<b>13</b>
III.1 CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION DE L'ÉTUDE .....	13
III.2 RESULTATS PRINCIPAUX .....	17
III.2.1 Connaissance de la circoncision .....	18
III.2.2 Opinions, perception et comportement vis-a-vis de la circoncision masculine.....	26
III.2.3 Etat des lieux de la circoncision masculine dans la population.....	40
III.2.4 Suggestions pour la généralisation de la circoncision masculine dans la perspective de la réduction de la transmission du VIH.....	61
<b>IV. INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS.....</b>	<b>64</b>
IV.1 CONNAISSANCES DE LA CIRCONCISION MASCULINE.....	64
IV.1.1 Définition de la circoncision masculine .....	64
IV.1.2 Justification de la circoncision masculine.....	65
IV.1.3 Inconvénient de la circoncision masculine .....	65
IV.1.4 Relation entre circoncision masculine et prévention contre le VIH/SIDA.....	65
IV.2 ATTITUDES VIS-A-VIS DE LA CIRCONCISION MASCULINE .....	65
IV.2.1 Adhésion à la pratique de la circoncision .....	65
IV.2.2 Meilleure structure pour la pratique de la circoncision masculine .....	67
IV.2.3 Age idéal pour la circoncision masculine.....	68
IV.2.4 Décision de recourir à la circoncision .....	69

IV.2.5	<i>Rejet de la circoncision masculine</i> .....	69
IV.3	PRATIQUES EN COURS EN MATIERE DE CIRCONCISION MASCULINE .....	73
IV.4	FAISABILITE DE LA MISE A L'ECHELLE DE LA CIRCONCISION MASCULINE AU BURUNDI.....	75
IV.4.1	<i>Faisabilité technique</i> .....	75
IV.4.2	<i>Faisabilité financière</i> .....	77
IV.4.3	<i>Atouts à capitaliser pour le passage à l'échelle</i> .....	77
IV.4.4	<i>Obstacles à surmonter pour le passage à l'échelle</i> .....	80
<b>V.</b>	<b>CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS</b> .....	<b>81</b>
V.1	CONCLUSIONS.....	81
V.2	RECOMMANDATIONS .....	83
<b>VI.</b>	<b>REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE</b> .....	<b>85</b>

## 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 abréviations

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	Répartition des provinces cibles par région retenue pour l'enquête	5
Tableau 2	Répartition des effectifs de personnes à enquêter par région (en dehors des prestataires de soins)	6
Tableau 3	Répartition prévisionnelle des participants aux focus groups	7
Tableau 4	Répartition des informateurs clés interviewés par catégorie	17
Tableau 5	Répartition des participants aux focus groups par catégorie	17
Tableau 6	Fréquences des définitions de la circoncision	18
Tableau 7	Répartition de la population enquêtée selon la motivation de pratiquer la circoncision	21
Tableau 8	Répartition des femmes enquêtées selon la signification exprimée de la circoncision masculine	22
Tableau 9	Répartition des femmes enquêtées selon les avantages qu'elles ont reconnus à la circoncision masculine	22
Tableau 10	Répartition des femmes enquêtées selon les inconvénients qu'elles attribuent à la circoncision masculine	23
Tableau 11	Répartition des hommes non circoncis selon leur motivation de l'adhésion à la circoncision	27
Tableau 12	Répartition des hommes non circoncis selon les raisons en défaveur de la circoncision de leur fils	27
Tableau 13	Répartition des hommes non circoncis selon la raison du choix de l'âge de la circoncision de leur fils	28
Tableau 14	Répartition des hommes non circoncis selon les inconvénients de la circoncision masculine évoqués	29
Tableau 15	Répartition des hommes non circoncis selon les raisons de la persistance du rejet de la circoncision	30
Tableau 16	Répartition des hommes circoncis selon les avantages qu'ils reconnaissent à la circoncision masculine	31
Tableau 17	Répartition des hommes circoncis selon les conséquences qu'ils ont évoquées liées à la circoncision masculine	32
Tableau 18	Répartition des hommes circoncis selon les raisons invoquées pour recommander la circoncision masculine à d'autres personnes	33
Tableau 19	Répartition des hommes circoncis selon les raisons avancées pour le choix de l'âge de la circoncision de leur fils	33
Tableau 20	Répartition des femmes selon la raison du rejet de la circoncision de leur fils	34
Tableau 21	Répartition des femmes selon la raison de la persistance dans le refus de la circoncision de leur mari	35

<b>N° du tableau</b>	<b>Intitulé du tableau</b>	<b>Page</b>
Tableau 22	Répartition des femmes selon la raison invoquée pour persister dans le rejet la circoncision de leur fils	36
Tableau 23	Répartition des hommes circoncis selon les provinces de résidence	42
Tableau 24	Répartition des hommes circoncis selon l'âge	43
Tableau 25	Répartition en pourcentage des circoncis selon le niveau d'instruction	45
Tableau 26	Répartition des hommes circoncis selon la motivation de la circoncision	45
Tableau 27	Répartition des prestataires de soins selon les éléments de coût supplémentaire déclarés	47
Tableau 28	Répartition des hommes non circoncis selon les raisons de la non adhésion à la circoncision	48
Tableau 29	Répartition des hommes non circoncis selon la motivation d'un recours à la circoncision	49
Tableau 30	Déterminants de rejet de la circoncision chez les hommes non circoncis	49
Tableau 31	Répartition des prestataires de soins selon les points de vue sur les assertions relative aux connaissances sur la circoncision masculine	50
Tableau 32	Répartition des prestataires de soins selon le type de complication ou effets indésirables de la circoncision masculine auquel ils ont assisté	51
Tableau 33	Répartition des prestataires de soins selon leur préférence pour la catégorie de praticien à qui la pratique de la circoncision devrait être confiée	51
Tableau 34	Répartition des prestataires de soins selon l'âge préféré pour la circoncision masculine	52
Tableau 35	Répartition des prestataires de soins selon le raison du choix de l'âge prévue de la circoncision masculine	52
Tableau 36	Répartition des prestataires de soins selon les facteurs évoqués pour l'augmentation du nombre de circoncis	53
Tableau 37	Répartition des responsables des établissements sanitaires selon les indications de la circoncision évoquées	55
Tableau 38	Répartition des prestataires selon le nombre de circoncisions réalisées	57
Tableau 39	Niveau d'équipement selon le type d'établissement sanitaire	58
Tableau 40	Répartition des établissements sanitaires selon leur besoin en matériel technique	59
Tableau 41	Répartition des prestataires de soins selon le type de formation reçue	60
Tableau 42	Comparaison de quelques indicateurs d'acceptabilité de la circoncision masculine pour 7 pays Subsaharienne	66

<b>N° du tableau</b>	<b>Intitulé du tableau</b>	<b>Page</b>
Tableau 43	Comparaison de l'impact de l'information relative à relation entre la circoncision et la relative protection au VIH (Burundi et Botswana)	67
Tableau 44	Comparaison de l'âge favorable à la circoncision masculine	68
Tableau 45	Comparaison du degré de perception de la douleur entre les populations burundaise et sud-africaine	70
Tableau 46	Comparaison de la perception des avantages de la circoncision masculine entre les hommes circoncis et les hommes non circoncis	78

## Liste des graphiques

N° du graphique	Intitulé du graphique	Page
Graphique 1	Répartition des personnes enquêtées selon le sexe	13
Graphique 2	Répartition des enquêtés selon les tranches d'âge	13
Graphique 3	Répartition de la population enquêtée selon le nombre de leurs enfants	14
Graphique 4	Répartition des enquêtés selon le milieu de résidence à la naissance	14
Graphique 5	Répartition des enquêtés selon le milieu actuel de résidence	14
Graphique 6	Répartition des enquêtés selon leur appartenance religieuse	15
Graphique 7	Répartition des enquêtés selon leur catégorie professionnelle	15
Graphique 8	Répartition des enquêtés selon leur niveau d'instruction	16
Graphique 9	Répartition des définitions correctes selon la religion	19
Graphique 10	Répartition des définitions correctes selon le milieu de résidence	19
Graphique 11	Répartition des définitions correctes selon le niveau d'instruction	20
Graphique 12	Répartition des définitions correctes selon la catégorie professionnelle	20
Graphique 13	Répartition des hommes non circoncis selon l'âge préféré pour la circoncision de leur fils	28
Graphique 14	Répartition des hommes non circoncis selon les avantages de la circoncision masculine qu'ils ont évoqués	29
Graphique 15	Répartition des hommes non circoncis selon la tranche de montant qu'ils sont disposés à payer pour bénéficier de la circoncision masculine	31
Graphique 16	Répartition des femmes selon les tranches de montant qu'elles sont disposées à payer pour la circoncision de leur fils	36
Graphique 17	Répartition des hommes enquêtés selon qu'ils sont ou non circoncis	41
Graphique 18	Répartition en pourcentage des hommes circoncis selon leur religion	41
Graphique 19	Répartition en pourcentage des circoncis selon le milieu d'habitation actuel	42
Graphique 20	Répartition des circoncis selon les régions de résidence	43
Graphique 21	Répartition des établissements sanitaires selon les tranches des montants déclarés pour une opération de circoncision masculine	46

Graphique 22	Répartition des prestataires de soins selon le coût déclaré de la circoncision masculine	47
Graphique 23	Répartition des hommes circoncis selon l'endroit où ils ont été circoncis	53
Graphique 24	Répartition des établissements sanitaires selon le nombre de circoncisions réalisées	54
Graphique 25	Répartition des établissements sanitaires selon le nombre de médecins disponibles	56
Graphique 26	Répartition des établissements sanitaires selon le nombre d'infirmiers disponibles	56

## RESUME EXECUTIF

### *Justification de l'étude*

Le Burundi, pays où l'épidémie à VIH est généralisée, a souscrit à l'orientation prise par l'OMS et l'ONUSIDA qui ont déclaré en mars 2007 que « la circoncision doit maintenant être reconnue comme une mesure efficace de prévention du VIH » et à recommander que « les pays où la prévalence est élevée, où les épidémies de VIH sont généralisées et où les taux de circoncision sont faibles, envisagent d'élargir d'urgence l'accès aux services de circoncision masculine ».

Pour cela il est apparu donc que la circoncision masculine est une méthode de prévention complémentaire contre le VIH qui mérite une mise en application à une grande échelle au Burundi. Toutefois comme la pratique de la circoncision n'y est pas largement répandue, il était 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 pour le milieu rural où vivent 90% de la population.

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

### *Objectifs de l'étude*

L'étude vise à apprécier qualitativement et quantitativement le niveau d'acceptabilité et de faisabilité de la circoncision masculine dans la population de 15 à 49 ans.

### *Méthodologie*

La collecte des données combinée des méthodes quantitative et qualitative et a inclus :

- 10 provinces du pays réparties dans 5 régions,
- 1728 personnes âgées de 15 à 49 ans
- 48 structures sanitaires,
- 118 prestataires de soins (médecins chirurgiens, anesthésistes, instrumentistes, infirmiers, etc.) 720 participants au focus groups
- 97 informateurs clés participant aux interviews individuels semi structurées

*L'analyse des données quantitatives a été réalisée grâce au traitement informatique par la saisie sous CPro, puis le traitement, la tabulation et l'analyse des données sous SPSS 15.0*

**L'analyse des données qualitatives** recueillies par le biais de **focus groups** et les interviews semi structurées a été réalisée selon la méthode « d'analyse de contenu ».

### *Résultats de l'étude*

#### **Connaissances de la circoncision masculine**

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*, deux types d'idées ont été repérés, les unes liées aux *connaissances* et les autres aux *croyances*. Les personnes interrogées ont reconnu que la circoncision masculine est une pratique *bienfaisante, préventive* contre les maladies sexuellement transmissibles.

Un *stéréotype* indique que certains croyants, surtout les protestants, craignent la circoncision masculine, soi-disant qu'elle consiste à amputer une partie du corps que Dieu (*Imâna*) leur à donner.

*Contrairement* à certaines femmes et jeunes femmes issues des milieux traditionnels, les femmes musulmanes savent bien 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 d'incirconcision.

#### ***Justification de la circoncision masculine***

Parmi les raisons les plus importantes qui justifieraient la circoncision masculine, on évoque : la tradition, la religion, les problèmes médicaux et la prévention des IST et l'hygiène.

Les femmes évoquent certaines croyances dont : le prestige, l'augmentation du plaisir sexuel, la réduction de la douleur lors des rapports sexuels, la prévention contre les blessures.

Il faut cependant noter qu'une frange non négligeable de la population enquêtée n'a reconnue aucun avantage à la circoncision masculine.

#### ***Inconvénients de la circoncision masculine***

Au titre d'inconvénients liés à la circoncision, il convient de citer : les complications post opératoires, le vagabondage sexuel, les infections, la stérilité masculine, etc....

En général, la population enquêtée reconnaît ne pas connaître de complications ou estime qu'il n'y en a pas.

#### ***Relation entre circoncision masculine et prévention contre le VIH/SIDA***

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

#### ***Meilleure structure 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.

Les résultats de cette étude mènent à la conclusion que la connaissance de la circoncision masculine par la population burundaise est d'un niveau moyen avec une méconnaissance presque totale de la relation avec la prévention du VIH/SIDA.

### **Attitudes vis-a-vis de la circoncision masculine**

#### ***Adhésion à la pratique de la circoncision***

Une approche d'analyse comparative a été réalisée d'une part pour dégager les tendances de l'acceptabilité de la circoncision masculine et, d'autre part de l'impact de l'information relative à relation entre la circoncision et la relative protection au VIH.

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

En considérant les 5 indicateurs jugés pertinents, 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%) serait largement supérieur à celui des pays comme l'Ouganda (29%), du Zimbabwe (45%) et du Swaziland (54%).

#### ***Analyse comparative de l'impact de l'information relative à relation entre la circoncision et la relative protection au VIH (Burundi et Botswana)***

Au niveau des possibilités de changement d'attitude, le Burundi se positionne correctement eu égard aux résultats de la présente étude.

#### ***Age idéal pour la circoncision masculine***

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.

***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.***

Cependant, compte tenu de certaines attitudes, croyances, comportements et stéréotypes négatifs, marginaux doit-on le souligner, la réussite d'une formation et d'une sensibilisation visant l'acceptabilité de la circoncision masculine devra être centrée sur la mise en exergue des éléments culturels susceptibles de générer un changement de mentalité positif ainsi que les bienfaits et les avantages qu'elle offre, notamment la réduction de la contamination à VIH/IST.

### ***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 les facteurs potentiels de rejet suivants : la douleur, la culture et la religion, les coûts, les complications post opératoires, le risque de comportement de désinhibition ou le vagabondage sexuel, l'inaccessibilité aux services sanitaires et l'ignorance.

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

### **Pratiques en cours en matière de circoncision masculine**

La circoncision masculine à l'instar des autres questions touchant à la sexualité reste un sujet tabou dans beaucoup de communautés et la discrétion est de mise. Ainsi, malgré que beaucoup de participants déclarent préférer les structures sanitaires pour la pratique de la circoncision on constate une discordance notable entre la prévalence déclarée et celle qui découlerait d'une analyse des registres des services sanitaires. Même lorsqu'elles sont pratiquées par le personnel paramédical, cela se fait dans la clandestinité au sein de la communauté.

L'analyse des résultats de l'évaluation de la prévalence par la présente étude conduit aux constats repris dans les lignes qui suivent.

- ***Taux de prévalence de la circoncision masculine de 43%***
- ***Influence de la religion.*** Le taux le plus élevé se retrouve chez les musulmans, les catholiques et les protestants étant à égalité.

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 Pentecôtiste 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. L'attitude de la condamnation de la circoncision masculine comme une pratique païenne à l'affirmation qu'elle conforme à la tradition chrétienne selon la bible et l'exemple donné par Jésus Christ

- ***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.

- **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.

- **Répartition des circoncis par âge**

Le taux le plus élevé se retrouve 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%.

- **Répartition par 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.

En conclusion, même si le taux moyen actuel de circoncision masculine semble bas, l'évaluation de l'attitude fait penser qu'un changement majeur est envisageable dans les conditions qui sont synthétisées plus loin.

## **Faisabilité de la mise à l'échelle de la circoncision masculine au Burundi**

### ***Faisabilité technique***

#### **Expérience globale des établissements sanitaires en matière de circoncision**

63% des établissements sanitaires ont déclaré pratiquer la circoncision masculine avec une moyenne de 1,6 à 2,5 par mois fondamentalement pour raisons médicales (91,3%) ou demande volontaire (86,96%).

Il s'agit d'un niveau suffisamment élevé pour servir de base à une extension dans le cadre du passage à l'échelle en matière de circoncision masculine.

#### **Situation des infrastructures, équipements et matériel médicochirurgical.**

##### ***Infrastructures et équipements***

Au total 67,56% des établissements sanitaires visités possèdent une salle d'opération ou de petite chirurgie. La capacité de stérilisation est médiocre dans la mesure où seuls 32,43% des établissements possèdent une autoclave et 43,24% un poupinel. De même, le niveau de performance ou de compétence est très faible dans la mesure où seuls 32,2% des établissements sont capables de pratiquer une césarienne et que 43,2% uniquement assurent les interventions de chirurgie mineure.

Au niveau de l'expression des besoins 77,8% des établissements expriment un besoin de complément en équipement (table d'opération (29,4%), instruments chirurgicaux (35,5%), médicaments (80%), consommables (85%).

La combinaison de tous ces indicateurs aboutit à la conclusion que le niveau d'aptitude des infrastructures à offrir des prestations de qualité est à renforcer.

##### ***Le personnel***

La situation actuelle est déjà précaire puisque en moyenne 73% des établissements disposent tout au plus de 3 médecins et que 51,6% ne comptent pas plus de 4 paramédicaux.

### ***Compétence en matière de circoncision***

Au niveau de la formation, aucun cas de formation formelle n'a été relevé. Il s'agit toujours de formation sur le tas dont seuls 29,9% du personnel interrogés en ont bénéficié pendant que 24,74% déclarent s'être « débrouillés ». par ailleurs, seuls 36,2% du personnel déclarent avoir déjà pratiqué la circoncision masculine au cours des douze derniers mois.

### ***Faisabilité financière***

Le manque de moyens financiers constitue un facteur limitant car, d'après les jeunes surtout, il est difficile de disposer ou d'acquérir une somme de cinq mille francs, prix minimum exigé pour être circoncis en milieu hospitalier.

### ***Atouts à capitaliser pour le passage à l'échelle de la circoncision masculine***

- La reconnaissance des avantages de la circoncision masculine : Hygiène et propreté et Protection contre les IST et le VIH
- Acceptabilité par les autres groupes communautaires
- L'adhésion à certaines croyances en faveur de la circoncision masculine
- Acceptabilité hypothétique versus spontanée
- L'attitude des leaders communautaires et du personnel de santé

### ***Obstacles à l'extension de la circoncision à grande échelle***

- Les croyances et le poids des préjugés
- Certaines églises protestantes interdisent la circoncision à leurs adeptes et y perçoivent une identification avec les musulmans.
- L'inaccessibilité aux structures de santé à cause des distances
- La perception de la circoncision par certains milieux comme une pratique démodée.
- La méconnaissance et l'ignorance

## CONCLUSIONS

La présente étude a opté pour une combinaison d'approches qualitatives et quantitatives dont la méthodologie et la taille de l'échantillonnage, même s'ils ne permettent une stricte extrapolation, ont permis de dégager une topographie globale de la situation de la circoncision masculine au Burundi en termes de connaissances, qui sont d'un niveau moyen, des attitudes et de la façon dont cette pratique se fait. Nous arrivons aux conclusions suivantes :

**Prévalence de la circoncision masculine.** Le taux de prévalence de 43%, classe la population enquêtée dans la catégorie des populations traditionnellement non circoncises, même si, ce taux est supérieur à celui de la commune renommée. Il s'agit d'un indicateur encourageant dans le contexte burundais où tous les sujets relatifs à la sexualité restent quelque peu tabous. Il convient de rappeler la diversité dans la répartition régionale de la prévalence, la région Est se démarque de façon remarquable (91,67). Les jeunes gens sont, le plus souvent, motivés par des attitudes de mépris et de stigmatisation par leurs camarades

**Niveau de connaissance.** Le niveau moyen de connaissance est: (48,25%) pour les hommes, 40,53% pour les femmes avec une grande diversité par région, religion, environnement socioculturel et catégories professionnelles. Par ailleurs, il faudra garder en mémoire que le niveau d'association de la circoncision masculine à la réduction de la transmission du VIH est presque nul.

**Niveau d'acceptabilité.** L'acceptabilité de la circoncision masculine dans la présente série burundaise d'un très bon niveau, qui est même supérieur à celui de certaines communautés de l'Afrique Subsaharienne.

De façon singulière, l'attitude globalement positive des interlocuteurs clés (Leaders communautaires et religieux ; personnels de santé ; etc...) est un atout important dans la perspective d'un passage à l'échelle. De même l'ignorance ou la méconnaissance est un grand obstacle quand on constate un changement d'attitude remarquable dès lors qu'on informe les participants sur la relation entre la circoncision et la protection relative à l'infection au VIH.

**Niveau de faisabilité technique.** Lorsqu'on observe que : 73% d'établissements sanitaires possèdent moins de 4 médecins, 51% moins de 5 paramédicaux et que seuls 29,9% du personnel ont bénéficié d'une formation « sur le tas », que 90,3% réclament une formation théorique et pratique, on conclut que le niveau de capacité technique est particulièrement faible. Il faut ajouter à ce déficit la pauvreté des infrastructures et des équipements puisqu'à titre d'exemple que seuls 67% des établissements possèdent une salle d'opération et 32% une autoclave. Le faible niveau de préparation technique constitue l'un des plus gros obstacles au passage à l'échelle.

Un atout de taille cependant est constitué par l'enthousiasme du personnel de santé à s'impliquer dans les projets et programmes de mise à l'échelle de la circoncision masculine ainsi que l'existence de locaux susceptibles d'être réaménagés et équipés pour offrir cette prestation à court terme.

**Faisabilité financière.** Tous les programmes de communication et d'opérationnalisation vont requérir d'importants fonds auxquels il faudra ajouter la prise en charge partielle ou totale des frais de circoncision et des soins postopératoires.

## RECOMMANDATIONS

Les recommandations émises à l'issue de cette étude ont été regroupés en 3 axes: i) l'adoption d'une politique de généralisation de la circoncision masculine, ii) la communication pour le changement de comportement, iii) l'opérationnalisation technique

### **R1** Adoption d'une politique de généralisation de la circoncision masculine

Pour la réussite du passage à l'échelle en matière de circoncision masculine il faudra :

- Réussir le marketing et le consensus du leadership national et des partenaires nationaux et internationaux par le développer d'un solide plaidoyer, en vue de la création d'un environnement légal et réglementaire pertinent de la pratique de la circoncision masculine, y compris la lutte de la prestation clandestine de ce service;
- L'adoption officielle de la circoncision masculine comme axe stratégique national complémentaire de la prévention du VIH et faisant partie du paquet des services, tout en élaborant les normes qui la régissent à tous les niveaux ;
- La mobilisation de ressources suffisantes pour non seulement doter les structures sanitaires de matériel et de compétence adéquates, mais aussi pour assurer la subvention de toute ou partie des charges générées par la prestation, afin d'en accroître l'accessibilité.

### **R2** Communication pour le changement de comportement

Elle sera articulée autour des éléments clés suivants :

- La formulation d'une stratégie de communication sur la pertinence du passage à l'échelle de la circoncision masculine comme axe complémentaire de prévention du VIH auprès du leadership politique, social et culturel ainsi que les différentes parties prenantes de santé publique et lutte contre le VIH/SIDA. Cette stratégie comportera des actions de promotion de la circoncision masculine mettant l'accent sur les avantages de celles-ci, particulièrement ceux relatifs à la réduction de la transmission du VIH ;
- L'élaboration des outils de communication ciblée qui seront destinés à relever le niveau de connaissance et d'acceptabilité de la circoncision masculine dans le cadre de la prévention au VIH auprès de la population en général et des groupes cibles en particulier ;
- L'organisation des activités de sensibilisation de masse ou de proximité visant non seulement à améliorer les connaissances sur la circoncision mais aussi de contourner les obstacles d'ordre socio culturel qui s'opposeraient à l'extension de la pratique de circoncision ;
- L'exploitation de la position dominante de certains leaders notamment religieux pour non seulement lever leur opposition mais également en faire des alliés de la politique envisagée. Pour cela des liens de partenariat devront être noués entre les leaders religieux et les acteurs sanitaires en particuliers ceux œuvrant dans la lutte contre le sida afin de créer une forte synergie.

### **R3** L'opérationnalisation technique

- Il est indispensable d'élaborer un plan d'opérationnalisation technique conforme aux ressources budgétaires disponibles ; cependant, à l'instar de certains autres pays, il serait opportun d'envisager une intervention pilote portant sur un segment réduit du groupe cible sans tarder. Dans ce cadre des activités de recherche-action seront menées pour mieux cadrer l'intervention ;
- Il sera impératif de combler les lacunes mis en exergue par l'étude en ce qui concerne principalement :
  - o le personnel par l'accroissement des effectifs et le renforcement des compétences par l'organisation de la formation en cours d'emploi des ressources humaines,
  - o les infrastructures par l'aménagement des espaces dédiés à la circoncision dont la demande aura augmenté avec les interventions à grande échelle.
  - o les équipements dont un kit devra être défini et mis à disposition selon les besoins et les normes établis

Cette mise à niveau en ressources humaines et matérielles sera progressive suivant les orientations du plan opérationnel qui va être élaboré et qui fait partie des produits du présent travail.

- Introduire la circoncision dans les curricula de formation théorique et pratique médicale et paramédicale ;
- Intégration effective de la circoncision dans le paquet minimum d'activités des centres des formations sanitaires avec des indicateurs de performance utilisables dans le cadre de la contractualisation.

# I. INTRODUCTION

## I.1 *Contexte et justification*

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé, deux tiers des personnes vivant avec le VIH résident en Afrique subsaharienne.

En ce qui concerne le Burundi l'enquête nationale de séroprévalence faite en 2002 après celle de 1989, montre un taux de séroprévalence d'environ 4% dans la population sexuellement active, avec 9,4% en zone urbaine, de 10,5% en zone semi urbaine et de 2,5% en zone rurale. Dans cette dernière le taux de prévalence a triplé, passant de 0,7% en 1989 à 2,5% en 2002 et 2,93 % en 2007, d'après les résultats de l'enquête nationale de séroprévalence et socio comportementale.

De nouvelles infections se produisent à un taux alarmant, en dépit de tous les efforts déployés pour les éviter par une sensibilisation accrue des populations les plus à risque à l'infection au VIH, la promotion de l'utilisation des préservatifs et la lutte contre les infections sexuellement transmissibles. Selon la même enquête de séroprévalence de 2007, la séroprévalence au sein de la population dont l'âge se situe de 15 à 49 ans est estimée à 3,58% (3,24% pour les hommes et 4,02% pour les femmes). Toutefois, la prévention de nouvelles infections reste l'unique espoir réaliste d'enrayer la propagation de l'épidémie du VIH dans la région africaine, et des recherches doivent se poursuivre pour diversifier et rendre efficaces les méthodes de prévention du VIH.

La récente consultation internationale d'experts de l'OMS et de l'ONUSIDA sur la circoncision masculine et la prévention de l'infection à VIH, qui s'est tenue à Montreux (en Suisse) du 6 au 8 mars 2007, est arrivée à la conclusion que les essais cliniques randomisés menés à Orange Farm en Afrique du Sud par l'Agence nationale de recherches sur le sida en Afrique du Sud, à Kisumu au Kenya et à Rakai en Ouganda réalisés sous l'égide du National Institute of Health américain au Kenya, montrent que la circoncision masculine réduit d'environ 60% le risque de transmission hétérosexuelle du VIH de la femme à l'homme.

En effet, les résultats de ces trois essais, bien que menés dans des environnements différents, sont remarquablement concordants et montrent une réduction du risque d'infection par le VIH chez les hommes qui ont été circoncis de l'ordre de 50 % à 60 % dans le cadre de rapports hétérosexuels. Les modèles élaborés par la suite estiment que la circoncision pourrait réduire d'environ deux millions le nombre de nouvelles infections lors des dix prochaines années.

Les essais montrent également que la circoncision masculine ne présente aucun danger si elle est pratiquée par des professionnels de la santé bien formés et dans des structures sanitaires bien équipées.

Cependant, les résultats des essais randomisés ayant été publiés après « seulement » deux années de suivi, des interrogations avaient surgi sur les effets à plus long terme de la circoncision. A Kisumu, la poursuite de l'observation d'un groupe d'hommes circoncis et d'un groupe contrôle montre qu'à 42 mois, l'incidence cumulée du VIH est de 2,6 % parmi les hommes circoncis et de

7,4 % parmi les non-circoncis. Le risque relatif d'infection par le VIH est égal à 0,36 chez les hommes circoncis, équivalent à un effet protecteur de 64%, sensiblement supérieur à 42 mois à celui observé à 24 mois.

En outre des résultats provenant de l'essai mené à Orange Farm en Afrique du Sud ont permis de mettre en évidence qu'en plus du VIH, la circoncision protège les hommes de l'infection par papillomavirus et des infections par trichomonas, virus dont la présence peut, par ailleurs, faciliter la transmission du VIH. Les auteurs soulignent les bénéfices indirects pour les femmes ayant des partenaires circoncis, moins susceptibles de contracter à leur tour ces deux infections et réaffirment la nécessité de mener des campagnes élargies de circoncision en Afrique.

Tous ces résultats ont amené l'OMS et l'ONUSIDA à déclarer en mars 2007 que « la circoncision doit maintenant être reconnue comme une mesure efficace de prévention du VIH » et à recommander que « les pays où la prévalence est élevée, où les épidémies de VIH sont généralisées et où les taux de circoncision sont faibles, envisagent d'élargir d'urgence l'accès aux services de circoncision masculine ».

Cependant, même si les bases factuelles sont concluantes sur la circoncision masculine en tant que méthode de prévention contre la transmission sexuelle de la femme à l'homme, il ne faut pas perdre de vue que la circoncision n'assure qu'une protection partielle contre le VIH. Elle peut donc être considérée comme partie intégrante d'un ensemble d'interventions de prévention prenant en compte le fait de retarder les premiers rapports sexuels, l'abstinence, la fidélité, l'utilisation correcte et régulière des préservatifs, la réduction du nombre de partenaires sexuels, ainsi que le traitement efficace et prompt des infections sexuellement transmissibles.

Les hommes circoncis peuvent donc être encore infectés, et ceux d'entre eux qui sont séropositifs peuvent infecter leurs partenaires, et rien ne permet d'affirmer que la circoncision masculine assure une quelconque protection aux femmes qui ont des rapports avec des hommes séropositifs circoncis. D'après l'OMS, les données préliminaires des essais conduits en Ouganda portent à croire que les hommes séronégatifs récemment circoncis qui reprennent l'activité sexuelle avant la cicatrisation complète courent un risque accru de contracter le VIH ; tandis que les hommes séropositifs dans les mêmes circonstances sont plus susceptibles de transmettre le VIH que ceux qui attendent la cicatrisation complète. Il est donc nécessaire de conseiller à tous les hommes se faisant circoncire de s'abstenir de toute activité sexuelle jusqu'à la cicatrisation complète, et d'utiliser correctement et régulièrement les préservatifs par la suite.

Il apparaît donc que la circoncision masculine est une méthode de prévention complémentaire contre le VIH qui mérite une mise en application à une grande échelle au Burundi qui fait partie des pays où la prévalence du VIH est élevée que ce soit en milieu urbain, semi urbain ou rural où elle semble être en progression rapide.

Toutefois dans des pays comme le Burundi où la pratique de la circoncision n'est pas largement répandue, il importe 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 pour le milieu rural où vivent 90% de la population. Dans ce contexte, l'OMS insiste également sur la nécessité de la mise en œuvre des

stratégies de communication efficaces par la transmission des 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 apporté cette intervention.

Par ailleurs, la circoncision est une opération chirurgicale qui ne peut être faite que par un professionnel de santé entraîné, et ayant de l'expérience dans ce genre d'intervention. Il importera donc qu'avant l'intégration de cet acte dans les services de soins existants, l'on procède à une évaluation préalable des services et que l'on propose des améliorations nécessaires afin de s'assurer qu'on intègre dans les services de soins existants une méthode de prévention contre le VIH efficace, sans danger et acceptable pour les personnes qui vont en bénéficier.

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

## ***1.2 Objectifs de l'étude***

### **1.2.1 Objectif général**

L'étude vise à apprécier qualitativement et quantitativement le niveau d'acceptabilité et de faisabilité de la circoncision masculine dans la population de 15 à 49 ans au Burundi.

### **1.2.2 Objectifs spécifiques**

De façon spécifique l'étude vise à :

- Mesurer la prévalence de la circoncision dans la population générale et les groupes à risque
- Mesurer les connaissances, les attitudes et pratiques de la population générale de 15 à 49 ans et dans les groupes à risque en référence à la circoncision y compris la relation entre cette opération et les maladies à transmission incluant le VIH ; ainsi que les comportements dans la période après la circoncision masculine et leur implication possible dans la transmission du VIH de l'homme vers la femme.
- Identifier les groupes potentiels de résistance et les mesures incitatives pour la promotion de la circoncision masculine et la prestation des services y relative de la manière la plus efficiente.
- Identifier les préférences de la population pour effectuer la circoncision (services de soins versus praticiens hors du service des soins)
- Identifier les opportunités et les obstacles d'ordre culturel, social et religieux susceptibles d'influer sur la mise en œuvre de la circoncision masculine à une large échelle au niveau des populations adultes, des enfants et des groupes à risque
- Proposer une stratégie de communication incluant les types de messages pertinents, la méthodologie de communication, les coûts estimatifs, le chronogramme, les méthodes d'évaluation de différentes interventions de communication pour un accompagnement efficace de la mise en œuvre de la circoncision. La stratégie devra identifier les institutions plus adéquates pour cibler les différents groupes à risque (par exemple : Ministère des Transports, les Associations professionnelles, le Ministère de la Défense Nationale et des Anciens Combattants, le Ministère de la Sécurité Publique etc.)

- Evaluer les conditions sanitaires de la pratique de la circoncision dans les structures de soins et en dehors de celles-ci.
- Evaluer les ressources humaines et matérielles pour assurer une mise en oeuvre de la circoncision masculine sur toute l'étendue du pays ainsi que la méthodologie la plus appropriée (Cliniques mobiles versus fixes, etc.), identifier les coûts des différentes stratégies opérationnelles et proposer un plan de mise en oeuvre.

### **1.3 Structure du rapport**

Le présent rapport est structuré en 5 chapitres qui sont agencés selon la séquence suivante :

*Le premier chapitre* porte sur une introduction qui décrit le contexte dans lequel l'étude a été organisée en même temps qu'il apporte un éclairage sur le fil conducteur de l'étude en s'appuyant sur les objectifs de l'étude, le mandat du consultant ainsi que les limites et contraintes de l'étude.

*Le deuxième chapitre* consiste en la description de la méthodologie avec comme éléments centraux le processus de l'échantillonnage, le déroulement de l'étude, les méthodes et les outils de collecte des données ainsi que la conduite du traitement et de l'analyse des données et des résultats de l'étude.

*Le troisième chapitre* contient les résultats de l'étude. Après la description des caractéristiques de l'échantillon, il fait ressortir les résultats principaux issus de la synthèse et du traitement des données aussi bien quantitatives que qualitatives ;

*Le quatrième chapitre* porte sur l'interprétation et la discussion des résultats ;

*Le cinquième chapitre* renferme les conclusions et les recommandations de l'étude.

Le rapport est clôturé par les références bibliographiques et les annexes.

## II. CADRE METHODOLOGIQUE

### II.1 Echantillonnage

#### II.1.1 Processus d'échantillonnage

Pour les sujets à inclure dans l'enquête CAP sur questionnaire standard on a procédé à un sondage à 3 degrés.

Au 1<sup>er</sup> degré, il s'agissait de choisir les provinces qui seraient couvertes par l'enquête. Ce choix a été réalisée région par région par tirage aléatoire simple à partir de la liste des provinces composant chacune des 4 régions en plus de Bujumbura Mairie qui a été considérée comme une entité particulière.

Le tableau 1 ci-dessous montre les 10 provinces retenues par régions (sur un total de 17 provinces) et qui ont été directement concernées par les opérations d'enquête.

**Tableau 1 : Répartition des provinces cibles par région retenues pour l'enquête**

Région	Provinces par région	Provinces retenues pour l'enquête	Nombre de provinces retenues
Nord	Kayanza Kirundo Muyinga Ngozi	Ngozi Muyinga	2
Total régional	4		
Sud	Bururi Makamba Rutana	Makamba Rutana	2
Total régional	3		
Centre Est	Gitega Karuzi Ruyigi Cankuzo	Ruyigi Gitega	2
Total régional	4		
Centre ouest	Bujumbura Rural Bubanza Cibitoke Muramvya Mwaro	Bujumbura Rural Cibitoke Muramvya	3
Total régional	5		
Bujumbura Mairie	Bujumbura Mairie		
Total régional	1		1
<b>Total général</b>	<b>17</b>		<b>10</b>

Au 2<sup>ème</sup> degré, il était question de choisir des structures sanitaires dans les provinces à retenir par le biais d'un sondage aléatoire simple sans remise. La base de sondage était constituée par la liste des formations sanitaires présentes dans les provinces retenues.

Le 3<sup>ème</sup> degré correspondait au choix des sujets à soumettre aux différentes méthodes de collecte de données. L'échantillonnage à ce stade a été réalisé sur le site au moment des opérations d'enquête, l'enquêteur choisissant au hasard les enquêtés répondant au critère d'inclusion jusqu'à atteindre l'effectif fixé pour le site concerné.

## II.1.2 Taille prévue de l'échantillon

Pour la population de 15-49 ans, un effectif total de 1728 personnes âgées de 15 à 49 ans a été retenu pour être soumises à l'enquête sur questionnaire standard.

Le tableau 2 montre de façon détaillée l'effectif des personnes à enquêter ainsi que leur répartition par région. Les pourcentages de la deuxième colonne ont été calculés sur base du recensement générale de la population de 2008. Ce sont ces pourcentages régionaux par rapport à la population nationale qui ont été appliqués à l'effectif de l'échantillon pour que la répartition de celui-ci respecte la proportionnalité.

**Tableau 2 : Répartition des effectifs de personnes à enquêter par région (en dehors des prestataires de soins)**

<i>Région</i>	<i>Population totale de la région<sup>1</sup></i>	<i>Proportion de la population de la région par rapport à la population totale du Burundi</i>	<i>Effectifs à enquêter par région (sur questionnaire standard)</i>
<i>Bujumbura Mairie</i>	478155	5,95%	102
<i>Centre Est</i>	1770350	22,02%	381
<i>Centre Ouest</i>	1937823	24,11%	417
<i>Nord</i>	2516050	31,30%	541
<i>Sud</i>	1336240	16,62%	287
<b>Total</b>	<b>8038618</b>	<b>100,00%</b>	<b>1728</b>

Un échantillon de 48 structures sanitaires, dont 22 hôpitaux parmi lesquels 8 hôpitaux privés et 14 hôpitaux publics, et 26 centres de santé (13 publics et 13 privés) a été tiré à travers les 4 régions opérationnelles du SEP/CNLS et Bujumbura Mairie. La liste des structures sanitaires retenues se trouve dans le tableau dans l'annexe 2

Ainsi 22 directeurs d'hôpitaux, 26 responsables de centres de santé ont été également identifiés pour répondre à un questionnaire spécifique.

En outre 118 prestataires de soins (médecins chirurgiens, anesthésistes, instrumentistes, infirmiers, etc.<sup>22</sup>) soit 3 par hôpital et 2 par centre de santé devaient être identifiés pour prendre part aux entretiens directifs sur questionnaire.

<sup>1</sup> Source : Recensement général de la population du Burundi, 2008

Les 720 participants au focus groups ont été choisis à dessein en tenant compte des critères d'homogénéité des groupes retenus qui sont l'âge, le sexe, l'état civil et la situation socio professionnelle. La répartition des participants aux focus groups relève de la même démarche que précédemment à savoir le respect de la proportionnalité avec la population de la région.

Le nombre de séances de focus groups prévues par région est également fonction de la part de la population que la région héberge par rapport à la population nationale totale. Ainsi que le montre le tableau 3. Chaque séance devait compter au maximum 12 et au minimum 6 participants. Au total, il y aura 4 séances à Bujumbura Mairie, 13 séances dans la région Centre Est, 15 dans la région Centre ouest, 18 dans la région Nord et 10 dans la région Sud.

**Tableau 3 : Répartition prévisionnelle des participants aux focus groups**

<i>Région</i>	<i>Population total de la région<sup>2</sup></i>	<i>Proportion de la population de la région par rapport à la population totale du Burundi</i>	<i>Nombre de participants au focus groups par région</i>	<i>Nombre de séances prévues par région</i>
<i>Bujumbura Mairie</i>	<b>478155</b>	5,95%	43	4
<i>Centre Est</i>	<b>1770350</b>	22,02%	159	13
<i>Centre Ouest</i>	<b>1937823</b>	24,11%	174	15
<i>Nord</i>	<b>2516050</b>	31,30%	225	18
<i>Sud</i>	<b>1336240</b>	16,62%	120	10
<b>Total</b>	<b>8038618</b>	<b>100,00%</b>	<b>720</b>	<b>60</b>

Les participants aux interviews individuels semi structurées ont été également choisis à dessein en tenant compte des connaissances qu'ils étaient sensés détenir en matière de circoncision et de leur potentiel d'influence sur le comportement de la population ou sur le développement des services de santé en général et de la circoncision masculine en particulier. Ainsi les catégories suivantes ont été ciblées : les leaders religieux, les leaders communautaires, les responsables administratifs, les élus locaux, les tradi praticiens et les responsables de l'enseignement primaire et secondaire ainsi que le personnel des structures sanitaires.

## **II.2 Opérations de collecte de données**

### **Durée de la collecte des données**

Les opérations de collecte des données auprès des informateurs identifiés (sur terrain) se sont déroulées du 15 au 20 juin 2009 soit une durée total de 6 jours.

<sup>2</sup> Source : Recensement général de la population du Burundi, 2008

## **Couverture géographique de la collecte des données**

La collecte des données au titre de la présente étude a été exécutée dans 10 provinces sur les 17 que compte le Burundi. Il s'agit des provinces suivantes : Bujumbura Rural, Cibitoke et Muramvya pour la région Centre Ouest, Gitega et Ruyigi pour la région Centre Est, Ngozi et Muyinga pour la région Nord, Makamba et Rutana pour la région Sud, et enfin Bujumbura Mairie

## **Equipe technique pour la collecte**

Pour mener à bien les opérations de collecte 3 catégories de personnel clé ont été mises à contribution, à savoir :

- 5 superviseurs régionaux qui étaient chargés de :
  - assurer la coordination technique de la collecte au niveau de la région de leur ressort ;
  - apporter un appui technique aux chefs d'équipe et aux enquêteurs ;
  - apporter un appui logistique aux équipes d'enquête ;
  - servir de relais entre les équipes de terrain et la coordination générale de l'étude ;
  - conduire les ISS à l'endroit des informateurs clés ;
  - collecter et conserver les outils de collecte de données remplis au niveau de la région de ressort ;
  - remettre à la coordination générale les outils de collecte de données remplis pour acheminement vers le centre de traitement.
  
- 5 chefs d'équipes dont les tâches ont été les suivantes :
  - assurer le suivi rapproché de l'équipe d'enquêteurs sur terrain ;
  - animer les focus groups ;
  - apporter un appui technique de proximité à l'équipe sous sa responsabilité (i.e. correction des erreurs de remplissage ;
  - mettre à la disposition de l'équipe d'enquêteurs des outils de collecte de données chaque fois que de besoin ;
  - organiser une réunion de débriefing à la fin de chaque journée ;
  - procéder à la vérification du remplissage des questionnaires par les enquêteurs ;
  - collecter des questionnaires remplis à remettre au superviseur régional.
  
- 30 enquêteurs soit 6 par région, chargés de :
  - identifier les personnes à enquêter ;
  - réaliser des interviews de face à face ;
  - remplir les questionnaires d'enquête ;
  - conserver soigneusement les questionnaires remplis et les questionnaires non encore utilisés ;
  - remettre les questionnaires remplis au chef d'équipe.

## **L'exécution proprement dite de la collecte des données**

### ***a. Méthodes quantitatives***

#### **L'administration des questionnaires standards adressés à la population générale**

Les informations fournies par les femmes et les hommes de la population générale ont été recueillies par le biais d'interviews en « face à face » entre l'enquêteur et l'informateur choisi. Le

choix de l'interlocuteur a été fait au hasard dans chaque structure sanitaire retenu comme site d'enquête. Ainsi ont été concernés des patients, des gardes malades, des visiteurs, etc. Dans le cas où l'effectif prévu par structure sanitaire n'était pas atteint, l'enquêteur se déplaçait pour interviewer les personnes rencontrées, toujours par hasard avec comme seul critère d'inclusion l'âge compris entre 15 et 49 ans. Deux questionnaires distincts ont été utilisés à cette fin : le questionnaire standard adressé aux hommes et le questionnaire standard adressé aux femmes.

#### **L'administration du questionnaire standard adressé aux prestataires de soins**

L'enquêteur de chaque équipe ayant le profil paramédical était chargé d'administrer le questionnaire adressé aux prestataires de soins qui sont soit des médecins soit des infirmiers rencontrés au hasard dans l'établissement visité. La modalité d'interview a été également le « face à face » entre l'enquêteur et le prestataire enquêté avec enregistrement systématique des réponses données par ce dernier à chaque question posée.

#### **Le questionnaire auto administré à l'intention des responsables des établissements sanitaires**

Pour recueillir les informations auprès des directeurs d'hôpitaux et des titulaires des centres de santé, le questionnaire spécifique leur était envoyé à l'avance afin qu'ils puissent le remplir eux-mêmes par des réponses correspondant aux questions les concernant ou concernant l'établissement dont ils ont la charge.

Au moment du passage des enquêteurs ceux-ci avaient pour mission de récupérer le questionnaire rempli dont ils devaient vérifier la complétude conjointement avec le responsable sanitaire concerné.

#### ***b. Méthodes qualitatives***

Pour la collecte des données qualitatives, il avait été préconisé la combinaison de 2 techniques, les interviews semi structurées et les focus groups.

#### **Les interviews semi structurées**

Comme déjà signalé un groupe d'informateurs clés a été identifié pour prendre part aux interviews semi structurées.

Arrivé au site d'enquête, le superviseur était orienté par le responsable de la structure sanitaire visitée vers le lieu de travail ou de résidence de l'informateur clé identifié. Au contact de ce dernier, le superviseur faisant office d'enquêteur procédait à l'interview semi directive en suivant le contenu d'un guide d'entretien mis à sa disposition à cet effet. Il prenait des notes au fur et à mesure que l'informateur s'exprimait.

#### **Les focus groups**

Au total 60 séances focus groups étaient prévues pour être animées à l'intention de cibles particulières énumérées ci-dessous

Ils devaient offrir l'occasion aux participants d'exprimer leur perception sur l'objet de l'étude.

La collecte des données par focus groups a été faite suivant le contenu d'un guide conçu à cet effet pour chaque catégorie de participants avec comme support l'enregistrement sonore couplé à la prise de notes par les investigateurs. Ainsi neuf guides d'entretien de groupes ont été utilisés :

- I. Guide à l'intention des hommes musulmans,
- II. Guide à l'intention des femmes musulmanes,
- III. Guide à l'intention des hommes adultes non musulmans,
- IV. Guide à l'intention des femmes adultes non musulmanes,
- V. Guide à l'intention des jeunes garçons scolarisés
- VI. Guide à l'intention des jeunes filles scolarisées
- VII. Guide à l'intention des jeunes garçons non scolarisés, et les jeunes filles non scolarisées
- VIII. Guide à l'intention des hommes en uniforme,
- IX. Guide à l'intention des femmes professionnelles du sexe.

Chaque séance a été conduite par un animateur, le chef d'équipe, et un préposé à l'enregistrement choisi parmi l'équipe des enquêteurs. Les 2 catégories ont bénéficié d'une formation préalable en vue de la maîtrise de la technique d'animation des focus groups et de pouvoir interchanger les rôles durant les entretiens.

Des personnes issues des catégories ci-après ont été ciblées comme participants aux séances de discussions de groupe de 12 participants chacune : les hommes musulmans, les femmes musulmanes, les hommes adultes des milieux urbains et semi urbains non musulmans, les hommes adultes du milieu rural, les femmes adultes urbaines non musulmanes, les jeunes non scolarisés, les jeunes des écoles secondaires et/ou supérieures, les hommes en uniformes et les femmes professionnelles du sexe.

## **II.3 Approche de traitement et d'analyse des données**

### **II.3.1 Données quantitatives**

Le traitement des données de l'enquête a commencé deux jours avant la fin de la collecte sur le terrain. Cette phase a bénéficié de l'appui technique d'un Ingénieur Statisticien ; qui a assuré la responsabilité du début jusqu'à la fin.

Le traitement des données a connu plusieurs étapes dont les principales sont :

- la préparation du traitement;
- la vérification, le contrôle des questionnaires et la codification des questions.
- la saisie sous CSPro;
- l'apurement des données saisies
- la création des bases de données et la tabulation.

#### **→La préparation des opérations de traitement s'est articulé autour de :**

- l'évaluation de l'environnement et location du matériel informatique,
- l'installation des logiciels de saisie et de suivi des opérations et la conception du programme de saisie sur le logiciel CSPro,
- la création des noms des variables et leurs libellés ;
- la simulation de la saisie et la finalisation du programme et du masque de saisie,
- la rédaction des manuels et autres guides de l'agent de saisie et des contrôleurs,
- la rédaction du manuel de suivi des opérations de traitement,
- la formation des agents de saisie et des contrôleurs de saisie.
- la création des répertoires de données par poste ;
- l'organisation des agents de saisie

- la conception du CDROM.

**→La vérification, le contrôle des questionnaires et la codification des questions ouvertes**

Au cours de cette étape, on s'est focalisé sur le dépouillement des questionnaires afin de corriger les erreurs et les incohérences liées à la collecte de données et à codifier les questions ouvertes. Ainsi après que le statisticien accompagné du contrôleur aient élaboré toutes les modalités liées aux questions ouvertes, une équipe de 10 agents a été chargée de la codification sous le contrôle et la supervision du contrôleur et du statisticien.

**→La saisie sous CPro;**

Après que le statisticien eut terminé la conception des différents masques de saisie, il a procédé à la formation des agents et des contrôleurs de saisie.

**→L'apurement des données saisies**

Au cours de la saisie ; le statisticien s'est attelé à la conception du programme d'apurement qui a permis de détecter les incohérences dans les données ainsi que les erreurs de saisie. L'apurement s'est fait sous SPSS15.0.

Par la suite il a procédé à l'exportation des données sous l'extension .idx de CPro vers SPSS15.0, logiciel le mieux adapté au traitement et à l'analyse des données d'enquête pour l'apurement.

**→La création des bases de données et la tabulation.**

A cette étape, le statisticien a amorcé le traitement et l'analyse des données sous SPSS15.0. par la mise en place d'une base de données complète sous SPSS15.0 et la production de la tabulation selon la requête de l'équipe d'analyse constituée par 4 consultants.

L'analyse a débuté par une description de l'échantillon réellement enquêté en essayant de répondre aux questions suivantes :

- Quelle est la taille de l'échantillon ? correspond-elle à la taille prévue lors de l'élaboration du protocole et du calcul du nombre de sujets nécessaires ?
- Y-a-t-il des données manquantes ? dans quelle proportion ? Le pourcentage de données manquantes est-il acceptable ?
- Les personnes n'ayant pas répondu sont-elles différentes de celles qui ont répondu ?
- Toutes les personnes incluses dans l'enquête répondent-elles aux critères d'inclusion définis ?

L'analyse a été réalisée suivant un plan d'analyse préalablement établi. Des indicateurs utilisés ont été définis en fonction des objectifs de l'étude et des variables considérées par celle-ci.

Des comparaisons uni ou bi variées selon le cas entre certains paramètres des variables retenues, ont permis de dégager des tendances en procédant à des synthèses par résultat attendu, , ce qui a rendu possible l'interprétation du comportement de ces variables.

### II.3.2 Données qualitatives

L'analyse des données recueillies par le biais de **focus groups** et les interviews semi structurées a débuté par la retranscription in extenso des éléments sonores sur cassettes suivie par le dépouillement et la description qui s'est faite en 3 phases de la façon suivante :

*Première phase* : le repérage des idées entretien par entretien et thème par thème.

*Deuxième phase* : regroupement des idées et/ou données thème par thème en fonction des groupes interrogés.

*Troisième phase* : le codage qui lui-même suivra les étapes ci-après :

- Etablissement d'une série de catégories de réponse, chacune associée de près aux buts de l'étude ;
- Affectation à chaque catégorie d'une série de code visant à décrire les différents aspects des questions à l'étude
- Affectation d'un code à chaque extrait pertinent de la transcription

Ce processus a été répété pour chaque catégorie des données. La constitution de catégories a été faite par référence au modèle d'induction, en vertu duquel les réponses ont été étudiées pour en déceler les thèmes, les catégories étant alors établies à partir de ces thèmes sans à priori de la part de l'investigateur.

Les informations ainsi codifiées ont été analysées selon la méthode « d'analyse de contenu » qui, partant des catégories de thèmes a permis de dégager la fréquence spécifique des réponses et d'en déduire l'importance par rapport aux autres variantes dans la perception des informateurs. Un tableau synoptique a été établi pour faciliter l'analyse et l'interprétation des résultats

### II.3.3 La triangulation des données quantitatives et des données qualitatives

Les analyses des données quantitatives et qualitatives étant séparées, l'équipe de l'étude a procédé à l'intégration des résultats des données. Il s'agit de la triangulation des données qui est un processus consistant à rassembler les différents types de données pour réaliser une description à plus grande dimension d'un résultat de l'analyse.

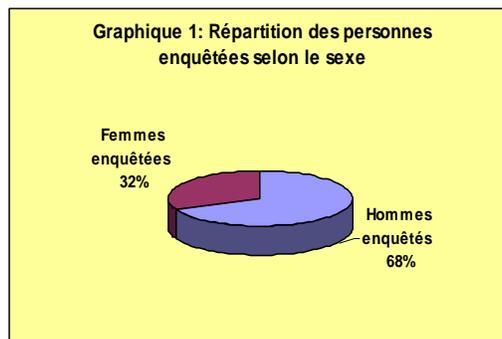
### III. RÉSULTATS

#### III.1 CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION DE L'ÉTUDE

##### *Personnes enquêtées sur questionnaire standard*

Au total 1663 personnes ont été interrogées à l'aide du questionnaire standard sur 1728 personnes prévues, soit 96,24% de répondants dont **1135** hommes (68,25%) et **528** femmes (31,75%) soit un sex ratio de 2.15 en faveur des hommes.

Le graphique 1 ci-dessous montre la répartition des personnes enquêtées selon le sexe

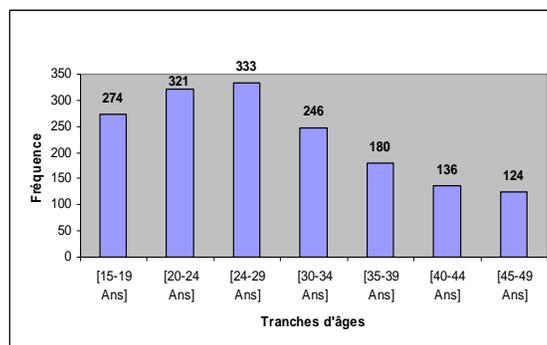


##### *Age des enquêtés*

L'âge maximal des personnes enquêtées était de 49 et l'âge minimal de 15 ans. Le graphique 2 montre la répartition des enquêtés par tranche d'âge. On remarque les fréquences les plus élevées entre 15 ans et 34 ans, intervalle qui regroupe 70,60% des enquêtés.

Le pic se situe à la tranche d'âge de 24-29 ans (20,02%) alors que la plus basse fréquence se retrouve dans la tranche de 45-49 ans (7,46%).

##### **Graphique 2 : Répartition des enquêtés selon les tranches d'âge**



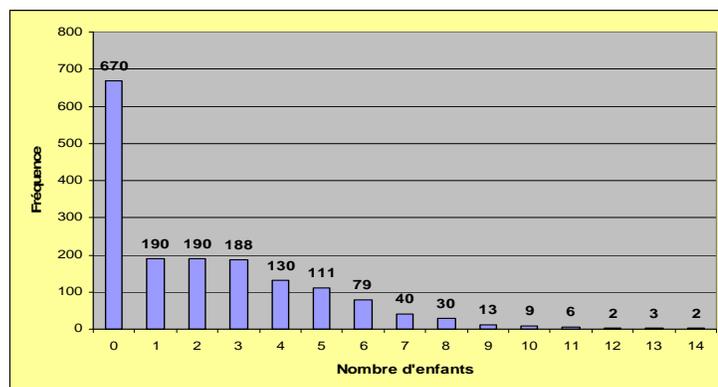
##### *Nationalité des enquêtés*

La quasi-totalité des personnes enquêtées sont de nationalité burundaise représentant 99,3%, avec quelques congolais (0,5%) et des rwandais (0,1%)

##### *Nombre d'enfants dépendant des personnes enquêtées*

La plus grande proportion des enquêtés, 670 sur 1663 soit 40,29% n'avaient pas d'enfants. Ceux qui avaient jusqu'à 3 enfants occupent 34,16% du point de vue fréquence et le nombre d'enfants le plus élevé pour un enquêté est de 14 (il a été observé chez 2 personnes) ; 22 enquêtés (1,32%) avaient 10 enfants et plus.

**Graphique 3 : Répartition de la population enquêtée selon le nombre de leurs enfants**

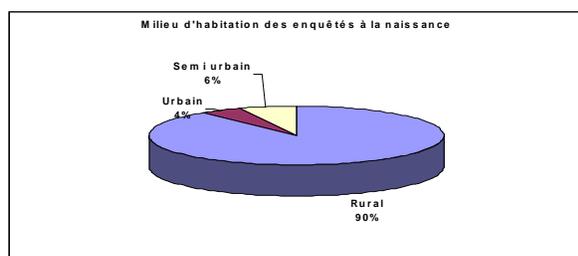


**Milieu de résidence actuelle des enquêtés**

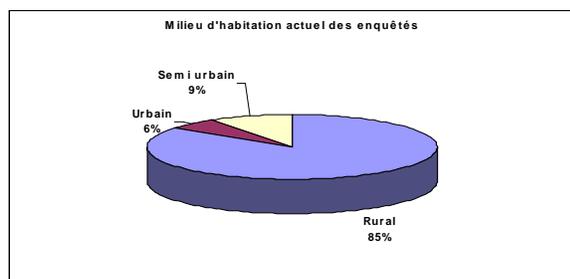
En considérant le milieu de résidence actuelle, 85% des enquêtés vivent dans le milieu rural, 9% dans le milieu semi urbain et 6% dans le milieu urbain.

En comparant les graphiques 2 et 3 on observe un léger décalage dans la répartition entre les milieux de naissance et de résidence actuelle. Ainsi 90% sont nés dans le milieu rural, mais 85% y résident encore actuellement, ce qui suggère que 5% d'entre eux ont migré vers le milieu semi-urbain (3%) et vers le milieu urbain (2%).

**Graphique 4 : Répartition des enquêtés selon le milieu de résidence à la naissance**



**Graphique 5 : Répartition des enquêtés selon le milieu actuel de résidence**

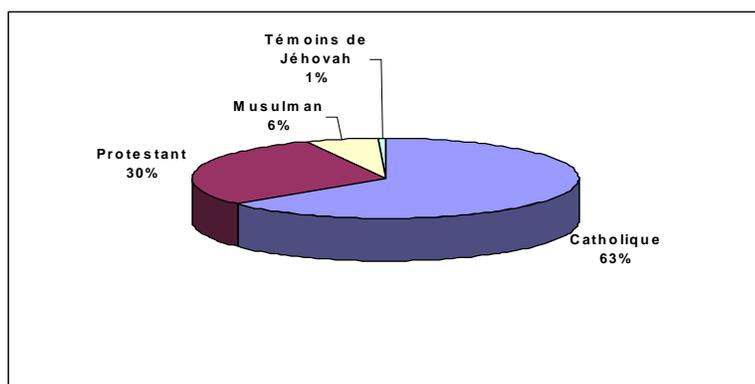


## Appartenance religieuse des enquêtés

La pratique de la religion est très prononcée dans la population enquêtée puisque 98,4 d'entre eux appartiennent à une religion avec une prédominance des catholiques (63%) suivis des protestants (30%), des musulmans (6%) ; puis les témoins de Jéhovah.

Le graphique ci-dessous montre la répartition des personnes enquêtées dans les différentes religions.

**Graphique 6 : Répartition des enquêtés selon leur appartenance religieuse**



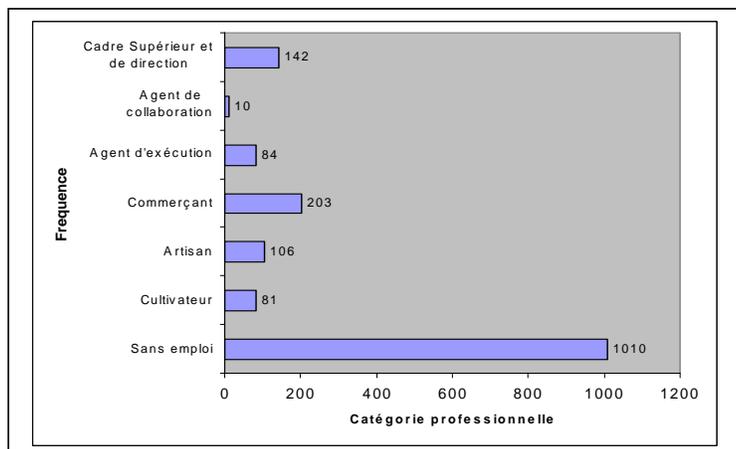
## Catégorie professionnelle des enquêtés

Une part très importante des enquêtés, 1010 sur 1663 soit 60.73% se sont déclarés sans profession. On doit souligner que cette catégorie renferme, en plus de véritables sans emploi, également de jeunes élèves et étudiants.

Au total 7 catégories professionnelles ont été touchées par l'enquête comme le montre le graphique 7.

La catégorie occupant le 2<sup>ème</sup> rang est celle des commerçants suivie de celle des cadres. La catégorie la moins représentée est celle des agents de collaboration.

**Graphique 7 : Répartition des enquêtés selon leur catégorie professionnelle**

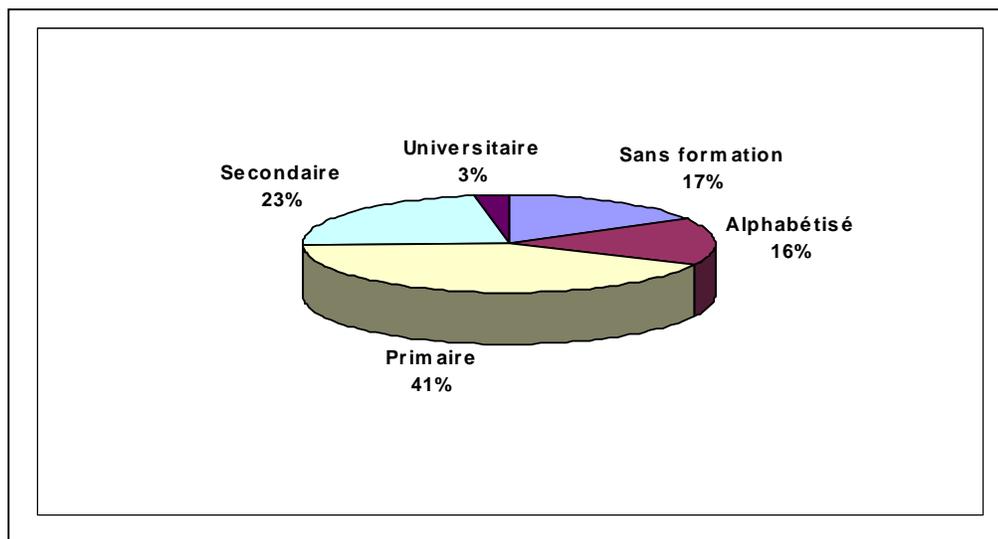


### Niveau d'instruction des enquêtés

Le niveau de formation le plus répandu dans la population enquêtée est le primaire (41%) suivi du secondaire (23%).

Les alphabétisés et les « sans formation » sont au même niveau de représentation, respectivement 16% et 17% alors que le niveau universitaire est à 3%.

**Graphique 8 : Répartition des enquêtés selon leur niveau d'instruction**



### Les prestataires de soins

Au total 132 prestataires oeuvrant au sein des structures sanitaires ont été enquêtés dont 97 prestataires de soins sur les 118 soit 82.20% de répondants et 37 responsables d'établissements sanitaires ont été enquêtés sur 48 prévus soit 72.92% de répondants. Ce décalage entre les effectifs des enquêtés prévus et réalisés a été lié aux impondérables des travaux de terrain notamment les horaires d'ouverture des établissements sanitaires qui n'ont pas toujours collé avec le timing de l'enquête. Les établissements pour lesquels les prestataires n'ont pas été interviewés sont ceux fonctionnant sur un régime de gong unique qui prévoit l'arrêt de travail à 15 heures de l'après-midi. Dans ces cas l'équipe d'enquête atteignait le site après la fermeture de l'établissement ciblé. Toutefois, on doit préciser ici que les établissements sanitaires manquants sur la liste des sites enquêtés n'avaient pas de caractéristiques particulières en commun dont la non prise en compte aurait été de nature à introduire un biais quelconque.

Parmi les 97 prestataires de soins enquêtés on distingue les profils suivants : 4 médecins (4.12%), 86 infirmiers (88.66%) et 7 formés sur le tas (7.2%).

Quant aux 37 établissements sanitaires sujet de l'enquête, ils sont de statuts variés qui sont : 12 hôpitaux publics (32.43%), 3 hôpitaux privés (8.11%), 16 centres de santé publics (43.24%) et 6 centres de santé privés (16.22%).

### ***Personnes enquêtées à l'aide de méthodes qualitatives***

#### **Informateurs clés**

Des interviews semi structurées ont été conduites à l'intention de 88 informateurs clés répartis dans 6 principales catégories. Le tableau 1 reprend la répartition des informateurs clés interviewés par catégorie.

**Tableau 4 : Répartition des informateurs clés interviewés par catégorie**

<b>Catégorie de personnes enquêtées</b>	<b>Effectif</b>
Professionnels de santé	<b>3</b>
Leaders religieux	<b>28</b>
Leaders communautaires	<b>26</b>
Responsables administratifs	<b>17</b>
Tradipraticiens	<b>5</b>
Responsables de l'enseignement	<b>12</b>
<b>Sous total ISS</b>	<b>88</b>

#### **Focus group**

Des séances de discussion de groupes ont été animées à l'intention de 580 personnes sur 720 prévus soit un taux de participation de 80.56%. Les participants ont représenté 10 groupes différents comme le montre le tableau 2 ci-dessous.

Sur 60 séances de focus groups prévus 52 ont été réalisés soit un taux de réalisation de 86.67%.

**Tableau 5 : Répartition des participants aux focus groups par catégorie**

<b>Catégorie des participants aux focus groups</b>	<b>Effectif</b>
Professionnelles du sexe	34
Membres des corps en uniforme	66
Jeunes filles scolarisées	87
Jeunes garçons scolarisés	83
Jeunes garçons non scolarisés	56
Jeunes filles non scolarisées	59
Femmes adultes	101
Hommes adultes	71
Musulmans	13
Femmes musulmanes	10
<b>Sous total focus groups</b>	<b>580</b>

## **III.2 RESULTATS PRINCIPAUX**

Dans les lignes qui suivent nous présentons les résultats relevant des informations recueillies auprès des informateurs et qui sont directement liés aux objectifs de l'étude.

### III.2.1 Connaissance de la circoncision

#### III.2.1.1 Définition de la circoncision par les hommes

##### *Signification du vocable circoncision*

La signification du mot circoncision a été différemment présentée par les hommes enquêtés. En effet, si la vraie signification, qui est celle de l'ablation totale ou partielle du prépuce laissant à découvert le gland de la partie distale du prépuce, a été évoquée par la majorité d'entre eux à savoir 48,25%, d'autres ont défini la circoncision d'une autre manière allant jusqu'à parler de l'ablation de toute la peau qui recouvre le pénis citée par plus de 28% des enquêtés ou de l'ablation totale ou partielle du pénis (0,46% et 3,14%) alors qu'une part non négligeable (19,93%) ont avoué ne pas savoir ce qu'est la circoncision.

##### **Encadré 1 : Définition de la circoncision**

La **circoncision, qui vient du mot latin « *circumcisio* »** (« couper autour »), consiste, dans sa forme la plus répandue, en l'ablation totale ou partielle du prépuce, laissant ainsi le gland du pénis à découvert. C'est une pratique qui existe depuis l'antiquité.

Dans le cas d'une indication chirurgicale, le terme employé est *posthectomie*.

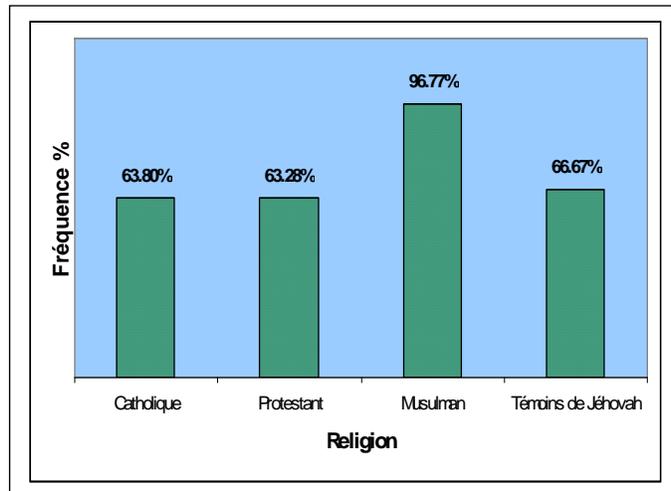
**Tableau 6 : Fréquences des définitions de la circoncision**

Signification proposée	Fréquence	%
Enlever tout le prépuce	306	28.23%
Enlever la partie distale du prépuce	523	48.25%
Enlever la totalité du pénis	5	0.46%
Je ne sais pas	216	19.93%
Enlever une partie du pénis	34	3.14%
<b>Total des répondants</b>	<b>1084</b>	<b>100.00%</b>

##### *Définition correcte selon la religion*

Les musulmans se sont montrés plus à l'aise dans la définition car 96,77% d'entre eux ont répondu correctement à la question relative à la définition de la circoncision suivi par les témoins de Jéhovah (66,67%), les 2 confessions restantes à savoir la catholique et la protestante étant à égalité avec respectivement 63,80% et 63,29% de réponses exactes

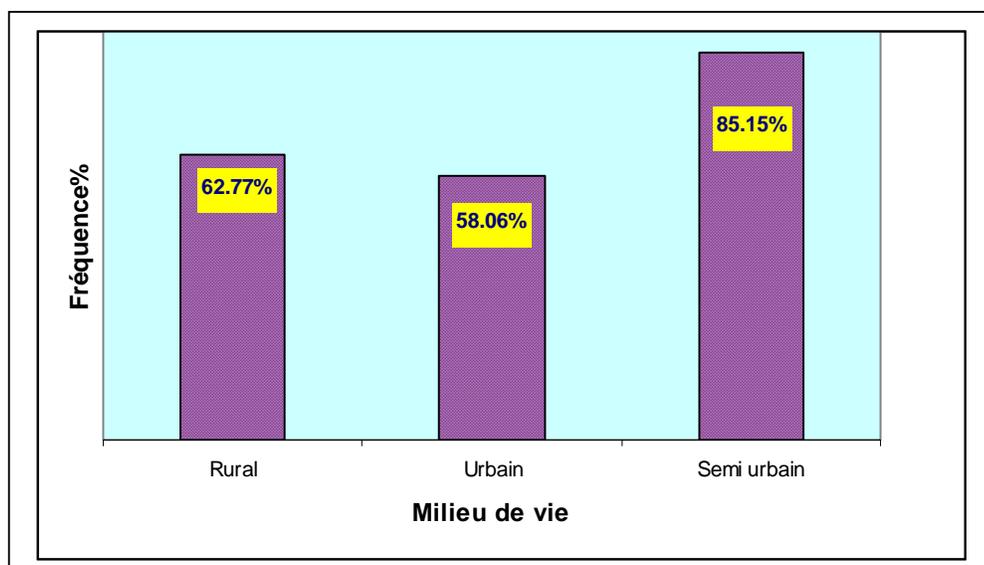
**Graphique 9 : Répartition des définitions correctes selon la religion**



***Définition correcte selon le milieu de résidence***

Par rapport au milieu de résidence ce sont les enquêtés du milieu semi urbain qui ont fourni la meilleure définition de la circoncision à raison de 85,15% ; le milieu rural est en 2<sup>ème</sup> position avec 62,77%.

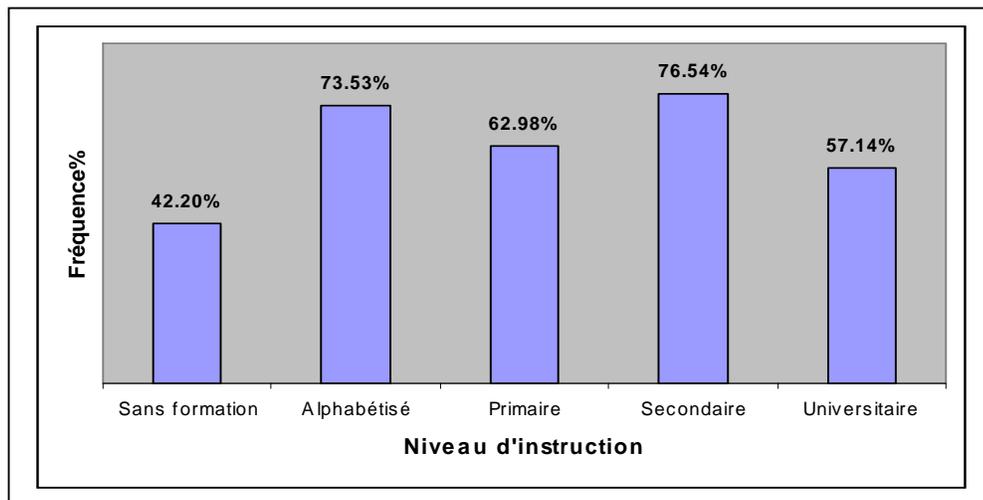
**Graphique 10 : Répartition des définitions correctes selon le milieu de résidence**



### ***Définition correcte selon le niveau d'instruction***

Les enquêtés du niveau secondaire d'instruction ont une meilleure connaissance de la circoncision ; ils ont été 76,54% d'entre eux à répondre correctement, suivi des alphabétisés (73,53%), puis de ceux du niveau primaire (62,98%).

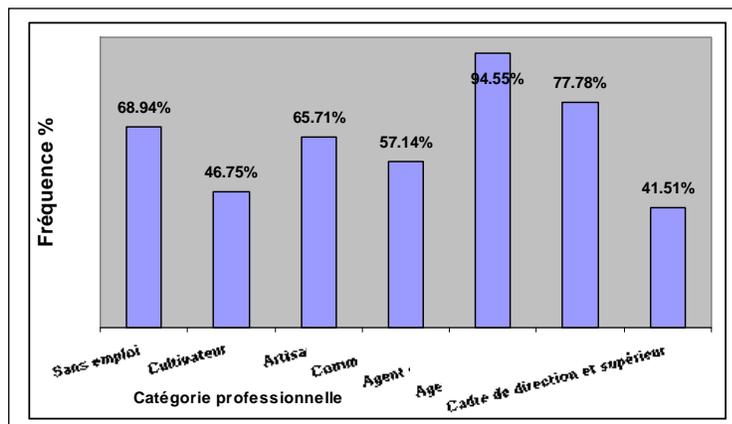
**Graphique 11 : Répartition des définitions correctes selon le niveau d'instruction**



### ***Définition correcte selon la catégorie professionnelle***

Par rapport aux catégories professionnelles, les agents d'exécution sont les mieux informés (94,55%) suivis par les agent de collaboration(77,78%), les sans emploi (68,94%) et les artisans (65,71%). Les cadres viennent en dernière position avec 41,51%.

**Graphique 12 : Répartition des définitions correctes selon la catégorie professionnelle**



### ***Motivation de pratiquer la circoncision d'après les hommes***

Selon l'avis des hommes enquêtés le recours à la circoncision serait motivé par : les raisons médicales ( 40, 53%), un souci d'hygiène(8,77%) et les exigences religieuses (10,13%). On évoque aussi la tradition (3,79%) et la réduction du risque de transmission des IST (4,41%).

**Tableau 7 : Répartition de la population enquêtée selon la motivation de pratiquer la circoncision**

<b>Raison de la circoncision</b>	<b>Fréquence</b>	<b>%</b>
Tradition	43	3.79%
Exigences religieuses	115	10.13%
Raisons médicales	460	40.53%
Souci d'hygiène	440	38.77%
Prestige	51	4.49%
Ne saint pas	93	8.19%
Prévention de blessure pendant les rapports sexuels	66	5.81%
Réduction du risque d'IST	50	4.41%
<b>N=1135</b>		

### **III.2.1.2 Définition, avantages et inconvénients de la circoncision masculine d'après les femmes**

#### ***Signification de la circoncision masculine d'après les femmes***

La définition du vocable circoncision a été déclinée de façon variée par les femmes enquêtées. La grande majorité (42,99%) de ces dernières avouent ne pas savoir ce qu'est la circoncision Une grande partie d'entre elles (40, 53%) pensent qu'il s'agit de l'ablation de la partie distale du prépuce, ce qui est la bonne réponse, alors que d'autres ont défini la circoncision d'une autre manière allant jusqu'à parler de l'ablation de toute la peau qui recouvre le pénis (14,58%) et même de l'ablation totale du pénis (1,33%). Des réponses encore plus marginales été notées notamment : préalable aux premiers rapports sexuels (0,38%) et limitation des naissances (0,19%)

**Tableau 8 : Répartition des femmes enquêtées selon la signification exprimée de la circoncision masculine**

<b>Signification de la circoncision</b>	<b>Fréquence</b>	<b>%</b>
Enlever tout le prépuce	77	14.58%
Enlever le prépuce mais pas nécessairement la totalité du prépuce	214	40.53%
Enlever la totalité du pénis	7	1.33%
Je ne sais pas	227	42.99%
Faire les rapports sexuels pour la première fois	2	0.38%
Limiter les naissances	1	0.19%
<b>Effectif total des répondants</b>	<b>528</b>	<b>100.00%</b>

***Avantages de la circoncision masculine d'après les femmes***

Les femmes interrogées ont reconnu certains avantages de la circoncision masculine. Entre autres : la prévention des maladies sexuellement transmissibles (42,05%) ; l'hygiène (21,59%) ; la croyance que « la circoncision prévient la douleur (2,08%) et les blessures (2,46%) lors des rapports sexuels ; l'augmentation du plaisir sexuel (2,46%) ; l'augmentation du prestige social(2,08%) ».

Par contre 24,62% des femmes enquêtées n'ont reconnu aucun avantage à la circoncision.

**Tableau 9 : Répartition des femmes enquêtées selon les avantages qu'elles ont reconnus à la circoncision masculine**

<b>Avantage reconnu</b>	<b>Fréquence</b>	<b>%</b>
Protection contre les IST	222	42.05%
Propreté	114	21.59%
Prestige auprès du groupe	11	2.08%
Augmentation du plaisir sexuel	13	2.46%
Conquête des femmes/filles	5	0.95%
Prévention de la douleur lors des rapports sexuels	11	2.08%
Réduction du risque de blessure de l'organe génital masculin lors des rapports sexuels	13	2.46%
Ne sait pas	130	24.62%

### **Les inconvénients de la circoncision masculine d'après les femmes**

Peu de problèmes et/ou de conséquences néfastes liés à la circoncision masculine ont été évoqués par les femmes enquêtées : 24,05% estiment que la circoncision ne comporte aucune conséquence néfaste alors que 33,14% avouent ignorer cette problématique. Cependant quelques problèmes ont été relevés : les infections (3,98%), les complications post opératoires (4,17%), la diminution de risque de décès (1,14%) , la stérilité masculine (0,38%).

**Tableau 10 : Répartition des femmes enquêtées selon les inconvénients qu'elles attribuent à la circoncision masculine**

<b>Problèmes</b>	<b>Fréquence</b>	<b>%</b>
Vulnérabilité aux maladies sexuellement transmissibles	10	1,89%
Diminue le plaisir sexuel	5	0.95%
Risque de décès suite à l'opération	6	1.14%
Vagabondage sexuel post circoncision	5	0.95%
Stérilité masculine	2	0.38%
Pas de conséquence néfaste	127	24.05%
Ne sait pas	175	33.14%
Complications post opératoires	22	4.17%
Infection	21	3.98%
<b>N=528</b>		

### **III.2.1.3 Avantages de la circoncision masculine selon les interlocuteurs clés**

D'après les informateurs clés la population reconnaîtrait quelques avantages à circoncision masculine, entre autres :

- la protection contre les IST et dans une moindre mesure contre l'infection à VIH (27 informateurs) ;
- l'hygiène des organes génitaux
- l'augmentation du plaisir sexuel
- l'esthétique masculine et le prestige social

Cependant ces informateurs pensent également que les gens craindraient quelques revers de la circoncision tels que le faux sentiment de sécurité totale contre le VIH.

*« Les gens surtout les jeunes risquent de croire que ce n'est pas une protection partielle mais totale et que leur organisme dans ce cas ne serait plus exposé même en cas de relations sexuelles non protégées », (Prêtre, Pasteur Anglican, Elu local, Administratif, Militaire, représentant ASBL, Educateur et Femme leader)*

L'autre objet de préoccupation mais qui relève des croyances serait la survenue d'une éventuelle impuissance sexuelle.

*« Les gens circoncis peuvent être inefficaces, c'est une perte d'une partie de leur corps et cela pourrait les amener à ne pas être performant pendant leurs relations sexuelles », (Éducateur, Personnel de la santé et Prêtre)*

Donc avant qu'ils ne soient contactés par l'équipe de l'enquête les informateurs clés rencontrés n'avaient pour la plupart pas connaissance de l'association entre la circoncision masculine et une réduction du risque d'infection par le VIH, même si un certain nombre d'entre eux avaient eu écho de la protection des IST par la circoncision masculine (54 sur 97).

*« Je savais que la circoncision est bien pour la santé et surtout au niveau de la propreté de l'organe génital et la bible est pour cette pratique voir Deutéronome dans la loi de moise on le faisait au 8<sup>ème</sup> jour de la vie d'un garçon. », Pasteur anglican*

Après avoir reçu l'information relative à la contribution de la circoncision masculine à la réduction de la transmission du VIH, les avis de ces interlocuteurs ont évolué.

Les uns ont adhéré à la pratique jusqu'à recommander sa vulgarisation avec un programme soutenu d'information sur cette association, en insistant sur *«la nécessité se faire circoncire, mais de ne pas se lancer dans le vagabondage sous ce prétexte »,* parole d'un Educateur.

D'autres ont manifesté leur réserve voire un rejet à l'instar de cette sœur catholique qui s'est exprimée ainsi :

*« Je pense qu'il serait mieux que les gens apprennent à respecter les commandements de Dieux plutôt que de penser seulement à protéger leur corps contre le SIDA si non il y'aura toujours ces maladies.. Mais la circoncision en soi n'est pas un péché ».*

La raison de rejet la plus fréquemment exprimée concerne le risque de verser dans le vagabondage sexuel suite à la circoncision masculine.

D'autres encore pensent qu'il y aurait des visées religieuses d'autant plus *« qu'il n'y a qu'un seul sexe qui est protégé »* (Curé d'une paroisse catholique) ou alors que la circoncision ne sert à rien.

### **III.2.1.4 Point de vue des participants aux focus group sur la circoncision masculine**

#### ***La signification de la circoncision***

Pour tester les connaissances des personnes ayant participé aux soixante « focus group » organisés dans toutes les régions du Burundi, on a d'abord posé la question de savoir quelle est la première idée qui vient à l'esprit de chaque informateur quand nous disons : « un homme circoncis ». Deux types d'idées, les unes de type définitoire (*connaissances*) et les autres d'opinion (*croyances*), ont été véhiculées.

Sur le plan définitoire, l'idée la plus émergente, exprimée par les groupes interrogés, est que la circoncision masculine est une pratique *bienfaisante, préventive* contre les maladies sexuellement

transmissibles. La seconde idée, exprimée par six groupes (hommes adultes, femmes adultes, corps en uniforme, jeunes filles scolarisées, jeunes gens scolarisés, jeunes filles non scolarisées) est que la *circoncision est synonyme de propreté*. Une définition presque dictionnaire, donnée par les femmes adultes et tous les groupes de jeunes, est que la circoncision masculine consiste à enlever le prépuce couvrant l'extrémité du pénis.

### ***La perception de la circoncision masculine par les participants aux focus groups***

Certaines opinions soutiennent que la circoncision masculine *facilite les rapports sexuels* (les femmes et tous les jeunes), *prévient les blessures* (les corps en uniforme et les jeunes gens scolarisés et non scolarisés), *donne de l'esthétique* au corps masculin (hommes et femmes adultes). D'autres opinions fustigent la circoncision masculine, soi-disant qu'elle *favorise le vagabondage sexuel* (les femmes et tous les jeunes) et *la vanité* (les jeunes gens scolarisés). Les hommes et les femmes adultes ainsi que les jeunes gens scolarisés et non scolarisés croient que tout homme circoncis est soit *musulman*, soit quelqu'un qui *imite les musulmans* ou qui veut *s'identifier à eux*.

Concernant les *avantages* de la circoncision masculine, tous les groupes affirment qu'elle contribue à la prévention contre les maladies sexuellement transmissibles et qu'elle favorise la propreté. D'autres avantages vont dans le sens de faciliter les rapports sexuels (les femmes adultes, les corps en uniforme, les jeunes gens et les jeunes filles non scolarisés) ; d'éviter les blessures pendant ces rapports et de faciliter le port de préservatif (jeunes gens scolarisés et non scolarisés, jeunes filles non scolarisées). Certaines femmes disent aussi que la circoncision masculine donne de l'esthétique au corps de l'homme. Selon les jeunes gens scolarisés, les deux autres avantages de la circoncision masculine à éviter la marginalisation et le mépris de la part des pairs. Certaines jeunes filles se sont montrées très pudiques et, dans un premier temps, elles répondaient par un « je ne sais pas » mitigé.

Lorsque nous avons voulu découvrir les *aspects négatifs* ou inconvénients d'être circoncis, certains participants au « focus group » affirment que la circoncision ne présente aucun inconvénient (fa, cu, jgs, jfs, jgns, fps). D'autres relèvent des aspects négatifs tels que : durant l'opération l'on peut être contaminés par des maladies sexuellement transmissibles (fa, cu, jgs, jfs, hem, jfns) ; quelqu'un qui a un épiderme fragile peut ne pas guérir (jfs, jgns, jfns, hem) ; le sexe de l'homme peut en sortir atrophié (fa, jfs, jgns) ; l'opération fait mal (cu, jgs) ; l'opération peut être mal faite et occasionner d'autres blessures (ha) ; la circoncision retarde l'accomplissement des rapports sexuels (jgs) ; l'on interdit la consommation d'alcool au nouvellement circoncis et il en meurt de soif (jfns) ; lorsqu'un nouvellement circoncis consomme de l'alcool, il saigne beaucoup (jfs) ; l'érection devient très douloureuse (jgns).

### ***Préférence quant aux structures et aux prestataires pour la pratique de la circoncision masculine***

A la question de savoir à *qui* quelqu'un qui désire se faire circoncire devrait *s'adresser*, tous les groupes ont répondu qu'il vaudrait mieux s'adresser à une *structure de santé*. Les femmes adultes, les professionnelles de sexe, les jeunes gens scolarisés et non scolarisés l'alternative suggèrent d'aller se faire circoncire chez un *tradipraticien* ou s'adresser à un *agent de la santé publique* ambulante, qui se rend chez des clients qui le sollicitent pour les circoncire chez eux. Les femmes professionnelles de sexe pensent que l'on peut aussi demander d'être circoncis *chez les*

*musulmans*. Ces derniers, ainsi que les femmes musulmanes, affirment savoir que l'on peut se faire circoncire dans une structure de santé ou chez les musulmans mêmes, puisqu'ils sont acquis à cette pratique.

***Etat de l'information sur la contribution de la circoncision masculine dans la réduction de la transmission du VIH.***

A la question de savoir la *réaction* des informateurs *en apprenant que si un homme est circoncis, il a moins de risque d'être infecté par le VIH*, tous les groupes de discussion ont été surpris et ont affirmé qu'ils entendaient cela pour la première fois. Quelques hommes adultes ont cependant avoué l'avoir déjà entendu à la radio. Les femmes adultes, les jeunes gens et les jeunes filles non scolarisés ont quand même émis l'idée comme quoi cela devrait être vrai car l'organe génital d'un homme circoncis ne couve pas les microbes. Les femmes adultes et les jeunes filles non scolarisées semblent adhérer réellement à cette idée de réduction de la contamination à VIH et qu'elles s'en trouvent réconfortées. Les hommes adultes, les jeunes filles scolarisées et les jeunes gens non scolarisés ont néanmoins dit que des rapports non protégés avec une femme séropositive sont fatalement suivis par la contamination. Cet avis est également partagé par les jeunes gens et les jeunes filles scolarisés.

### **III.2.2 Opinions, perception et comportement vis-a-vis de la circoncision masculine**

#### **A. Les hommes non circoncis**

##### ***Adhésion des non circoncis à la circoncision masculine***

Sur les 623 non circoncis ayant répondu au questionnaire, 467 (75%) sont favorables à leur propre circoncision, pendant que 114 (18.3%) rejettent la circoncision et que 29 (4.7%) restent indifférents.

##### ***Position des hommes non circoncis sur la circoncision de leur fils***

78,2% des hommes enquêtés non circoncis seraient quand même favorables à la circoncision de leur fils, alors que 15,8% sont défavorables et 6,0% indifférents.

Les raisons qui plaident en faveur de l'adhésion à la circoncision des jeunes garçons sont reprises ci-dessous.

Il s'agit principalement de la prévention des maladies sexuellement transmissibles qui est citée dans 56.31% des cas, la propreté et l'hygiène (21.24%) ainsi que le bas âge de l'enfant qui, selon 15.63% des interviewées, serait de nature à assurer l'innocuité de l'intervention.

**Tableau 11 : Répartition des hommes non circoncis selon leur motivation de l'adhésion à la circoncision**

<b>Motivation de l'adhésion à la circoncision</b>	<b>Fréquence</b>	<b>%</b>
Protection contre les MST	281	56,31
Propreté/hygiène	106	21,24
Facilité de rapports sexuels	34	6,81
Age favorable (bas âge)	78	15,63
<b>Effectif total</b>	<b>499</b>	<b>100,00</b>

Les raisons qui plaident en défaveur de la circoncision des jeunes garçons sont reprises dans le tableau 12 ci-dessous. Il s'agit en premier lieu de l'absence de conviction du parent lui-même qui n'est pas circoncis (30.69%), mais aussi du choix de laisser l'enfant décider de lui-même le moment venu (23.76%).

La crainte de la douleur pour son enfant est également évoquée (14.85%), ainsi que la croyance religieuse (11.88%).

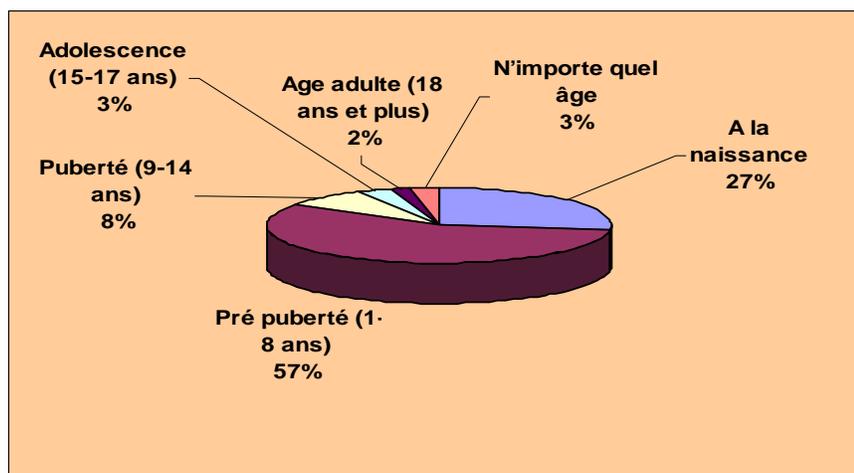
**Tableau 12 : Répartition des hommes non circoncis selon les raisons en défaveur de la circoncision de leur fils**

<b>Raisons en défaveur de la circoncision des jeunes garçons</b>	<b>Fréquence</b>	<b>%</b>
Crainte de la douleur	15	14,85
Le parent lui-même ne l'a pas fait	31	30,69
Croyances religieuses	12	11,88
Absence d'intérêt	12	11,88
Ne veut pas contraindre l'enfant	7	6,93
Attente d'une initiative propre du fils	24	23,76
<b>Effectif total</b>	<b>101</b>	

***Age préféré par les hommes non circoncis pour la circoncision de leurs enfants***

Pour les hommes non circoncis il est préférable que leurs enfants soient circoncis dans les stades précoces de leur vie en l'occurrence à la naissance (27%) et la pré puberté pour 57% d'entre eux. Les stades tardifs sont faiblement considérés avec respectivement 3% et 2% pour l'adolescence et l'âge adulte.

**Graphique 13 : Répartition des hommes non circoncis selon l'âge préféré pour la circoncision de leur fils**



**Raison du choix par les hommes non circoncis du moment de la circoncision de leurs enfants**

La préférence du moment de circoncision pour les enfants appartenant aux hommes non circoncis aurait été dictée par le souci d'éviter la douleur à l'enfant pour 53.85% de cette catégorie d'informateurs ainsi que le sentiment que l'âge précoce limiterait les complications liées à l'opération (39.42%). Dans une moindre mesure elle serait dictée par la préparation d'un éventuel mariage (5.05%)

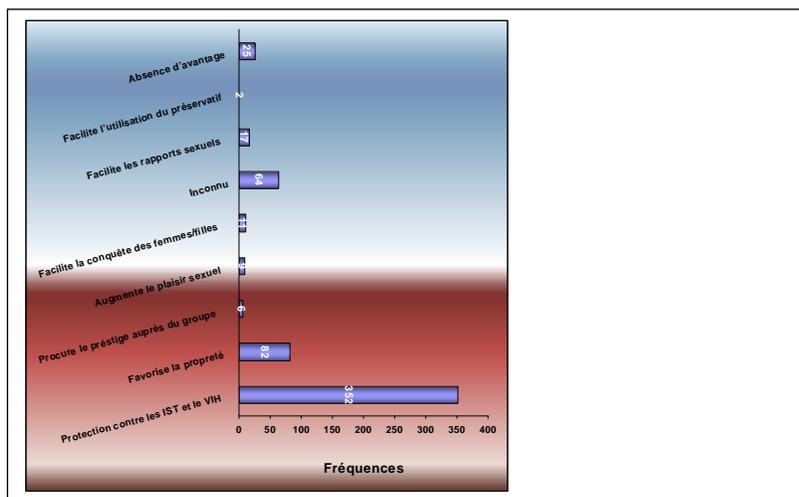
**Tableau 13 : Répartition des hommes non circoncis selon la raison du choix de l'âge de la circoncision de leur fils**

Raison du choix de l'âge de la circoncision de leur fils	Fréquence	%
Pour des raisons religieuses	7	1,68
Parce qu'en ce moment ça fait moins mal	224	53,85
Parce qu'à cet âge il y a moins de complications	164	39,42
Parce que c'est l'âge où il pourrait envisager de se marier	21	5,05
<b>Effectif total des répondants</b>	<b>416</b>	<b>100,00</b>

**Avis des hommes non circoncis sur les avantages de la circoncision masculine**

La protection contre les maladies sexuellement transmissibles est au premier rang des avantages de la circoncision, d'après 352 sur 489 hommes non circoncis interrogés soit 54,49%, suivi de loin par le souci de la propreté évoqué par 82 d'entre eux soit 12,69% ; il convient de noter que 9,90% de ce groupe cible n'ont aucun avis sur la question alors que 5% ne reconnaissent aucun avantage

**Graphique 14 : Répartition des hommes non circoncis selon les avantages de la circoncision masculine qu'ils ont évoqués**



***Les inconvénients de la circoncision d'après les hommes non circoncis***

La plupart des hommes non circoncis rencontrés affirment soit qu'il n'y a pas de conséquences néfastes liées à la circoncision masculine (33,13%) soit qu'ils les ignorent(24,30%). Certains redoutent quand même quelques problèmes entre autres :les complications liées à la chirurgie (6,04%), les IST (3,41%), le risque de décès (3,41%).

**Tableau 14 : Répartition des hommes non circoncis selon les inconvénients de la circoncision masculine évoqués**

Inconvénients	Fréquence	%
Vulnérabilité aux maladies sexuellement transmissibles dont le sida	16	2,48
Diminue le plaisir sexuel	8	1,24
Provoque l'impuissance sexuelle	4	0,62
Décès des suites de l'opération	22	3,41
Rejet par le partenaire sexuel	5	0,77
Rejet par les amis	6	0,93
Infections sexuellement transmissibles	22	3,41
Pas de problème	214	33,13
Stérilité	5	0,77
Exagération du désir sexuel chez le premier partenaire sexuel	6	0,93
Augmentation du vagabondage sexuel	6	0,93
Complications liées à une intervention chirurgicale	39	6,04
Ne sait pas	157	24,30
<b>N=646</b>		

### ***Vérification de la portée des informations sur le rôle de la circoncision dans la réduction de la transmission du VIH***

Après avoir fourni l'information aux répondants non circoncis sur les conclusions que des études récentes démontrent que la circoncision réduit le risque d'infection par le VIH, qu'être circoncis n'est pas un moyen suffisant pour se protéger contre le VIH/SIDA et que les hommes circoncis doivent continuer à utiliser d'autres méthodes de protection, des questions ont été posées visant à vérifier l'influence de l'information reçue sur l'attitude envers la circoncision masculine.

### ***Evolution de la position sur la pratique de la circoncision pour soi-même sur base des informations reçues***

Sur base des informations reçues 75,0% des non circoncis opposés avant à la pratique de la circoncision ont déclaré pouvoir envisager d'être circoncis alors que 25% demeurent réticentes. Les raisons de rejet pour cette dernière catégorie de répondants sont présentées dans le tableau ci-après.

**Tableau 15 : Répartition des hommes non circoncis selon les raisons de la persistance du rejet de la circoncision**

<b>Raison du rejet de la circoncision</b>	<b>Fréquence</b>	<b>%</b>
Interdit religieux	23	20,72
Absence de conviction	24	21,62
Peur de l'intervention chirurgicale	3	2,70
Manque d'argent	8	7,21
Méconnaissance de l'endroit où se pratique la circoncision	14	12,61
Age avancé	20	18,02
Absence de consentement du partenaire	3	2,70
Crainte d'être taxé d'infidèle par son épouse	5	4,50
Contradiction avec les coutumes burundaises	8	7,21
Séropositivité	3	2,70
<b>Effectifs total des répondants</b>	<b>111</b>	<b>100,00</b>

### ***Changement d'opinion pour la circoncision du fils***

Cette information aurait changé l'opinion en faveur de la circoncision du fils chez 84,5% des hommes non circoncis alors que 15,5% d'entre eux seraient restés sur leur position.

### ***Opinions des hommes non circoncis ayant rejeté la circoncision après explication sur sa relation avec la prévention du VIH***

Sur les 127 hommes ayant rejeté la circoncision seuls 47 soit 37% ont adhéré à l'idée de se faire circoncire après explication leur fournie sur la contribution de cette dernière à la réduction de la transmission du VIH ; 63% d'entre eux maintiennent leur refus de cette pratique.

### **Préoccupation concernant la circoncision**

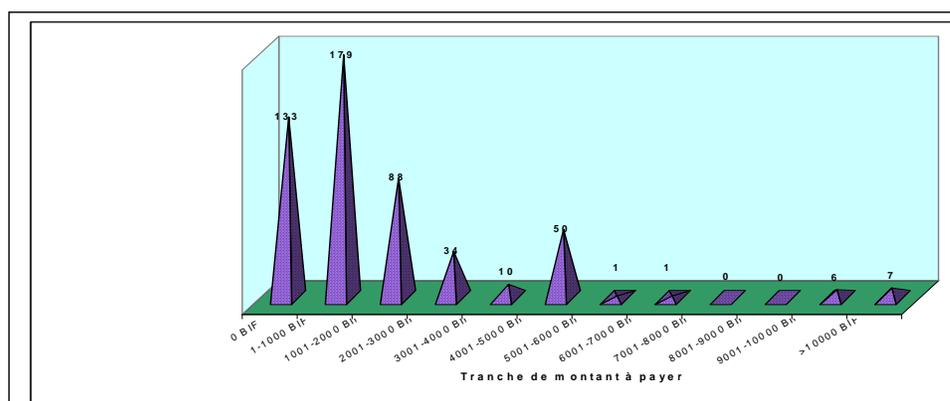
Parmi les hommes non circoncis ayant accepté la circoncision 39,1% auraient d'autres préoccupations en ce qui concerne la circoncision alors que 60,9% n'affichent aucune préoccupation particulière.

### **Disposition à payer pour la circoncision**

Afin de mesurer la disposition des hommes non circoncis à payer pour bénéficier de l'intervention, il leur a été demandé le niveau du montant maximum qu'ils seraient prêts à y consacrer. Le graphique 15 ci-dessus donne des indications y relative.

Comme on devrait s'y attendre ce sont les petites sommes qui requièrent la plus grande adhésion puisque les tranches de montant allant de 0 à 2000 francs burundais regroupent 61,92% des répondants de cette catégorie. Les tranches situées au dessus de 5000 francs burundais ne rencontrent presque aucun avis favorable.

**Graphique 15 : Répartition des hommes non circoncis selon la tranche de montant qu'ils sont disposés à payer pour bénéficier de la circoncision masculine**



## **B. Les hommes circoncis**

### **Avis des hommes circoncis sur les avantages de la circoncision masculine**

Les hommes circoncis quant à eux reconnaissent la protection contre les IST comme la plus grand avantage si on en croit les avis qui lui sont favorables dans la catégorie (65,03%), suivi par la propreté et l'hygiène (53,17%).

**Tableau 16 : Répartition des hommes circoncis selon les avantages qu'ils reconnaissent à la circoncision masculine**

Avantage	Fréquence	%
Elle protège contre les maladies sexuellement transmissibles	318	65.03%
Elle favorise la propreté	260	53.17%
Elle procure le prestige auprès du groupe	65	13.29%
Elle augmente le plaisir sexuel	65	13.29%
<b>N=489</b>		

### ***Souvenir de la circoncision***

Les hommes circoncis interrogés ont gardé un souvenir de l'événement qui va de douloureux (51%) à très douloureux (27,6%) en passant par ceux qui sont indifférents (17,8%) et ceux qui n'ont aucun souvenir à ce sujet (3,6%).

### ***Les problèmes ou les conséquences néfastes liés à la circoncision masculine évoqués par les hommes circoncis***

La plupart des hommes circoncis rencontrés affirment qu'ils n'y a pas de conséquences néfastes liées à la circoncision masculine (59,30%) ou que si ces problèmes existent, ils ne seraient pas connus des 24,74 % qui déclarent ne pas les connaître. Mais pour une petite proportion d'entre eux quelques problèmes auraient été observés ou supposés notamment la lenteur de la guérison (5,73%), le risque d'être infecté par le VIH si les précautions de prévention ne sont pas prises (3,89%). La vulnérabilité aux maladies sexuellement transmissibles est également crainte par 2,86% d'entre eux.

**Tableau 17 : Répartition des hommes circoncis selon les conséquences qu'ils ont évoquées liées à la circoncision masculine**

<b>Conséquences évoquées</b>	<b>Fréquence</b>	<b>%</b>
Vulnérabilité aux maladies sexuellement transmissibles	14	2.86
Diminue le plaisir sexuel	8	1.64
Provoque l'impuissance sexuelle	3	0.61
Décès des suites de l'opération	3	0.61
Pas de conséquence	290	59.30
Risque d'être infecté par le VIH lors de l'opération	19	3.89
Lenteur de la guérison	28	5.73
Ne sait pas	121	24.74
Exagération du désir sexuel chez le premier partenaire	3	0.61
<b>N=489</b>		

### ***Satisfaction des hommes circoncis***

A la question de savoir s'ils étaient contents d'être circoncis, les hommes circoncis ont affirmé leur satisfaction dans une large majorité (84,8%) alors que 14,8% ont affirmé ne pas être contents.

### ***Disposition à recommander la circoncision aux autres***

Les hommes circoncis sont largement disposés à conseiller aux autres de se faire circoncire. En effet 93,6% d'entre eux ont déclaré pouvoir recommander la circoncision aux autres contre 3,5% qui sont contre.

Les raisons invoquées pour amener les autres à adhérer à la circoncision sont contenues dans le tableau 18 ci-dessous. Il s'agit principalement de la protection contre les MST pour 51,33% et la propreté liée à l'hygiène pour 39,88%. Le prestige au sein du groupe d'amis et l'augmentation supposée du plaisir sexuel sont moins évoqués respectivement à 10,02% et 7,98%.

**Tableau 18 : Répartition des hommes circoncis selon les raisons invoquées pour recommander la circoncision masculine à d'autres personnes**

Raisons invoquées	Fréquence	%
La circoncision protège contre les maladies sexuellement transmissibles	251	51.33%
La circoncision favorise la propreté et l'hygiène	195	39.88%
La circoncision procure le prestige auprès du groupe	49	10.02%
La circoncision augmente le plaisir sexuel	39	7.98%
<b>N=489</b>		

***Avis des hommes circoncis sur la circoncision de leurs fils***

Ils sont 435 sur 489 hommes circoncis soit 88.95% à s'être déclaré favorable à la circoncision de leur fils s'ils en avaient un. Les raisons en sont les suivantes : i) la protection contre les maladies sexuellement transmissibles (68,6%), ii) la propreté qu'entretient la circoncision (58,2%), iii) le prestige que le statut de circoncis est supposé assurer auprès du groupe (18,2%), et iv) l'augmentation du plaisir sexuel (18,2%).

Pour ces hommes circoncis favorables à la circoncision de leur fils l'âge le plus propice à la circoncision serait la pré puberté qui intéresse 61,3% d'entre eux. Le deuxième rang de préférence va à la période néonatale qui est évoquée dans 35% des cas. La puberté et l'adolescence ne semblent pas intéressantes à leurs yeux puisque elles ne sont citées respectivement que par 10 % et 3%.

Les raisons invoquées pour le choix de l'âge de la circoncision sont reprises dans le tableau 19 ci-dessous. On note le souci de réduction de la douleur à bas âge qui est évoqué par 58,64% ainsi que l'assurance de la baisse du risque de complications liées à l'intervention (30,90%).

**Tableau 19 : Répartition des hommes circoncis selon les raisons avancées pour le choix de l'âge de la circoncision de leur fils**

Raison du choix de l'âge	Fréquence	%
Pour des raisons religieuses	24	5.84%
Parce qu'en ce moment ça fait moins mal	241	58.64%
Parce qu'à cet âge il y a moins de complications	127	30.90%
Parce que c'est l'âge où il pourrait envisager de se marier	19	4.62%
<b>Effectif total des répondants : 411</b>		

## C. Les femmes

### *Position des femmes par rapport à la circoncision de leur mari et leur fils*

Interrogées sur le fait qu'elles préféreraient que leurs maris soient circoncis, 64.39% des femmes ont été favorables à cette option contre 27% qui s'y sont opposées. La préférence de la circoncision de leur mari se fait plus sentir dans le milieu urbain (90%), au deuxième rang le milieu semi urbain (88%) et puis le milieu rural qui affiche 69,7% d'opinions favorables.

Vu sous l'angle religieux les musulmanes sont les plus favorables car une proportion de 97,2% d'entre elles seraient d'accord pour que leurs maris soient circoncis ; les 2 catégories restantes en l'occurrence les catholiques et les protestantes sont presque au même niveau avec respectivement 70,7% et 71,2%.

Pour la circoncision de leurs fils 67.23% des femmes sont d'avis favorables contre 6,8% indifférentes à l'option et 25,9% qui s'opposeraient à la circoncision de leur enfant. Cette adhésion est plus accentuée chez les femmes du milieu urbain (93,5%), moyennement dans le milieu semi-urbain (70,9%) et faiblement dans le milieu rural (64,9%).

En tenant compte de la dimension religieuse les musulmanes ce sont montrées plus favorables à la circoncision de leurs enfants (91,7%), suivi par les protestantes (67,0%) et enfin les femmes catholiques (64,6%).

Les arguments que ces dernières opposent pour refuser la circoncision de leur fils sont les repris dans le tableau 20 ci-dessous. On note que 86,11% ne voient aucun intérêt dans la pratique de la circoncision, mais aussi que l'interdit religieux pèse sur 50% dans la décision des répondantes, et qu'elles craignent le risque d'infection liée à l'opération (22,22%).

**Tableau 20 : Répartition des femmes selon la raison du rejet de la circoncision de leur fils**

Raison de refus	Fréquence	%
Vulnérabilité aux maladies sexuellement transmissibles	3	8.33%
Diminue le plaisir sexuel	1	2.78%
Provoque l'impuissance sexuelle	1	2.78%
Risque de décès suite à l'opération	3	8.33%
Vagabondage sexuel post circoncision	4	11.11%
Stérilité masculine	2	5.56%
Crainte de la marginalisation de l'enfant	6	16.67%
Pas d'intérêt	31	86.11%
Crainte de l'infection liée à l'opération	8	22.22%
Interdit religieux	18	50.00%
Le mari ne serait pas d'accord	5	13.89%

**N=36**

Pour celles qui sont favorables à la circoncision de leur enfant l'âge de leur choix est dominé par les périodes précoces de la vie de l'enfant à savoir la période néonatale et la période pré

pubertaire qui sont évoquées respectivement 41,3% et 50,2% des répondantes. Les stades les moins préférés sont l'adolescence (3,3%), et l'âge adulte (1,8%).

Les motivations pour le choix du stade du développement de l'enfant qui paraît propice à la circoncision sont également variées et sont les suivantes : i) les raisons religieuses pour 20,2%, ii) la faiblesse de la douleur liée au stade de développement pour la majorité des femmes (62%), iii) réduction du risque de complications pour 15,8%, iv) en prévision du mariage pour 2,1%.

### ***Vérification de la portée de l'information sur la contribution de la circoncision à la prévention du VIH***

Les répondants ont été mis au courant que des études récentes montrent que la circoncision réduit le risque d'être infecté par le VIH, mais qu'être circoncis n'est pas un moyen suffisant pour se protéger contre le VIH/SIDA et les hommes circoncis doivent continuer à utiliser d'autres méthodes de protection.

On a alors voulu savoir si l'information a induit un changement en faveur de la circoncision masculine (maris) il a été constaté que cette fois la proportion de femmes favorables à la circoncision a atteint le niveau de 86,3% contre 64,39% enregistré avant cette information.

Pour celles qui gardent la position opposée à la pratique de la circoncision les raisons invoquées sont présentées dans le tableau 21 ci-après, en l'occurrence l'interdit religieux (35,94%) et le manque de conviction personnelle (32,81%).

La crainte que la circoncision pourrait entraîner leurs maris vers le vagabondage sexuel est également présente dans le souci des femmes interrogées (7,81%).

**Tableau 21 : Répartition des femmes selon la raison de la persistance dans le refus de la circoncision de leur mari**

<b>Raison de refus</b>	<b>Fréquence</b>	<b>%</b>
Parce que c'est interdit par ma religion	23	35.94%
Parce que je ne suis pas convaincu	21	32.81%
Parce que j'ai peur qu'il meurt des suites de l'opération	12	18.75%
Vagabondage post circoncision	5	7.81%
Vulnérabilité aux MST	3	4.69%
<b>N=64</b>		

Concernant l'évolution de la position des femmes en rapport avec la circoncision de leur fils suite à l'information reçue sur la contribution de la circoncision à la réduction de la transmission du VIH, les opinions favorables ont été recueillies auprès de 81,9% d'entre elles contre 67,23% avant l'information.

Pour celles qui restent opposées à la circoncision de leur enfant les raisons avancées sont reprises dans le tableau 22 ci-dessous. Là aussi c'est l'absence de conviction personnelle qui est mise en avant (58,14%), suivi par l'interdit religieux (30,23%).

Des croyances ont également été notées comme le vagabondage sexuel post circoncision, la stérilité et la vulnérabilité aux IST.

**Tableau 22 : Répartition des femmes selon la raison invoquée pour persister dans le rejet la circoncision de leur fils**

Raison de refus	Fréquence	%
Parce que c'est interdit par ma religion	13	30.23%
Parce que je ne suis pas convaincu	25	58.14%
Parce que j'ai peur qu'il meurt des suites de l'opération	2	4.65%
Vagabondage post circoncision	1	2.33%
Stérilité	1	2.33%
Vulnérabilité aux MST	1	2.33%
<b>N=43</b>		

Les stades de la vie de l'enfant qui regroupe le plus d'adhésion de ces femmes comme étant les plus propices à la circoncision restent la période néonatale et la pré puberté qui recueillent 82,8% d'opinions favorables.

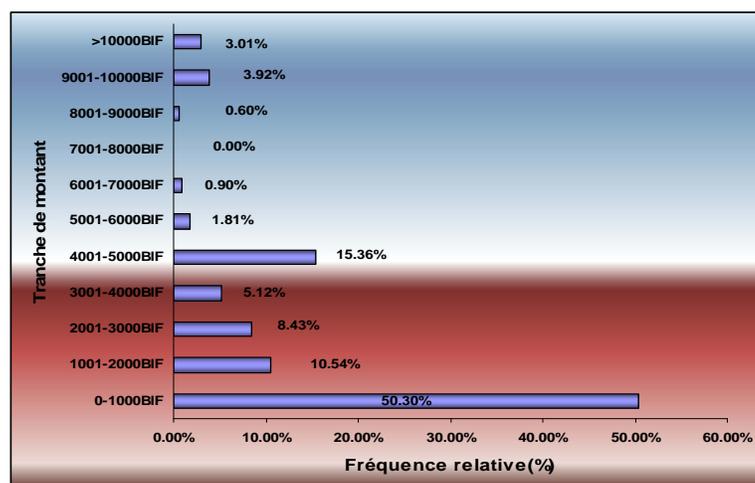
Quant à la motivation du choix de ce stade de la vie pour la circoncision celle qui est de loin la plus évoquée reste la réduction de la douleur à ce stade (68,5%) et la réduction supposée de complications (19,2%).

***Disposition des femmes à payer pour la circoncision de leur enfant***

A la question de savoir s'elles pouvaient estimer ce que coûterait la famille pourrait déboursier pour la circoncision de leur garçon 50,30% d'entre elles situent leur possibilité à un montant ne dépassant pas 1000 francs burundais.

Dans tous les cas l'écrasante majorité d'entre elles (89.75%) ne souhaiteraient pas dépasser les 5000 francs.

**Graphique 16 : Répartition des femmes selon les tranches de montant qu'elles sont disposées à payer pour la circoncision de leur fils**



### ***Opinion des femmes enquêtées défavorables à la circoncision de leurs maris par rapport à la perspective de faire circoncire leur fils***

Les femmes hostiles à la circoncision de leurs maris affichent la même attitude à l'égard de leurs fils puisque 87% d'entre elles affirment que s'elles avaient un garçon elles ne seraient pas d'accord quant à sa circoncision. Seulement 18,5% changeraient d'avis en la matière alors que 8,4% sont indifférentes.

#### **D. Les informateurs clés**

##### ***Avis des informateurs clés sur la perception des non circoncis à propos de la circoncision ?***

Les informateurs clés interviewés pensent dans leur majorité que les non circoncis ne sont pas assez informés sur la circoncision masculine mais qu'une part réduite de cette catégorie met en avant l'hygiène et la santé avec parfois de fausses croyances sur une protection totale contre le VIH par la circoncision masculine.

*Je sais que la vie sexuelle des circoncis est différente de celle des non circoncis au niveau de la propreté, de la santé sexuelle, et de la sensualité- a dit un Notable musingantahe*

Le milieu de résidence a également été évoqué comme étant un des éléments à prendre en considération : le milieu rural semble être le moins propice pour la pratique de la circoncision masculine

*Ici en milieu rural, la population n'est pas familiarisée avec la pratique de la circoncision, cela se fait en ville, mais ils croient que cela n'a pas d'importance parce que nos ancêtres n'ont pas fait la circoncision et ils ont bien survécus*

D'autres considèrent qu'il s'agit d'une obligation socioculturelle et que le faible niveau de formation influe sur la compréhension de l'importance. Le souci d'identification ou d'affirmation socioculturelle est considéré comme une motivation primordiale

*« Ils ne connaissent pas l'importance de la circoncision et en plus c'est une coutume qui a été importée par les musulmans, c'est peut être cela qui a bloqué cette pratique chez les chrétiens qui peuvent croire que c'est interdit », d'après un prêtre.*

##### ***Avis des informateurs clés sur le facteur religieux vis-à-vis de la circoncision masculine***

Les informateurs clés interviewés sont partagés sur le facteur religieux. Pour la plupart d'entre eux l'influence de la religion sur la pratique de la circoncision est évidente. Il y aurait controverse entre catholiques et musulmans sur la question.

*« Les catholiques considèrent qu'il s'agit d'un rite religieux qui correspondrait à un deuxième baptême. Et pour les musulmans avoir le prépuce constitue un défaut physique, spirituel et enfin être sale », d'après un représentant d'une ASBL*

Pour la plupart d'entre eux (69%), l'attitude des personnes non circoncises vis-à-vis de la circoncision est influencée aussi bien par le milieu socioculturel que par la religion ; la position des

chrétiens étant moins tranchée que celle des musulmans : « *Chez les musulmans l'opération est très courante tandis que les chrétiens favorables font référence à la circoncision de Jésus Christ alors que ceux qui sont défavorables préfèrent ne pas discuter du sujet* ».

D'autres interlocuteurs clés affirment que la religion est totalement neutre sur ce débat.

*« Le rejet de cette pratique par les confessions religieuses chrétiennes est dans la même ligne que celui des préservatifs et des contraceptifs. Elles veulent que les gens pratiquent l'abstinence au lieu de recourir à d'autres moyens de protection »* (Administratifs et Tradi praticiens)

La position de l'église catholique ne serait pas figée si l'on en croit l'expression d'un prêtre lors des interviews semi structurées.

*« L'Eglise catholique relie la coutume et la façon de vivre la foi, elle évolue avec le temps seule la doctrine ne change pas mais les mœurs peuvent changer. La circoncision est alors incluse dans la catégorie des mœurs si alors c'est nécessaire l'église pourrait aider »*

### ***Avis des informateurs clés sur les effets pervers potentiels de la circoncision masculine***

A la question de savoir si d'après eux les hommes circoncis pourraient courir le risque, comme le multi partenariat ou la non utilisation du préservatif en pensant qu'ils sont maintenant protégés de l'infection par le VIH et les IST, la réponse des informateurs clés a été globalement affirmatif.

*Oui c'est possible que les circoncis puissent courir ce risque, et cela constituerait la face négative de la circoncision, mais cela va dépendre de la sensibilisation faite au niveau de la population rurale »* (Prêtre, Administratif, Élu, pasteur Pentecôtiste, pasteur Anglican, représentant ASBL, Femme leader, Sœur, tradipraticien)

Et certains d'entre eux suggèrent de recourir à une sensibilisation audacieuse mais prudente « *afin d'éviter les malentendus car on sait que la circoncision ne peut pas protéger à 100% et d'ailleurs on connaît des personnes circoncises qui ont été infectées par le VIH*»

### ***Avis des interlocuteurs clés sur la perception des femmes***

D'après 32 interlocuteurs clés interviewés de profils variés (Personnel de la santé, représentant d'ASBL, Educateur, Elu, Personnel de la santé, Imams, Administrateur, Pasteur anglican) les femmes apprécieraient cette pratique et préféreraient les hommes circoncis avec comme arguments favorables : l'hygiène et la propreté ainsi que la santé de l'homme et de la femme en particulier la prévention des IST.

D'autres pensent que les femmes ne sont pas au fait de l'information concernant cette pratique.

*Les femmes se réservent sur les pratiques concernant le sexe de leurs maris, et les hommes n'ont pas l'habitude de demander une permission à leurs femmes.*

D'autres encore pensent que les femmes rejetteraient la pratique pour la simple raison qu'elle pourrait induire le vagabondage sexuel de leur partenaire ou au contraire la réduction des performances sexuelles.

Ils sont au nombre de 40 qui pensent que la religion pourrait influencer sur la perception des femmes par rapport à la pratique de la circoncision.

## **Avis des informateurs clés sur les arguments contre la circoncision**

Des réserves ou objections qui pourraient être avancées par les adultes pour ne pas être circoncis, ou de voir leurs enfants circoncis ont été relevées par les interlocuteurs clés. L'argument le plus cité est d'ordre socio culturel, que *c'est contre notre tradition*, ainsi que les raisons d'ordre religieux, « *il ne faut pas dénaturer l'œuvre de Dieu.* »

Les risques de complications, la peur du décès pour leurs enfants, la douleur durant et après l'opération sont autant d'appréhensions vis-à-vis de la circoncision.

Certains arguments plus futiles tels que la peur de passer plusieurs jours sans rapports sexuels ou la diminution de la satisfaction de la femme lors des relations sexuelles.

« *Un homme circoncis a peur du 1er rapport sexuel avec sa femme du fait qu'on dit que cette dernière pourrait se lancer dans le vagabondage sexuel* » (ASBL, Militaire)

## **E. Les participants aux focus groups**

### ***Opinion des participants aux focus groups***

La *prise de décision* revient, d'après neuf groupes (mus., h.a, fa, cu, jgs, jfs, jgns, jfns, fps), fondamentalement aux parents, notamment lorsqu'il s'agit d'un enfant encore très jeune. La décision peut aussi être prise tantôt par le chef de famille (ha, fa, cu, jfs, jgns, hem), tantôt par quiconque en a besoin (ha, fa, cu, jgs, jfs, jgns, jfns), tantôt par la mère de l'enfant (jgns).

Cinq groupes disent que *cette situation demeure constante* (ha, fa, jgs, jfs, jgns, jfns). Trois groupes affirment cependant que *les choses changent* (m, fa, jgns) en ce sens que si les jeunes parents décident de faire circoncire leurs fils, les jeunes gens prennent de plus en plus la décision d'aller se faire circoncire sans attendre l'avis de leurs parents, parfois en suivant les conseils de leurs pairs ou amis.

Les musulmans expliquent que dans leur milieu, la question de savoir qui prend la décision en matière de circoncision ne se pose pas du tout, car la circoncision s'avère obligatoire. De plus, une pratique accomplie par des responsables religieux, disciples de Mohamed Musala Ma, ne peut que requérir l'adhésion de tous les adeptes de la religion musulmane.

En réponse à la question de savoir si les hommes et les jeunes gens auraient déjà pensé à *aller se faire circoncire* ou à *faire circoncire leurs enfants*, certains ont répondu que « oui » et d'autres « non ». Il en est de même pour les femmes et les jeunes filles à propos de la circoncision de leurs enfants.

Pour tous les groupes *l'âge souhaité pour faire circoncire leurs enfants* varie de la naissance à treize ans.

Concernant *l'attitude* et la *perception* des informateurs à propos des relations sexuelles d'une femme avec un homme circoncis par rapport à des relations sexuelles avec un homme non

circoncis<sup>3</sup>, tous les groupes sont unanimes pour dire que la majorité des femmes préfèrent les hommes circoncis. Dans trois groupes, idées particulières ont émergé pour dire que c'est pareil (ha, fa, jfs). Certaines femmes adultes disent qu'il est difficile de se prononcer lorsqu'on ne connaît qu'un seul partenaire.

Les femmes musulmanes attestent que les hommes circoncis sont merveilleux, désirables. Ils sont propres et prévenus contre les maladies sexuellement transmissibles.

D'autres femmes disent que les relations sexuelles avec un homme circoncis sont très douloureuses, tandis que d'autres femmes trouvent cette question indécente parce que l'union conjugale relève de l'intimité des époux. Les corps en uniforme et les jeunes gens scolarisés pensent que tout dépend des femmes, et que ce sont elles-mêmes qui peuvent donner un avis crédible ; et que leur attitude et appréciation dépendent de leur milieu d'origine. La plupart des jeunes filles non scolarisées disent qu'elles ne savent pas comment l'on apprécie la différence entre les deux types de relations.

### ***Avis des informateurs clés sur l'existence de la stigmatisation***

Pour les informateurs clés interviewés les actes de stigmatisation associés au statut d'homme circoncis ou non circoncis ne sont pas fréquents du simple fait que ce n'est pas évident de le reconnaître.

*« Pendant dans certaines circonstances notamment dans des situations de regroupement tels que les internats les non circoncis sont pointés du doigt mais sans conséquences fâcheuses à l'égard de l'intéressé » (Pasteur, Administrateur communal, Directeur lycée, IMAM, Administrateur communal, Directeur lycée, Administrateur communal, Pasteur, Directeur internat)*

D'autres sont d'avis que pour les jeunes surtout les filles, les musulmans, les élèves du secondaire « la circoncision est à la mode aujourd'hui ».

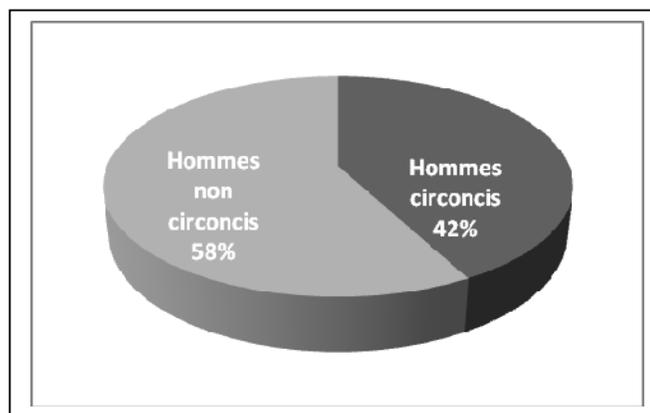
## **III.2.3 Etat des lieux de la circoncision masculine dans la population**

### **III 2.3 Prévalence de la circoncision masculine**

#### ***A. Prévalence globale dans la présente série***

Sur 1135 hommes ayant répondu à l'interview sur questionnaire standard 479 ont déclaré être circoncis soit un taux de prévalence de la circoncision de 43% parmi la population enquêtée.

**Graphique 17 : Répartition des hommes enquêtés selon qu'ils sont ou non circoncis**



### **Reconnaissance des principaux déterminants de la prévalence de la circoncision masculine**

Interrogés sur les principaux facteurs qui influent sur les taux de circoncision dans leur zone de résidence, les informateurs clés ont cité : l'hygiène, la prévention des IST (38 interlocuteurs ont cité ce facteur), la religion musulmane, la présence d'une structure de santé offrant ce service avec un personnel qualifié, l'influence du milieu surtout chez les jeunes, et l'accès à l'information sur la problématique.

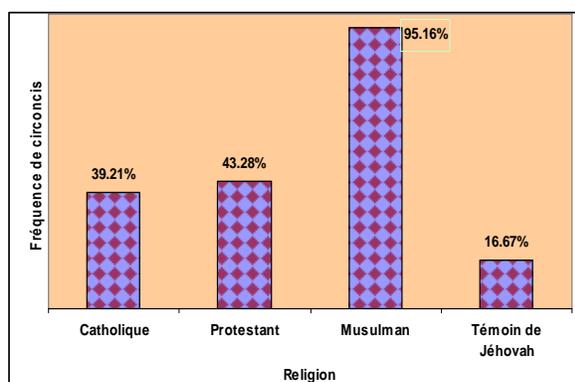
Sur ce dernier registre, ils estiment que « *L'ignorance de l'importance de la circoncision masculine et le fait de penser que c'est seulement pour les musulmans réduit le recours à cette prestation* ».

Dans de rares cas on a évoqué les moyens financiers.

#### **B. Prévalence de la circoncision masculine par religion**

En considérant la religion des hommes circoncis une forte proportion se retrouve parmi les musulmans, catégorie dans laquelle plus de 95% sont circoncis alors qu'elle est de 43,28% chez les protestants et 39,21% chez les catholiques.

**Graphique 18 : Répartition en pourcentage des hommes circoncis selon leur religion**

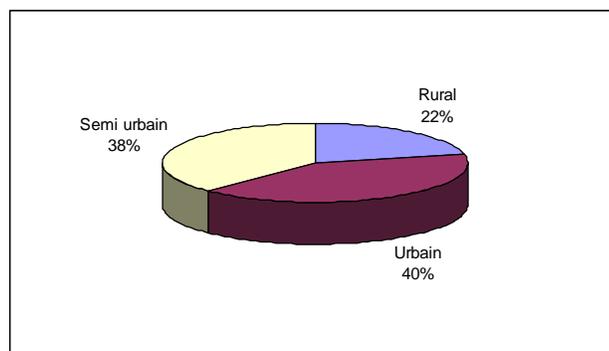


### C. Prévalence de la circoncision masculine par milieu de vie

Les milieux urbains et semi urbain ont les taux les plus élevés (78%), avec les taux les plus faibles pour le milieu rural (22%).

Cette différence de prévalence selon le milieu de résidence serait liée à l'accès à l'information, mais aussi à l'influence de l'islam qui y est fortement implanté ainsi que la disponibilité du service de circoncision masculine dans ces milieux.

**Graphique 19 : Répartition en pourcentage des circoncis selon le milieu d'habitation actuel**



### D. Prévalence de la circoncision masculine par province et région

**Au niveau provincial**, c'est parmi les enquêtés de la province de Cibitoke que la prévalence de la circoncision est la plus importante, jusqu'à un niveau de 91,67%, suivi de Bujumbura rural (72,09%), puis de Bujumbura Mairie (66,67%).

Les 2 provinces à plus faibles taux de prévalence de la circoncision dans l'échantillon de l'étude sont Muyinga et Ngozi avec respectivement 24,89% et 31,18%.

**Tableau 23 : Répartition des hommes circoncis selon les provinces de résidence**

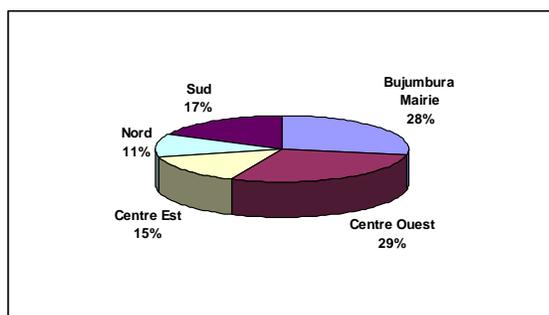
Région	Province	Effectifs des homes enquêtés	Effectif des circoncis	Proportion des homes circoncis
	Bujumbura Mairie	60	40	66.67%
<b>Sous total</b>		<b>60</b>	<b>40</b>	<b>66.67%</b>
<b>Centre Ouest</b>	Bujumbura Rural	86	62	72.09%
	Cibitoke	60	55	91.67%
	Muramvya	91	46	50.55%
<b>Sous total</b>		<b>237</b>	<b>163</b>	<b>68.78%</b>
<b>Centre Est</b>	Gitega	121	43	35.54%
	Ruyigi	129	45	34.88%

<b>Sous total</b>		<b>250</b>	<b>88</b>	<b>35.20%</b>
<b>Nord</b>	<b>Muyinga</b>	229	57	24.89%
	<b>Ngozi</b>	170	53	31.18%
<b>Sous total</b>		<b>399</b>	<b>110</b>	<b>27.57%</b>
<b>Sud</b>	<b>Rutana</b>	90	33	36.67%
	<b>Makamba</b>	99	46	46.46%
Sous total		189	79	41.80%
<b>Total</b>		<b>1135</b>	<b>479</b>	<b>42.20%</b>

Au niveau régional, la prévalence la plus élevée est dans la région Centre Ouest où parmi les enquêtés 68,78% sont circoncis, puis Bujumbura Mairie avec 66,67% et au 3<sup>ème</sup> rang la région Sud avec 41,80%.

Les régions Centre Est et Nord ferment le peloton avec respectivement 35,20% et 27,57%.

**Graphique 20 : Répartition des circoncis selon les régions de résidence**



### ***E. Prévalence de la circoncision masculine par âge***

La tranche d'âge avec le plus de circoncis est celle de 30-34 ans (53,76%), suivi de celle de 25-29 ans (48,08%), puis au même niveau les tranches de 35-39 ans et 40-44 ans avec respectivement 42,97% et 42,99%.

Ici on doit remarquer qu'il n'y a pas une grande démarcation d'une tranche d'âge par rapport aux autres même s'il y a ce léger pic de la tranche d'âge de 30-34 ans.

**Tableau 24 : Répartition des hommes circoncis selon l'âge**

Tranches d'âge	Effectifs des homes enquêtés	Effectifs des hommes circoncis	Proportion des hommes circoncis (%)
[15-19 Ans]	192	60	31.25
[20-24 Ans]	238	97	40.76
[25-29 Ans]	208	100	48.08
[30-34 Ans]	173	93	53.76

<b>[35-39 Ans]</b>	128	55	42.97
<b>[40-44 Ans]</b>	107	46	42.99
<b>[45-49 Ans]</b>	89	28	31.46
<b>Total</b>	1135	479	42.20

#### ***F. Estimation par les informateurs clés du pourcentage des circoncis dans différents groupes d'âge***

Interrogés sur le pourcentage de garçons dans chacun des groupes qu'ils estiment avoir été circoncis à un moment donné dans leur votre région ou communauté {les nouveau-nés (jusqu'à 1 an) ; la pré puberté (1 à 8 ans) ; la puberté (9-14 ans) ; l'adolescence (15-17 ans) ; hommes adultes (plus de 17 ans)}, les informateurs clés ont fourni des informations très variées de sorte qu'il est difficile de conclure par groupes.

Toutefois les tendances suivantes semblent s'être clairement dessinées :

- ↳ Le pourcentage de la circoncision est très insignifiant dans le milieu paysan (rural) surtout aux bas âges ;
- ↳ Les IMAM ont estimé 90% de circoncis chez les nouveaux nés et les prépubères, 40 à 60% à l'adolescence ;
- ↳ Les directeurs d'écoles secondaires estiment 50 à 60% de circoncis dans leurs communautés scolaires

#### **Avis des interlocuteurs clés sur la période propice à la circoncision des enfants**

Le consensus s'est nettement dégagé sur la naissance ou la petite enfance (jusqu'à 5 ans) comme période à laquelle les parents aimeraient voir leurs enfants circoncis

#### **Déterminants du choix des parents pour la circoncision précoce des enfants**

Interrogés sur les raisons du choix de l'âge précoce de la circoncision des enfants, 90 informateurs clés sur 97 évoquent les raisons suivantes :

- la facilité technique chez les nouveaux nés et les bébés de sexe masculin ;
- l'atténuation du risque de complication ;
- l'absence de cicatrice psychologique ou de stigmatisation
- le fait que l'enfant ne doit interrompre ses occupations professionnelles ou sociales
- la protection précoce contre les IST
- la propreté et l'hygiène.

Cependant certains ont relevé la difficulté pour les mères cultivatrices qui manquent de temps et accèdent difficilement à l'information à cette pratique.

### G. Prévalence par niveau d'instruction

Par rapport à la proportion des circoncis la différence de niveau suit l'ordre décroissant du niveau d'instruction en partant du niveau universitaire qui affiche 77,14% jusqu'aux alphabétisés (22,35%) en passant par le niveau secondaire 64,62%, puis le niveau primaire (40,44%) ; les sans formation sont à 26,01%.

**Tableau 25 : Répartition en pourcentage des circoncis selon le niveau d'instruction**

Niveau de formation	Effectif des hommes	Effectif des circoncis	Proportion des circoncis
Sans formation	173	45	26.01
Alphabétisé	170	38	22.35
Primaire	497	201	40.44
Secondaire	260	168	64.62
Universitaire	35	27	77.14
<b>Total</b>	<b>1135</b>	<b>479</b>	<b>42.20</b>

### H. Vécu de la circoncision pour les hommes circoncis

#### La motivation

**Tableau 26 : Répartition des hommes circoncis selon la motivation de la circoncision**

Motivation	Fréquence	%
Raisons traditionnelles	22	4,59
Raisons religieuses	29	6,05
Maladies	133	27,77
Hygiène	123	25,68
Prestige	47	9,81
Influence de l'entourage	14	2,92
Blessure pendant les rapports sexuels précédents	1	0,21
Ne sait pas parce qu'il était jeune	13	2,71
Eviter la blessure pendant les rapports sexuels	2	0,42
Faciliter les rapports sexuels	3	0,63
<b>N=479</b>		

## L'âge de circoncision pour les hommes circoncis

La plupart des hommes circoncis de notre population d'enquêtés ont été opérés à l'âge adulte, cette catégorie représente 32,6%, suivi par l'adolescence (15-17 ans) dans une proportion de 21,1%, puis la période néonatale et la puberté avec respectivement 17,2% et 16,6%. L'âge de la puberté est la moins représenté avec 12,5%.

### *I. Le coût de la circoncision masculine*

#### Point de vue des hommes circoncis

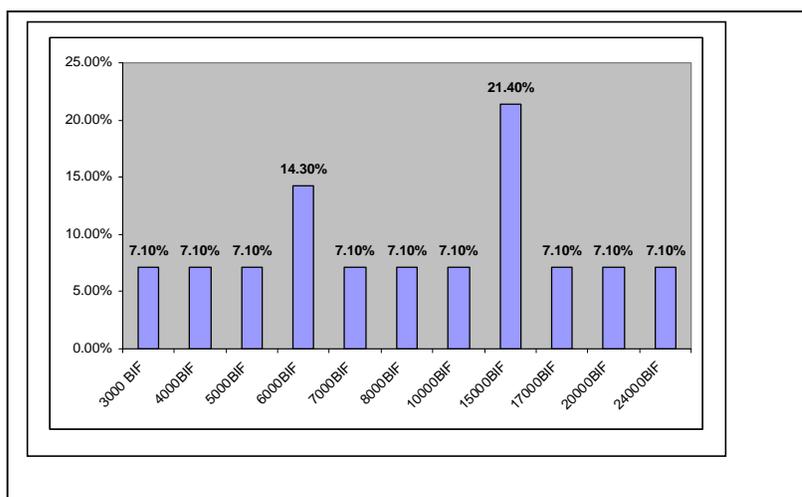
D'après les hommes circoncis le coût de la circoncision serait modeste : (76,39%) parmi eux déclarent avoir payé entre 0 et 3000 francs burundais. Très peu d'entre eux auraient déboursé plus de 5000 francs burundais car à ce niveau ils ne représentent que 6,71%.

Il faut cependant remarquer que dans le cadre de la pratique « communautaire » ou « clandestine », ce montant correspond uniquement aux honoraires du « circonciseur » qui est souvent un personnel sanitaire qui utilise frauduleusement les moyens d'une structure sanitaire.

#### Point de vue des responsables des établissements sanitaires

Seuls 14 des établissements sanitaires ont pu fournir l'information sur le coût estimatif moyen payé pour la circoncision par patient. Cet échantillon est représentatif car il comporte toutes les formations médicales qui pratiquent la circoncision surtout les hôpitaux. La distribution des coûts est reprise dans le tableau ci-dessous : le coût atteint 15 000 francs burundais dans 21,40% des établissements et 6000 francs dans 14,30%. Dans les autres établissements le coût oscille entre ces valeurs et peuvent même aller au-delà.

**Graphique 21 : Répartition des établissements sanitaires selon les coûts de la circoncision**

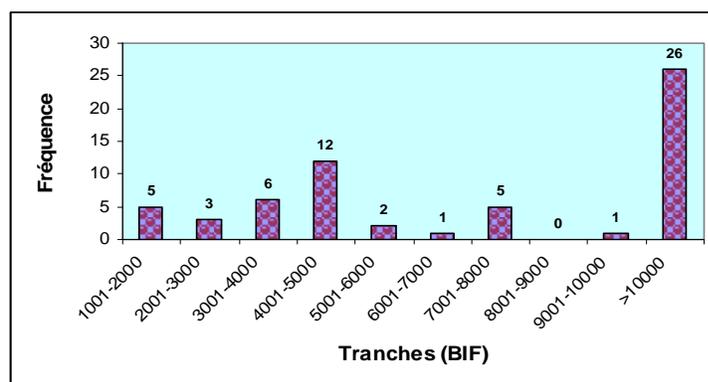


## Point de vue du personnel paramédical

Sur les 97 prestataires interrogés 26 (26.80%), déclarent que le coût de la circoncision dépasserait 10 000 Fbu. D'autres avis estiment le coût entre 4000 à 5000 Fbu. Il convient de garder en mémoire que dans le cas d'espèce, il s'agit des honoraires d'une pratique clandestine et frauduleuse.

Les frais des soins locaux postopératoires seraient encore plus lourds selon 74,23% des prestataires de soins interrogés. Cependant 25,77% déclarent qu'il n'y aurait pas de frais supplémentaires cette discordance relève de la pratique dans la clandestinité qui n'a pas de tarif homologué.

**Graphique 22 : Répartition des prestataires de soins selon le coût de la circoncision déclaré**



**Tableau 27 : Répartition des prestataires de soins selon les éléments de coût supplémentaire de la circoncision déclaré**

Type de frais	Fréquence	%
Aucun	25	25,77
Pansement	10	10,31
Soins locaux	72	74,23
Antibiotiques	1	1,03
Inconnu	2	2,06
<b>N=97</b>		

## Avis des participants aux focus groups sur le coût de la circoncision

Au cours de notre recherche, nous avons également voulu savoir l'idée que se font, les participants aux focus groups, du coût de la circoncision. L'estimation des coûts va de cinq cents à soixante mille francs, selon la structure. Généralement les musulmans affirment que coûts sont moins élevés dans leurs structures que dans les formations sanitaires.

**En conclusion : les différents interlocuteurs donnent des avis divergents pour des raisons déjà évoqués, entre autres :**

- **Absence de tarif homologué pour la circoncision « clandestine » ;**
- **Diversité des prix dans les structures sanitaires publiques et privées**

**Lors de l'élaboration du plan opérationnel, un tarif moyen de référence devrait être sera proposé**

#### **J. Problématique de la circoncision chez les hommes non circoncis**

##### **La motivation du rejet de la circoncision**

Les hommes non circoncis ont mis en cause un certain nombre de facteurs qui seraient à la base de leur non adhésion à la circoncision. Le facteur le plus déterminant semble être le manque d'argent (29,30%), suivi de l'interdit religieux (19,93), puis du choix volontaire de l'intéressé (14,31%).

Notons la part non négligeable de la méconnaissance de l'endroit où se pratique la circoncision (6,13%) ainsi que l'ignorance de cette pratique (9,20%) et enfin la peur de l'opération chirurgicale (6,30%).

**Tableau 28 : Répartition des hommes non circoncis selon les raisons de la non adhésion à la circoncision**

<b>Déterminants</b>	<b>Fréquence</b>	<b>%</b>
Interdit religion	117	19.93
Absence de volonté des parents	31	5.28
Choix volontaire de l'intéressé	84	14.31
Peur de l'opération	37	6.30
Méconnaissance de l'endroit où le faire	36	6.13
Manque d'argent	172	29.30
Ignorance de cette pratique de circoncision	54	9.20
Manque de temps	23	3.92
Coutumes et tradition	11	1.87
Manque d'information	18	3.07
Interdiction de la pratique à l'internat	2	0.34
Absence de consentement de l'épouse	2	0.34
<b>N=646</b>		

##### **Perspectives de circoncision chez les non circoncis**

Parmi les non circoncis interviewés 68,1% envisageraient de se faire circoncire alors que 31,9% restent opposés à la pratique pour eux-mêmes

Ceux qui envisagent la circoncision évoquent les raisons ci dessous.

**Tableau 29 : Répartition des hommes non circoncis selon la motivation d'un recours envisagé à la circoncision**

Raison pour la circoncision future	Fréquence	%
Propreté	58	17,74
Contre les MST	196	59,94
Facilité des rapports sexuels	18	5,50
Prestige	17	5,20
Religion	38	11,62
Effectif total	327	100,00

Pour ceux qui n'envisagent pas la circoncision leurs réserves seraient liées aux facteurs repris ci-après. Il s'agit principalement du manque de conviction (33,83%) ainsi que l'âge jugé avancé par le répondant (27,82%). Le manque de moyens est également au centre des préoccupations des répondants (13,53%).

**Tableau 30 : Déterminants du rejet de la circoncision chez les hommes non circoncis**

Raison de la non circoncision future	Fréquence	%
Douleur	11	8,27
Pas obligatoire	12	9,02
Age avancé	37	27,82
Pas convaincu de l'intérêt	45	33,83
Manque de moyens	18	13,53
Déjà séropositif	4	3,01
Fidélité	4	3,01
Non consentement de l'épouse	2	1,50
Effectif total	133	100,00

#### **Point de vue des participants aux focus groups**

Dans tous les groupes, nous avons noté une volonté d'adhésion à la pratique de la circoncision masculine pour eux-mêmes (hommes) et leurs fils (hommes et femmes), n'eût été un problème de moyens financiers pour payer l'opération et les soins consécutifs à la circoncision masculine.

Concernant **l'âge idéal** pour pratiquer la circoncision masculine, les hommes adultes, les corps en uniforme, les jeunes gens scolarisés et non scolarisés, les jeunes filles scolarisées et non scolarisées et les femmes professionnelles du sexe pensent que la circoncision devrait être pratiquée à **n'importe quel moment de la vie, de la naissance à l'âge adulte**. Par contre, **les femmes adultes** proposent que la circoncision puisse être faite dans la **prime enfance** mais elles ne donnent pas un âge précis, alors que les hommes employés de maison avancent la même idée en proposant que la circoncision soit pratiquée à un an après la naissance du garçon.

## K. Points de vue des prestataires sur la circoncision masculine

### Les avantages de la circoncision

Il y aurait des avantages à être un homme circoncis pour 96,8% des prestataires alors qu'il n'y en aurait pas pour 2,1% et que 1,1% s'abstiennent

### Les assertions relatives à la circoncision masculine

Des assertions relatives à des connaissances ou des croyances sur la circoncision masculine ont été proposées aux prestataires pour leur appréciation. Pour les assertions reflétant la réalité technique les prestataires se sont alignés dans leur majorité aux réponses correctes notamment en ce qui est de la contribution de la circoncision à l'hygiène (100% d'accord), la réduction du risque d'IST et du VIH (respectivement 92.8% et 85.6%).

Pour les assertions relevant des croyances et de la rumeur les avis semblent partagés avec une prédominance de « je ne sais pas » sauf pour l'assertion faisant état de la préférence des femmes pour les hommes qui sont circoncis avec 74.2% réponses affirmatives.

**Tableau 31 : Répartition des prestataires de soins selon leur point de vue sur les assertions relatives aux connaissances sur la circoncision masculine**

Assertion	Oui	Non	Ne sait pas
La circoncision contribue à améliorer l'hygiène	100%		
La circoncision masculine réduit le risque d'IST	92,8%	4,1%	3,1%
La circoncision masculine réduit le risque d'infection par le VIH	85,6%	12,4%	2,1%
La circoncision augmente le risque d'infection par le VIH	12,6%	81,1%	6,3%
La circoncision masculine réduit le risque de cancer du pénis	37,6%	24,7%	37,6%
La circoncision augmente le plaisir sexuel	51,6%	16,8%	31,6%
La circoncision réduit le plaisir sexuel	16,1%	50,5%	33,3%
Les hommes qui sont circoncis sont plus exposés au vagabondage sexuel	18,9%	58,9%	22,2%
Les femmes préfèrent les hommes qui sont circoncis	74,2%	10,1%	15,7%

### Complications ou effets indésirables selon les prestataires

Au total 50 des 97 prestataires (52,6%) affirment avoir vu des cas de circoncisions masculines réalisées par quelqu'un d'autre) qui ont donné lieu à des complications ou effets indésirables.

## Principaux types de complications ou d'effets indésirables

**Tableau 32 : Répartition des prestataires de soins selon le type de complications ou effets indésirables de la circoncision masculine auquel ils ont assisté**

Type de complications	Fréquence	%
Saignement excessif	35	36,08
Infection	55	56,70
Déformation	16	16,49
Impuissance	2	2,06
Autres	9	9,28
<b>N=97</b>		

Seulement 5 prestataires sur 97 soit 5.15% ont déclaré avoir observé une complication ou effet indésirable suite une opération de circoncision masculine qu'ils avaient effectuée eux-mêmes.

Il s'agissait des principaux types de complication ou effet indésirable suivants : Saignement excessif (2 cas), Infection (3 cas)

Après l'information sur les conclusions des études relatives à la protection relative de la circoncision masculine vis –à-vis du VIH et la décision du Gouvernement du Burundi de promouvoir cette pratique dans le cadre de la lutte contre le Sida, nous avons posé des questions relatives à l'approche de cette mise à l'échelle aux prestataires, dont les réponses sont résumées ci-dessous :

### Praticien préféré pour effectuer la circoncision

De l'avis des prestataires dans leur quasi-totalité, seuls les prestataires du secteur formel de santé (médecins et infirmiers (ères) devraient être autorisés à effectuer l'opération de circoncision masculine.

Seulement 3,3% des interlocuteurs accepteraient que des praticiens traditionnels ou religieux réalisent ce genre d'intervention.

**Tableau 33 : Répartition des prestataires selon leur préférence pour la catégorie de praticien pour la circoncision**

Catégorie de prestataire préférée	Fréquence	%
Médecin	91	93,8
Infirmiers	95	97,8
Infirmières	93	95,5
Praticiens traditionnels ou religieux	3	3,3
<b>N=97</b>		

Ici on peut signaler que la loi dans certains pays comme la Suède, autorise la circoncision avec les restrictions suivantes : « i) un garçon de moins de deux mois peut être circoncis par un non médecin, pourvu qu'il ait obtenu une autorisation du Service de Santé, mais ii) aucun enfant ne pourra être circoncis sans une analgésie délivrée par un médecin ou une infirmière en exercice ».

### Choix de l'âge de circoncision selon les prestataires

Les avis sur le meilleur âge pour la circoncision masculine sont partagés comme le montre le tableau ci-dessous.

**Tableau 34 : Répartition des prestataires selon de l'âge préféré pour la circoncision masculine**

Age préféré	Fréquence	%
Nourrissons (0-2 ans)	35	36,08
Enfants (3-9 ans)	45	46,39
Adolescents (10-16 ans)	10	10,31
Adulte	7	7,22
<b>Effectif total</b>	<b>97</b>	<b>100,00</b>

Les motifs du choix du groupe d'âge précédent sont aussi variés comme le montre le tableau 41 ci-dessous.

**Tableau 35 : Répartition des prestataires selon la motivation du choix de l'âge précoce pour la circoncision masculine**

Motif évoqué	Fréquence	%
Guérison rapide	18	18,56
Diminution des risques d'infection	16	16,49
Moins douloureux	24	24,74
Facilité des soins	15	15,46
Facilité de l'opération	12	12,37
Pas encore fait des rapports sexuels	4	4,12
Faible probabilité de refus de la circoncision	6	6,19
Eviter les infections urinaires	2	2,06
<b>Effectif total</b>	<b>97</b>	<b>100,00</b>

### Avis des prestataires sur les déterminants d'augmentation du nombre de circoncis

Le déterminant prépondérant semble être une **large sensibilisation** de la population générale (56,70%), en second lieu, la contribution à la réduction de l'infection aux IST et de la transmission sexuelle du VIH en particulier. Les autres déterminants évoqués concernent la **couverture des coûts** liés à la circoncision masculine (17,53%) en insistant sur la gratuité de cette prestation, ainsi que la disponibilité du personnel compétent en la matière (16,49%) et du matériel (9%).

**Tableau 36 : Répartition des prestataires selon les facteurs évoqués pour l'augmentation du nombre de circoncis**

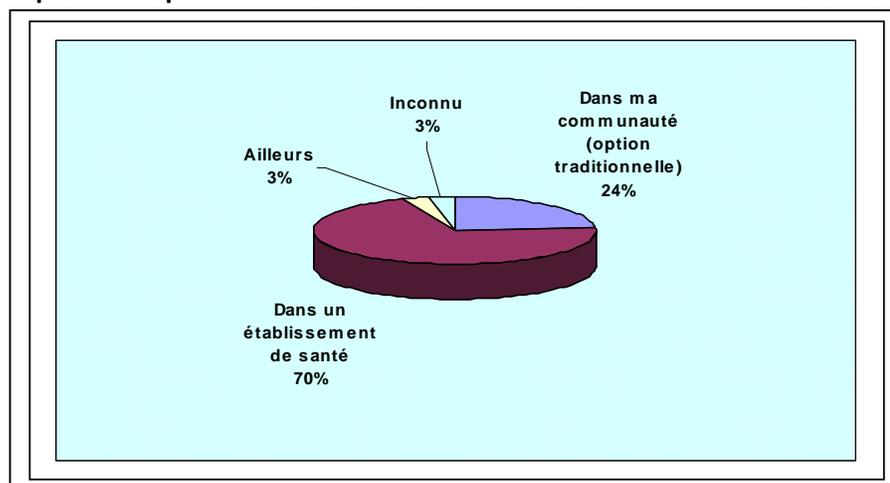
Facteurs	Fréquence	%
Large sensibilisation	55	56,70
Personnel qualifié	16	16,49
Couverture des coûts de la prestation	17	17,53
Disponibilité du matériel	9	9,28

**N=97**

#### III.2.3.1 Evaluation des conditions sanitaires de la pratique de la circoncision

Une proportion importante, voire la grande majorité des circoncis ont déclaré avoir été opérés dans un établissement sanitaire (70%) contre 24% qui l'auraient été dans la communauté.

**Graphique 23 : Répartition des hommes circoncis selon l'endroit où ils ont été circoncis**



A la question de savoir si la circoncision masculine est pratiquée dans les milieux traditionnels burundais, la majorité des participants aux focus groups ont répondu que « oui » (fa, cu, jgs, jfs, jgms, jfms, hem, fps). Parmi ces groupes, certains informateurs prétendent pourtant que cette pratique se fait plutôt rarement (jgns, jfs, ha, cu, jgs) ou qu'ils en ignorent l'existence (fa, jgs, jfs, jgns).

Aux informateurs ayant répondu être au courant de la pratique de la circoncision masculine dans les milieux traditionnels burundais, nous avons posé la question de savoir qui, autrefois, décidait qu'un enfant de sexe masculin et/ou un homme devait être circoncis. Toutes les réponses convergentes avec celles que nous avons recueillies précédemment en rapport avec les attitudes sauf que pour la première fois on prend en compte la dimension genre pour insister sur le fait qu'aujourd'hui même les femmes peuvent prendre la décision de faire circoncire leurs fils.

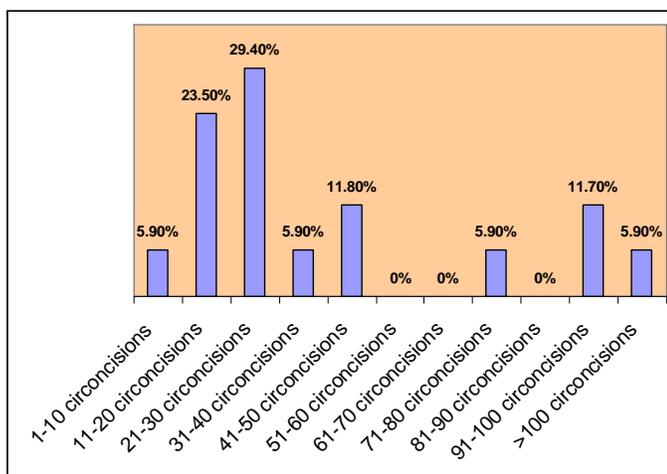
### **A. La circoncision masculine dans les structures de soins**

#### **Expérience des établissements sanitaires en matière de circoncision**

Sur 37 responsables sanitaires interviewés 23 soit 62,2% ont déclaré que la circoncision est pratiquée dans leur structure sanitaire.

Concernant le nombre de circoncisions masculines effectuées au cours des derniers 12 mois, on remarque que plus de la moitié des structures étudiées ont effectué entre 20 et 30 circoncisions au total soit une moyenne mensuelle entre 1.6 et 2.5 par mois.

**Graphique 24 : Répartition des établissements sanitaires selon le nombre de circoncisions réalisées.**



#### **Les indications de circoncision dans les établissements sanitaires**

Dans les établissements sanitaires où la circoncision masculine est pratiquée, les motivations de ces interventions ont été principalement médicales représentées par le phimosis ou le paraphimosis cité dans 91,30% des établissements, mais aussi la demande des clients guidée par le choix personnel citée dans 86,96% des cas. Ce choix personnel a été sous-tendu dans certains cas par des raisons religieuses (39,13%) et socio culturelles (47,83%).

**Tableau 37 : Répartition des responsables des établissements sanitaires selon les indications de la circoncision évoquées**

Raisons invoquées	Fréquence	%
Phimosi ou paraphimosi	21	91.30
Balanite	4	17.39
Raisons religieuses	9	39.13
Raisons culturelles	socio 11	47.83
Choix personnel	20	86.96
Protection contre les IST	2	8.70
Préparation du mariage	du 7	30.43
N= 23		

#### **Disposition à pratiquer la circoncision masculine**

D'après les responsables interviewés, 81.1% d'établissements sanitaires seraient disposés à pratiquer la circoncision masculine si jamais cette pratique venait à être vulgarisée à grande échelle.

#### ***B. Evaluation des ressources humaines et matérielles pour assurer une mise en oeuvre de la circoncision masculine***

#### **Opinion des informateurs clés sur les actions prioritaires pour le passage à l'échelle en matière de circoncision masculine**

Dans la perspective de l'amélioration de l'offre de service de santé en matière de circoncision masculine, les éléments les plus importants sur lesquels on doit agir ont été suggéré par les informateurs clés rencontrés lors des interviews. Ils sont repris par ordre décroissant en fonction de leur fréquence de citation : ***la sensibilisation (IEC), la gratuité de la prestation de circoncision, disponibilité et formation du personnel, et disponibilisation du matériel et service appropriés***

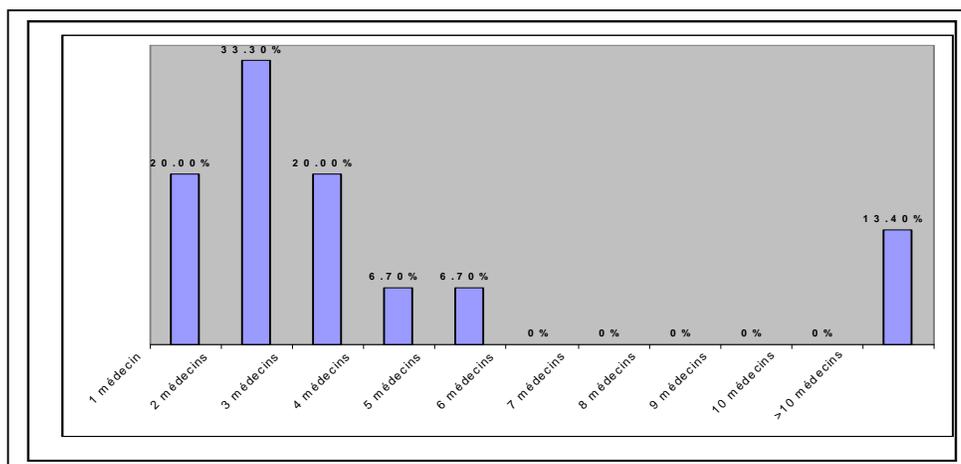
## Ressources Humaines

- Les effectifs des ressources humaines

### Les médecins

Le niveau de présence du personnel médical travaillant dans les établissements sanitaires renferme une grande disparité. La plus grande partie des hôpitaux retenus dans l'étude (73%) ne disposent pas de plus de 3 médecins chacun. Notons tout de même que 13,40% d'entre eux disposent de plus de 10 médecins.

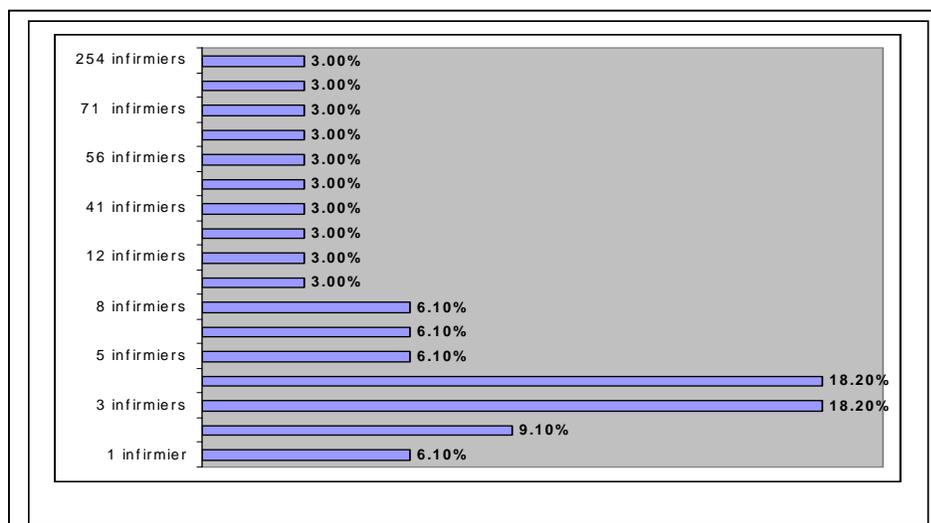
**Graphique 25 : Répartition des établissements sanitaires selon le nombre de médecins disponibles.**



### Les infirmiers

La plupart des établissements sanitaires disposent d'un maximum de 4 infirmiers et 51,6% d'entre eux sont dans cette situation.

**Graphique 26 : Répartition des établissements sanitaires selon le nombre d'infirmiers disponibles**



- **Compétences en matière de circoncision**

### **Niveau de pratique**

34 sur les 97 prestataires interviewés, soit 36,2%, ont déjà effectué une circoncision.

Le tableau 31 ci-dessous montre le nombre approximatif de circoncisions déjà opérées par les prestataires enquêtés. On constate que 32,35% d'entre eux ont réalisé entre 1 et 10 opérations de circoncision alors que 29,41% sont suffisamment expérimentés puisqu'ils ont effectué plus de 50 opérations

**Tableau 38 : Répartition des prestataires de soins selon le nombre de circoncisions pratiquées**

Nombre de circoncisions effectuées	Fréquence	%
1-10	11	32,35
11-20	7	20,59
21-30	1	2,94
31-40	2	5,88
41-50	3	8,82
Plus de 50	10	29,41
Effectif total	34	100,00

Ce sont 29 prestataires sur 97 soit 29.9% qui ont procédé à une quelconque circoncision masculine au cours des derniers 12 mois.

27 prestataires sur 34 soit 79.42% du personnel interviewé ayant effectué une circoncision masculine l'ont fait dans l'établissement de santé d'attache actuelle, alors que 7 d'entre eux soit 20.59% ont effectué l'opération de circoncision masculine en dehors de cet établissement de santé, dans les endroits repris suivants: dans un autre établissement sanitaire pour 3 d'entre eux, dans une clinique privée pour 1 prestataire, dans le quartier pour 3 prestataires.

Au cours de ces derniers 12 mois, 32,2% des établissements sanitaires touchés par l'étude auraient pratiqué couramment les interventions de césarienne et 43,2% auraient réalisé des interventions chirurgicales dites mineures.

### **Appréciation des compétences du personnel soignant**

Si 59 informateurs clés sur 97 pensent que le personnel dans les centres de santé et les hôpitaux savent comment faire cette opération de circoncision, certains d'entre eux émettent une nuance, que seuls les médecins sont compétents en la matière (5/97) ou que « Pas tout le monde » (24/97), « beaucoup ne le savent pas » (1 Imam), « peu le savent » (1 pasteur).

Mais il y en a pour qui (22 /97) le personnel disponible dans les centres de santé ne seraient pas compétents en la matière.

## Besoins de formation des ressources humaines

Les responsables des établissements sanitaires se sont largement exprimés sur les besoins en ressources humaines pour réaliser la circoncision masculine dans leurs structures, 90,3% d'entre eux jugent que la formation du personnel serait nécessaire.

Les domaines de compétences évoqués ont été à un niveau égal de **33,3%** :

**La chirurgie générale ; une formation spécifique sur la pratique de la circoncision et une remise à niveau en matière de circoncision.**

## Ressources Matérielles et Techniques

- **Disponibilité d'une salle d'opération**

Parmi les établissements sanitaires visités 67.6% disposent d'une salle d'opération alors que 32.4% en sont dépourvus.

- **Alimentation électrique des établissements sanitaires**

La connexion au réseau général d'alimentation électrique n'est signalée que par 37.8% des établissements sanitaires. Ceux qui disposent d'un groupe électrogène de secours ou qui disposent des modalités d'alimentation ne constituent qu'une proportion de 8.1% alors que 62.2% d'entre eux ne sont pas du tout alimentés en électricité.

- **Disponibilité des équipements de stérilisation**

Les équipements de stérilisation ont fait l'objet d'investigation au cours de la présente étude eu égard à leur importance en matière de prestations chirurgicales. Le niveau de disponibilité de ce type d'équipement en état de fonctionnement est variable d'un matériel à l'autre l'autoclave étant disponible dans 32.43% des structures sanitaires enquêtées, le poupinel l'étant dans 43.24% et la cocotte minute dans 10.81%.

Le tableau 40 ci-dessous montre un clivage de répartition des équipements entre les différentes catégories d'établissement sanitaires.

**Tableau 39 : Niveau d'équipement selon le type d'établissement sanitaire**

Type d'équipement	Hôpital public (%)	Hôpital privé (%)	Centre de santé Public (%)	Centre de santé Privé (%)
Une salle d'opération	37,5	12,5	25,0	25,0
Connectée au réseau REGIDESO	18,2	,0	63,6	18,2
Groupe électrogène	100,0	,0	,0	,0
Les deux	66,7	22,2	11,1	,0
Autoclave	50,0	18,8	25,0	6,3
Poupinel	50,0	12,5	31,3	6,3
Cocotte minute	25,0	,0	75,0	,0
<b>N=37</b>				

- **Equipements**

En vue de pouvoir mieux offrir les services de circoncision 77,8% des établissements sanitaires affichent les besoins en équipements et instruments variés tels que les tables d'opération ou autres instruments opératoires. Il s'agit des tables d'opération dans 29,4% des cas, des pinces et boîtes à instruments dans 35,3% des cas et des ciseaux (23,5%).

- **Médicaments**

80% des structures ayant manifesté l'intention d'offrir le service de circoncision. ont exprimé un besoins de renforcement en médicaments

Les produits principalement concernés sont les antibiotiques (88,2%), la bétadine et les antalgiques 5,9% pour chaque catégorie.

**Consommables**

85,3% des établissements sanitaires ciblés on exprimé un besoin d'appui en consommables, plus précisément les gants (53,8%), les anesthésiques (38,5%) et les compresses (7,7%).

**Infrastructures**

Une salle d'opération serait nécessaire dans 61,1% des cas pour introduire ou effectuer convenablement l'intervention relative à la circoncision masculine.

Cependant parmi les établissements qui en expriment le besoin, 77,8% disposent déjà d'une salle qui, une fois équipée serait fonctionnelle.

D'autres besoins ont été exprimés par les responsables de ces mêmes établissements ; ils sont repris dans le tableau ci-après.

**Tableau 40 : Répartition des établissements sanitaires selon leur besoins en matériel technique**

<b>Matériel requis</b>	<b>Fréquence</b>	<b>%</b>
Gaz	1	4.35
Gants	4	17.39
Table d'opération	3	13.04
Poubelle	1	4.35
Fils de suture	4	17.39
Boîte à instruments	5	21.74
Poupinel	1	4.35
Masque	1	4.35
Désinfectant	3	13.04
Bottes	1	4.35
Groupe électrogène	2	8.70
Bistouri	1	4.35
Motivation du personnel	3	13.04
Formation du personnel	5	21.74
Kit pour petite chirurgie	7	30.43
Compresse	5	21.74
Matériel de stérilisation	2	8.70
Bistouri électrique	2	8.70
<b>N=23</b>		

## Proposition de priorisation dans l'affectation des ressources

Les informateurs clés se sont prononcés sur l'allocation des ressources financières qui seraient mobilisées pour appuyer le passage à l'échelle en matière de circoncision masculine. Parmi les domaines dans lesquels les fonds pourront être dépensés en priorité, **la formation du personnel**, la **couverture financière** des soins liés à cette prestation, une **sensibilisation** axée surtout sur la promotion de la circoncision à bas âge. D'autres domaines ont été évoqués en l'occurrence disponibilité du matériel et un service approprié, la construction et/ou la réhabilitation des infrastructures appropriées et la mobilisation communautaire.

Le domaine le moins cité, qui a été évoqué uniquement par les prestataires de soins interviewés, est représenté par la motivation financière du personnel.

## Disposition à fournir le service de circoncision masculine

Si la circoncision devait être encouragée dans la région de leur ressort, 81,1% des responsables des établissements sanitaires sont d'avis que leur structure pourrait fournir des prestations dans le cadre d'un programme de mise à l'échelle de la circoncision masculine.

## Formation reçue pour effectuer la circoncision masculine

45, 36% des prestataires qui pratiquent la circoncision ont une formation médicale ou paramédicale initiale, mais sans avoir bénéficié d'un apprentissage spécifique en matière de circoncision.

Pour 29,90% d'entre eux la formation en la matière a été faite sur le tas alors que 24,74% seraient sans formation en matière de circoncision.

**Tableau 41 : Répartition des prestataires de soins selon le type de formation reçu**

Formation reçue	Fréquence	%
Formation médicale ou paramédicale	30	45,36
Formation organisée sur le tas	29	29,90
Aucune	24	24,74
<b>Effectif total</b>	<b>97</b>	<b>100,00</b>

Par ailleurs, pour contribuer efficacement à un programme de mise à l'échelle, 86,2% des prestataires auraient besoin d'une formation complémentaire.

## Formation souhaitée par les prestataires

4,7% de prestataires auraient besoin d'une formation théorique formelle, alors que 14,7% auraient seulement d'une la formation pratique formelle. Pour 80,2% une formation complète est un préalable.

### **C. La circoncision en dehors des structures sanitaires**

Nous avons relevé que les cas de circoncision régulièrement répertoriés en milieu sanitaire étaient généralement motivés par les raisons médicales. Si non il y a prédominance de la pratique communautaire « discrète » par les tradipraticiens ou « clandestine et frauduleuse » par le personnel paramédical dans les structures sanitaires (en dehors des programmes opératoires officielles) ou à domicile mais avec les moyens des établissements sanitaires.

Il s'agit d'une source de revenus détournée qui jouit de beaucoup de complicité dans un réseau qui fonctionne comme une petite Mafia où règne la loi du silence, la discrétion proche de l'omerta.

Ainsi la situation de Cibitoke est très instructive : la circoncision est généralisée à plus de 90%, alors que les cas de circoncision enregistrés ne dépassent pas ceux des formations sanitaires d'autres provinces.

Même de simples candidats infirmiers pratiquent la circoncision à domicile.

A l'université du Burundi certaines chambres fonctionnent comme salle de circoncision en toute promiscuité. Il en est de même des internats de certaines écoles paramédicales.

En conséquence les informations livrées par les informateurs clés mériteraient d'être vérifiées ou affinées dans le cadre d'un programme « recherche-action »

## **III.2.4 Suggestions pour la généralisation de la circoncision masculine dans la perspective de la réduction de la transmission du VIH**

### **A. Disposition du personnel à offrir le service**

Si la circoncision était promue dans leur district, 97.9% des prestataires enquêtés seraient disposés à offrir des services de circoncision

### **B. Disposition des partenaires à appuyer la vulgarisation de la circoncision masculine**

Les représentants des organisations interviewés ont indiqué en quoi leur organisation pourrait intervenir pour appuyer l'accroissement des services de circoncision masculine.

Dans leur grande majorité, ils seraient prêts à s'investir dans la sensibilisation sur la nouvelle mesure contribuant à la réduction du VIH (44 d'entre eux). Certains s'engageraient dans le plaidoyer pour la mobilisation des appuis diversifiés, alors que d'autres pourraient rendre disponible le personnel ; les éducateurs contribueraient à l'introduction de cette pratique dans certains curricula tels que le civisme ou l'étude du milieu.

### **C. Avis des informateurs clés sur l'intégration de la circoncision masculine et le dépistage du VIH**

La plupart des informateurs clés interviewés sont d'avis que les programmes de circoncision masculine devraient être inclus dans un paquet d'activités de santé publique (santé de la reproduction, lutte contre le VIH et les IST ...) avec l'offre d'un service de counselling et d'un test de dépistage du VIH, avec possibilité de référence au service de conseil et soins médicaux, si la

personne est séropositive. Ils insistent pour que le test de dépistage du VIH ne soit pas obligatoire et que des hommes qui sont séropositifs peuvent encore recevoir une circoncision.

Ils redoutent, cependant, que cette politique d'intégration du dépistage du VIH n'affecte négativement un programme visant à accroître la circoncision masculine seulement si le test est obligatoire.

Une part assez importante d'entre eux pense que cette approche nécessiterait une grande sensibilisation pour lever certaines équivoques et insister sur la « **protection partielle** ».et la nécessité de poursuivre **les autres mesures de prévention**

Une proportion infime conseillerait que les 2 prestations restent séparées.

#### **D. Avis des informateurs clés sur l'intégration de la circoncision masculine avec d'autres services de santé spécifiques aux jeunes**

La quasi-totalité des informateurs clés soutiennent que le programme de circoncision masculine chez les jeunes et hommes soit renforcé par l'ajout de services de santé sexuelle et de la reproduction, tels que des conseils ou des discussions autour des relations sexuelles, de maintien en bonne santé, des moyens de contraception, voire de l'abus de certaines substances (alcool, drogues), auxquels les hommes ont rarement accès. D'après eux, « *l'idée est très bonne, ça serait très avantageux pour les hommes* ».

Cependant une petite proportion d'entre eux ne sont pas aussi affirmatifs et pensent que « *Cela dépendrait de la stratégie de sensibilisation qui serait développée surtout que les hommes n'ont pas l'habitude d'aller écouter des sujets pareils* » et d'autres vont jusqu'à mettre en garde : « *Les hommes pourraient considérer cela comme une perte de temps* ».

#### **E. Suggestions par les informateurs clés des actions à mener pour susciter l'adhésion à la circoncision masculine**

D'après les informateurs clés, si on cherche à améliorer le taux de circoncision, une sensibilisation à grande échelle est requise en insistant sur les avantages d'une protection qui n'est très partielle et devant se concevoir en complément aux autres moyens de prévention et dans un paquet d'intervention de santé publique.

- **Pour les jeunes et les adultes** il faudrait :
  - ↳ Une sensibilisation à grande échelle leur montrant que c'est pour se protéger contre le sida, leur expliquant les avantages de cette opération et leur démontrant l'impact de cette opération sur le VIH.
  - ↳ Instaurer la gratuité des soins relatifs à la circoncision masculine
  - ↳ Créer un cadre discret et approprié aux hommes
  - ↳ Diffuser cette information : radio, TV, sensibilisations.....
  - ↳ Augmenter le personnel de mobilisation
  - ↳ Leur montrer que ce n'est pas une opération honteuse une honte
  - ↳ Orienter leurs sensibilisations sur les raisons sanitaires pour que les gens soient conscients du problème à tous les niveaux,

- **Pour accroître la couverture de la circoncision des enfants, les informateurs clés suggèrent :**
  - ↳ les actions de sensibilisation des adultes concernent les parents actuels et futurs.
  - ↳ En faire un sujet d'éducation à tous les niveaux
  - ↳ Insérer ces pratiques dans les programmes nationaux de lutte contre le SIDA et IST,
  - ↳ En faire une obligation pour les mères en faveur de leurs bébés, et passer par des organisations féminines
- **Mettre à contribution les acteurs influents sur la population cible**

Parmi les acteurs influents susceptibles d'être efficaces dans le **soutien public** du projet de circoncision masculine à grande échelle, on cite :

- ↳ les autorités administratives qui viennent en première position ;
- ↳ les leaders communautaires ;
- ↳ les services de santé ;
- ↳ puis les leaders religieux,
- ↳ les organisations de la société civile ;
- ↳ le gouvernement;
- ↳ les animateurs sociaux ;

N.B : le rôle des médias n'est pas mis en exergue par ces interlocuteurs.

- **Choisir les messages les plus pertinents pour la population cible**

Les messages susceptibles d'encourager la circoncision chez les adolescents ou les adultes ont été classés par ordre de fréquence de leur citation par les informateurs clés selon 3 grands thèmes :

- ↳ Message en rapport avec la prévention des IST et du VIH (46),
- ↳ Protection des couples contre le VIH (20),
- ↳ Utilité de la circoncision (19), et iii)
- ↳ Hygiène (11).

- **Choisir les messages les plus pertinents pour encourager la circoncision des nouveaux nés ou des enfants**

En ce qui concerne les messages en faveur de la circoncision des nouveaux nés ou *des* enfants, les informateurs clés suggèrent de sensibiliser les parents en veillant aux éléments suivants :

- ↳ Utilité de la circoncision (plus importants chez les N-N)
- ↳ Leur dire que c'est moins douloureux pendant l'enfance
- ↳ En faire une éducation à tous les niveaux
- ↳ Leur montrer que les enfants ont besoin de la circoncision pour protéger leurs vies futures

## IV. INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS

### IV.1 Connaissances de la circoncision masculine

Pour évaluer le niveau de connaissance de la circoncision masculine par la population, 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.

#### IV.1.1 Définition de la circoncision masculine

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 devra tenir compte des spécificités locales régionales.

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 à donner.

### **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

## **IV.1.2 Justification de la circoncision masculine**

Parmi les raisons les plus importantes qui justifieraient la circoncision masculine, on évoque : la tradition, la religion, les problèmes médicaux et la prévention des IST et l'hygiène.

Les femmes évoquent certaines croyances dont : le prestige, l'augmentation du plaisir sexuel, la réduction de la douleur lors des rapports sexuels, la prévention contre les blessures.

Il faut cependant noter qu'une frange non négligeable de la population enquêtée n'a reconnue aucun avantage à la circoncision masculine.

## **IV.1.3 Inconvénient de la circoncision masculine**

Au titre d'inconvénients liés à la circoncision, il convient de citer : les complications post opératoire, le vagabondage sexuel, les infections, la stérilité masculine, etc....

En général, la population enquêtée reconnaît ne pas connaître de complication ou estime qu'il n'y en a pas.

## **IV.1.4 Relation entre circoncision masculine et prévention contre le VIH/SIDA**

Globalement la population burundaise est ignorante de la relation entre la circoncision masculine et prévention contre le VIH/SIDA. Cependant, on a noté une bonne appréciation de cette pratique par une frange importante de la population enquêtée notamment pour des raisons d'hygiène avec en toile de fond la prévention contre les infections sexuellement transmissibles.

## **IV.2 Attitudes vis-a-vis de la circoncision masculine**

### **IV.2.1 Adhésion à la pratique de la circoncision**

Pour apprécier le niveau d'acceptabilité de la circoncision masculine par la population burundaise, on a aussi procédé à la triangulation des principaux résultats des analyses quantitatives et qualitatives à partir de quelques indicateurs pertinents et spécialement ceux recueillis par la revue documentaire sur les différentes études et observations réalisées dans 13 pays de l'Afrique Subsaharienne.

A partir de là une approche d'analyse comparative a été réalisée d'une part pour dégager les tendances de l'acceptabilité de la circoncision masculine et, d'autre part de l'impact de l'information relative à relation entre la circoncision et la relative protection au VIH .

***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 Sub saharienne 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 42 : 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	78,2%	N/A	79%	71-82%	N/A	67%	N/A

souhaitant la circoncision de leurs fils							
% 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 43 : Comparaison de l'impact de l'information relative à 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%

**IV.2.2 Meilleure structure 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.

Les résultats de cette étude mènent à la conclusion que la connaissance de la circoncision masculine par la population burundaise est d'un niveau moyen avec une méconnaissance presque totale de la relation avec la prévention du VIH/SIDA.

### IV.2.3 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 : les femmes, les hommes circoncis, les hommes non circoncis, et les prestataires de soins.

**Tableau 44: Comparaison de l'âge favorable à la 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 restriction 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

- sauf lorsqu'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.
- Et 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.

#### **IV.2.4 Décision de recourir à 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 référerait 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. Les jeunes gens sont, le plus souvent, motivés par des attitudes de mépris et de stigmatisation par leurs camarades. Il existe des disparités régionales : au tant le sujet reste encore quelque peu tabou dans le reste du pays autant dans la région Ouest particulièrement à Cibitoke le marketing social de la circoncision est assuré par les filles avec parfois stigmatisation et d'exclusion. Le jeune homme non circoncis est connu dans toute la contrée est exposé à une série de vexations et ne peut fonder foyer.

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

Cependant, en Finlande par exemple, le tribunal de Turku a, sur réquisition du ministère public qui considère la circoncision comme toute autre mutilation, condamné une mère musulmane pour la circoncision de son fils sans le consentement du père.

Cependant, compte tenu de certaines attitudes, croyances, comportements et stéréotypes négatifs, marginaux doit-on le souligner, la réussite d'une formation et d'une sensibilisation visant l'acceptabilité de la circoncision masculine devra être centrée sur la mise en exergue des éléments culturels susceptibles de générer un changement de mentalité positif ainsi que les bienfaits et les avantages qu'elle offre, notamment la réduction de la contamination à VIH/IST.

#### **IV.2.5 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 les facteurs potentiels de rejet suivants : la douleur, la culture et la religion, les coûts, les complications post opératoires, le risque de comportement de désinhibition ou le vagabondage sexuel, l'inaccessibilité aux services sanitaires et l'ignorance.

##### ***La douleur***

Ici comme ailleurs, l'appréhension de la douleur pendant et après la pratique de la circoncision masculine a été déclarée comme le principal obstacle à la circoncision masculine dans la plupart des études. Dans certaines communautés elle est considérée comme un rite de passage pour devenir un homme endurant 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 45: 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 endurante que certaines tribus d’Afrique du Sud, ce qui est un élément positif de l’acceptabilité de la circoncision masculine.

En général, les raisons de santé qui conditionnent le rejet de la circoncision masculine sont principalement liées à la peur de la douleur et des suites de la circoncision comme la lenteur de la guérison, la mauvaise cicatrisation ou l’échec de la guérison lorsqu’on a une peau fragile (*ufise umubiri mui urashobora kwanka gukira*)<sup>4</sup>. L’on dit aussi que si un homme circoncis pense à une femme et entre ainsi en érection durant la période de convalescence, la plaie risque de s’ouvrir et son gland peut se fendre (*Iyo umuntu akuze yigenyereje mu gihe atarakira akiyumvira umukenyezi arashobora gusaduka*). Les femmes qui rejettent la circoncision masculine arguent que les relations sexuelles avec un homme circoncis sont très douloureuses. Certaines personnes interrogées craignent des effets néfastes de la circoncision masculine tels que l’impuissance et le décès, notamment quand l’opération a été mal faite et qu’une veine a été coupée (*Igenyera rigenze nabi, umutsi urashobora gucika ntube ugishukwa. Barashobora gukora ku mutwe w’igitsina c’irondoka bagacacurana n’udutsi*). D’autres personnes invoquent une santé fragile pour un garçon qui est circoncis en bas âge.

### **Culture et religion**

Comme on l’a déjà signalée dans l’analyse de la prévalence, la culture et la religion sont des déterminants majeurs d’acceptabilité de la circoncision masculine. Dans certaines communautés, elle est considérée comme un marqueur ethnique majeur. Par ailleurs, la circoncision masculine est universellement associée à l’islam et certaines sectes chrétiennes et animistes. Cependant il n’y a pas de 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’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.

Même si les structures sanitaires qui sont gérées par les confessions religieuses ne font pas de publicité pour la circoncision masculine, l’offre des services de circoncision est généralement présente.

<sup>4</sup>. Idem.

Concernant les barrières culturelles, elles sont fondées sur des principes ancestraux érigés presque en interdits, stéréotypes ou clichés en défaveur de la circoncision masculine. Lors des entretiens « focus group », une idée récurrente portait sur le fait que si même leurs ancêtres ont pu avoir des enfants sans avoir été préalablement circoncis, rien ne justifie qu'actuellement les hommes aillent se faire circoncire (Na ba se babo ntibagenyerewe, ntiborinda baraja kugenyegwa).

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.

### ***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. Il convient de faire remarquer que les études réalisées ailleurs en Afrique arrivent à la conclusion que la circoncision traditionnelle est souvent plus onéreuse en raison des coûts d'alimentation, boissons, vêtements spéciaux et autres articles lors des séjours souvent prolongés chez les le tradipraticien, circonciseurs rituels ou religieux.

### ***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, lenteur de la cicatrisation, atrophie du pénis, etc...

Dans les études faites ailleurs les femmes étaient particulièrement opposées à la circoncision dans les centres d'initiation de peur de blessures, surinfection, saignement incontrôlable, décès, etc...

Le cadre traditionnel est réputé être source d'infection y compris le VIH.

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.

### ***Comportement de désinhibition et/ou 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.

Des stéréotypes ou clichés et un comportement inadéquat conditionnent 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, étanchent bien et peut-être même mieux la soif que la bière et boissons alcoolisées. 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 sont enclins à tester leurs capacités sexuelles.

Donc le risque de comportement de désinhibition est réel et doit être pris en compte dans les stratégies de communication.

A contrario, beaucoup d'études indiquent une perte notable de la sensibilité du gland du pénis circoncis, et montrent que le prépuce excisé constitue l'une des zones les plus érogènes du corps. Ces résultats sont cependant parfois contestés. Au cours de l'érection du pénis non circoncis, le prépuce déplié fournit une réserve de peau qui compense l'allongement du sexe masculin tout en lui permettant de conserver un manchon mobile. La circoncision supprime plus ou moins cette réserve suivant la quantité de peau supprimée. Les conséquences en termes de sensibilité de cette zone sont sujettes à débat. En effet, grâce à une technologie de pointe, des chercheurs du centre universitaire de santé de McGill au Canada ont peut-être finalement réussi, en 2007, à déboulonner la croyance tenace selon laquelle les hommes circoncis éprouveraient une sensation sexuelle moindre que les hommes non circoncis. Ils ont mesuré l'excitation, à l'aide de vidéos et de capteurs ultramodernes, par des tests de sensibilité génitale menés sur des participants volontaires circoncis et non circoncis, âgés de 18 à 45 ans. Les deux groupes ont été soumis à des tests avec et sans excitation sexuelle, et les résultats n'ont montré aucune différence entre les deux groupes pour ce qui est de la sensibilité génitale au toucher ou à la douleur.

### **IV.3 Pratiques en cours en matière de circoncision masculine**

La circoncision masculine à l'instar des autres questions touchant à la sexualité reste un sujet tabou dans beaucoup de communautés et la discrétion est de mise. Ainsi malgré que beaucoup de participants déclarent préférer les structures sanitaires pour la pratique de la circoncision, on constate une discordance notoire entre la prévalence déclarée et celle qui découlerait d'une analyse des registres des services sanitaires. Même lorsqu'elles sont pratiquées par le personnel paramédical, cela se fait dans la clandestinité au sein de la communauté.

L'analyse des résultats de l'évaluation de la prévalence par la présente étude conduit aux constats repris dans les lignes qui suivent.

#### **Taux de prévalence de la circoncision masculine**

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 tradipraticien ou par un infirmier qui effectue des visites à domicile, c'est par manque de moyens suffisants pour payer l'opération et les soins dans une structure de santé publique ou privée. 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. Ils se dirigent normalement vers un hôpital ou un centre de santé.

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 Pentecôtiste 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. L'attitude de la condamnation de la circoncision masculine comme une pratique païenne à l'affirmation qu'elle conforme à la tradition chrétienne selon la bible et l'exemple donné par Jésus Christ.

## **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 cas le plus flagrant est celui de Cibitoke où la circoncision masculine est une obligation imposée par les filles aux garçons ou le non circoncis est traqué, stigmatisé et rejeté par la société : « N'ibara kugendana umufuko w'indagara canke umusenyi mw'ipantalo » comparant ainsi un pénis non circoncis à « *un sac plein de petits poissons du Lac Tanganyika ou de sable* », allusion faite à la façon dont se fait l'emballage. Rien d'étonnant alors que le taux 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 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 haut.

## **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.

**En conclusion, même si le taux moyen actuel 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.**

## ***IV.4 Faisabilité de la mise à l'échelle de la circoncision masculine au Burundi***

### **IV.4.1 Faisabilité technique**

En plus des préoccupations relatives à l'amélioration de la demande de services (connaissance, acceptabilité, etc.) tout projet de passage à l'échelle doit évaluer et relever le niveau d'offre de services de circoncision masculine.

A cette fin les indicateurs suivants ont été analysés : i) la situation technique des établissements sanitaires, ii) la situation du personnel de santé, iii) l'accessibilité financière et géographique.

#### **A. Situation technique des établissements sanitaires**

Dans la présente étude, les indicateurs suivants ont été retenus : l'expérience globale en matière de circoncision et la situation des infrastructures, équipements et matériel médicochirurgical.

#### **Expérience globale en matière de circoncision**

63% des établissements sanitaires ont déclaré pratiquer la circoncision masculine avec une moyenne de 1,6 à 2,5 par mois fondamentalement pour raisons médicales (91,3%) ou demande volontaire (86,96%).

Il s'agit d'un niveau suffisamment élevé pour servir de base à une extension dans le cadre du passage à l'échelle en matière de circoncision masculine.

Mais ces structures ne sont pas pour l'instant submergées de programmes opératoires qui pourraient nuire à la mise à l'échelle de la circoncision masculine.

En revanche, ce personnel n'est pas ou suffisamment formé en matière de pratique de la circoncision. Il n'y a pas de programmes d'enseignement de la petite chirurgie, dans le cursus de formation en soins infirmiers et même ceux qui pratiquent la circoncision l'ont appris sur le tas et il n'existe pas actuellement d'évaluation de la pratique chirurgicale en générale et de la petite chirurgie en particulier.

#### **Situation des infrastructures, équipements et matériel médicochirurgical.**

- **Infrastructures et équipements**

Il s'agit fondamentalement de l'existence de salles d'opération équipées et fonctionnelles ou de salles pouvant servir de salle de petites chirurgie, une fois équipées.

Ainsi, seulement 67,56% des établissements sanitaires visités possèdent une salle d'opération ou de petite chirurgie. La capacité de stérilisation est médiocre dans la mesure où seuls 32,43% des établissements possèdent une autoclave et 43,24% un poupinel. De même le niveau de performance ou de compétence est très faible dans la mesure où seuls 32,2% des établissements sont capables de pratiquer une circoncision et que 43,2% uniquement assurent les interventions de chirurgie mineure.

Au niveau de l'expression des besoins 77,8% des établissements expriment un besoin de complément en équipement (table d'opération (29,4%), instruments chirurgicaux (35,5%), médicaments (80%), consommables (85%).

La combinaison de tous ces indicateurs aboutit à la conclusion que le niveau d'aptitude des infrastructures à offrir des prestations de qualité reste faible.

- **Les ressources humaines**

Le passage à l'échelle impliquera une charge supplémentaire pour le personnel de santé (l'opération, les soins post opératoires, IEC, counselling, etc..).

La situation actuelle est déjà précaire puisque en moyenne 73% des établissements disposent tout au plus de 3 médecins et que 51,6% ne comptent pas plus de 4 paramédicaux. Dans la présente étude, il y a quelques établissements isolés qui disposent exceptionnellement de plus de 10 médecins (13,4%).

On notera qu'il s'agit de l'ensemble des médecins toutes spécialités confondues et dans la plupart des cas un seul d'entre eux est affecté à la pratique chirurgicale, ce qui est peu notamment par rapport au volume que ne manquerait pas de générer le passage à l'échelle en matière de circoncision masculine.

Au-delà des effectifs se pose la question de compétence et/ou d'expérience. Au niveau de la formation, aucun cas de formation formelle n'a été relevé. Il s'agit toujours de formation sur le tas dont seuls 29,9% du personnel interrogés en ont bénéficié pendant que 24,74% déclarent s'être « débrouillés ».

Au niveau de l'expérience, seuls 36,2% du personnel déclarent avoir déjà pratiqué la circoncision masculine et 29,9% au cours des douze derniers mois.

Le besoin de renforcement des capacités est ressenti et exprimé par près de 90,3% des participants qui souhaitent une formation ou recyclage aussi bien théorique que pratique.

Autant dire que le passage à l'échelle nécessitera au préalable un solide programme de renforcement de capacité. Par ailleurs, lorsqu'on demande au personnel de santé la priorisation des interventions préalables à la mise à l'échelle, la formation vient en première position

Le personnel infirmier est disposé et souhaite ce type de formation qui le rendrait apte à répondre aux différentes demandes de certains patients.

En l'état on peut conclure que la faisabilité technique est d'un niveau faible sans pouvoir la comparer à une étude réalisée ailleurs.

## **B. Accessibilité géographique**

La présente étude n'a pas évalué l'accessibilité géographique dans la mesure où la couverture en infrastructures sanitaires est bien connue et qu'il sera nécessaire d'y faire référence au moment

du choix stratégique d'opérationnalisation (structures fixes versus structures mobiles ou combinaison des deux).

En conclusion, il ressort de l'analyse de la situation des établissements sanitaires que le service de circoncision masculine pourrait être fourni à une large échelle si une formation du personnel est élargie, un équipement minimal garanti, un matériel de base de petite chirurgie mis à disposition. En effet, il s'agit d'une petite chirurgie accessible à un personnel de santé avisé et ceci est d'autant plus vrai que malgré le peu de formation actuelle, une certaine pratique assez correcte est notée avec peu de complications observées en post opératoire. Une formation appropriée et une disponibilité de l'équipement de base rendraient opérationnelle à une large échelle la pratique de la circoncision masculine.

#### **IV.4.2 Faisabilité financière**

Pour ce qui est de la faisabilité financière, l'idée principale concerne un problème de génération. Les jeunes des années 1980, par exemple, nés en milieu rural, dans les différentes communes du Burundi, et qui n'avaient pas des attaches solides en ville, éprouvaient beaucoup de difficultés d'accès et de ressources financières en cas de souhait de circoncision. Même actuellement, le manque de moyens financiers constitue un facteur limitatif car, d'après les jeunes surtout, il est difficile de disposer ou d'acquérir une somme de cinq mille francs, prix minimum exigé pour être circoncis en milieu hospitalier.

L'évaluation quantitative met en évidence la disparité des coûts qui vont de 1.000 FBU à plus de 30.000 FBU.

Ici et ailleurs, toutes les consultations entreprises aboutissent à la conclusion que la réduction significative jusqu'à la gratuité serait un des facteurs les plus incitatifs pour un passage à l'échelle de la circoncision masculine.

#### **IV.4.3 Atouts à capitaliser pour le passage à l'échelle**

Certains facteurs semblent contribuer à l'acceptabilité de la circoncision masculine.

Dans l'étude sous analyse la perception des avantages de la circoncision masculine par les hommes circoncis et les non circoncis diverge sauf l'effet protection contre les IST.

Les participants à différentes études faites ailleurs estiment 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 ulcérations pour un traitement précoce.

**Tableau 46 : 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 et 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 considéré comme un signe de difficulté chez la femme.

Les participants aux différentes enquêtes réalisées en Afrique subsaharienne 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 alors que 18% seulement croient qu'elle réduit aussi le risque d'infection au VIH.

### **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 par l'exclusion par les autres groupes ethniques à cause de leur statut de non circoncision.

## **L'adhésion à certaines croyances en faveur de la circoncision masculine**

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 (ha, fa, cu, jgs, jgns, fem). 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 potentielles de 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.

#### **IV.4.4 Obstacles à surmonter pour le passage à l'échelle**

Les obstacles à la circoncision sont de plusieurs types.

##### **Les croyances et le poids des 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 à leurs adeptes et y perçoivent une identification avec les musulmans.

**L'inaccessibilité aux structures de santé** à 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.

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 on a enregistré un taux élevé de réponse « je ne sais pas » ou « je n'ai pas d'avis ».

## V. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

### V.1 Conclusions

Des études observationnelles réalisées dans 13 pays de l'Afrique subsaharienne ont en évidence l'effet protecteur relatif de la circoncision masculine vis-à-vis de l'infection au VIH.

Ces résultats ont amené l'OMS et l'ONUSIDA à déclarer en mars 2007 que « la circoncision doit maintenant être reconnue comme une mesure efficace de prévention du VIH » et à recommander que « les pays où la prévalence est élevée, où les épidémies de VIH sont généralisées et où les taux de circoncision sont faibles, envisagent d'élargir d'urgence l'accès aux services de circoncision masculine»

Certains pays, comme le Rwanda voisin, ont démarré des programmes pilotes sans autres études spécifiques d'acceptabilité et de faisabilité alors que les études précitées n'avaient pas de protocole standard et, qui de plus est, recouraient à un échantillonnage de convenance dans des communautés ethniquement homogènes avec difficulté d'extrapolation des résultats sur le reste de la population. Toutefois dans des pays comme le Burundi où la pratique de la circoncision n'est pas largement répandue, il importe 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 pour le milieu rural où vivent 90% de la population.

L'étude a opté pour une combinaison d'approches qualitatives et quantitatives dont la méthodologie et la taille de l'échantillonnage, même s'ils ne permettent une stricte extrapolation, ont permis de dégager une topographie globale de la situation de la circoncision masculine au Burundi en termes de connaissances, qui sont d'un niveau moyen, des attitudes et de la façon dont cette pratique se fait. Nous arrivons aux conclusions suivantes :

#### **Prévalence de la circoncision masculine**

Le taux de prévalence de 43%, classe la population enquêtée dans la catégorie des populations traditionnellement non circoncises, même si, ce taux est supérieur à celui de la commune renommée. Il s'agit d'un indicateur encourageant dans le contexte burundais où tous les sujets relatifs à la sexualité restent quelque peu tabous. Il convient de rappeler la diversité dans la répartition régionale de la prévalence, la région Est se démarque de façon remarquable (91,67). La porte d'entrée pour une mise à l'échelle de la circoncision masculine pourrait être l'amélioration de l'offre de service là où ailleurs il faudra d'abord relever le niveau de demande par une communication appropriée pour le changement de comportement, qui certes doit aussi être consolidée par l'amélioration de l'offre de service. Nous n'avons pas trouvé de cas de comparaison dans les études effectuées en Afrique sub-sahariennes.

Les jeunes gens sont, le plus souvent, motivés par des attitudes de mépris et de stigmatisation par leurs camarades

#### **Niveau de connaissance**

Le niveau moyen de connaissance est: (48,25%) pour les hommes, 40,53% pour les femmes avec une grande diversité par région, religion, environnement socioculturel et catégories professionnelles. Encore une fois pour une population burundaise généralement réservée et discrète surtout pour des questions relatives à la sexualité, on est en droit de considérer que le

niveau de connaissance réel est bien supérieur à celui qui a été exprimé et la stratégie de communication devra tenir compte de ces diversités avec de bonnes opportunités en perspective. Par contre, il faudra garder en mémoire que le niveau d'association de la circoncision masculine à la réduction de la transmission du VIH est presque nul.

### **Niveau d'acceptabilité**

L'acceptabilité de la circoncision masculine dans la présente série burundaise d'un très bon niveau, qui est même supérieur à celui de certaines communautés de l'Afrique Subsaharienne. L'étude s'est intéressée à certains facteurs principaux qui favorisent ou défavorisent l'acceptabilité de la circoncision masculine ; il s'agit somme toute, des facteurs de force ou de faiblesse qu'il va falloir maximiser ou minimiser.

De façon singulière, l'attitude globalement positive des interlocuteurs clés (Leaders communautaires et religieux ; personnels de santé ; etc...) est un atout important dans la perspective d'un passage à l'échelle. De même l'ignorance ou la méconnaissance est un grand obstacle quand on constate un changement d'attitude remarquable dès lors qu'on informe les participants sur la relation entre la circoncision et la protection relative à l'infection au VIH. Même le taux de réponse « je ne sais pas » reste élevé ; une stratégie appropriée de communication devrait faire la différence.

### **Niveau de faisabilité technique**

Il a été mesuré par conjugaison de deux indicateurs : la compétence du personnel et l'adéquation des infrastructures, équipements et matériel médicochirurgical. Il s'agit en fait de jauger les performances de l'offre de services. Lorsqu'on se souvient qu : 73% d'établissements sanitaires possèdent moins de 4 médecins, 51% moins de 5 paramédicaux et que seuls 29,9% du personnel ont bénéficié d'une formation « sur le tas », que 90,3% réclament une formation théorique et pratique, on conclut que le niveau de capacité technique est particulièrement faible. Il faut ajouter à ce déficit la pauvreté des infrastructures et des équipements puisqu'à titre d'exemple que seuls 67% des établissements possèdent une salle d'opération et 32% une autoclave. Le faible niveau de préparation technique constitue l'un des plus gros obstacles au passage à l'échelle. Certains indicateurs seront à la base du choix de stratégie d'opérationnalisation.

Un atout de taille cependant est constitué par l'enthousiasme du personnel de santé à s'impliquer dans les projets et programmes de mise à l'échelle de la circoncision masculine ainsi que l'existence de locaux susceptibles d'être réaménagés et équipés pour servir de salle de petite chirurgie à court terme.

### **Faisabilité financière.**

Tous les programmes de communication et d'opérationnalisation vont requérir d'importants fonds auxquels il faudra ajouter la prise en charge partielle ou totale des frais de circoncision et des soins postopératoires.

### **Accessibilité géographique.**

L'étude n'a pas particulièrement approfondi la question parce que les données existent déjà et il faudra les exploiter lors de l'élaboration du plan opérationnel là où le problème se posera.

## V.2 **Recommandations**

Les résultats de l'étude sur l'acceptabilité et la faisabilité de la circoncision masculine au Burundi peuvent être interprétés dans le cadre de **l'offre** (disponibilité des services) et de la **demande** (niveau de demande de services de circoncision). Dans la perspective d'un passage à l'échelle, il va falloir choisir des stratégies qui relèvent simultanément ces deux niveaux. C'est dans cette optique que les recommandations ci-après ont été émises et regroupés en 3 axes: i) l'adoption d'une politique de généralisation de la circoncision masculine, ii) la communication pour le changement de comportement, iii) l'opérationnalisation technique

### **R1 Adoption d'une politique de généralisation de la circoncision masculine**

Pour la réussite du passage à l'échelle en matière de circoncision masculine il faudra :

- Réussir le marketing et le consensus du leadership national et des partenaires nationaux et internationaux par le développer d'un solide plaidoyer, en vue de la création d'un environnement légal et réglementaire pertinent de la pratique de la circoncision masculine, y compris la lutte de la prestation clandestine de ce service;
- L'adoption officielle de la circoncision masculine comme axe stratégique national complémentaire de la prévention du VIH et faisant partie du paquet des services, tout en élaborant les normes qui la régissent à tous les niveaux ;
- La mobilisation de ressources suffisantes pour non seulement doter les structures sanitaires de matériel et de compétence adéquates, mais aussi pour assurer la subvention de toute ou partie des charges générées par la prestation, afin d'en accroître l'accessibilité.

### **R2 Communication pour le changement de comportement**

Dans le souci de mieux faire connaître davantage la pratique de la circoncision masculine, de lutte contre les fausses croyances et ainsi susciter l'adhésion des populations cibles, il va falloir procéder à :

- La formulation d'une stratégie de communication sur la pertinence du passage à l'échelle de la circoncision masculine comme axe complémentaire de prévention du VIH auprès du leadership politique, social et culturel ainsi que les différentes parties prenantes de santé publique et lutte contre le VIH/SIDA. Cette stratégie comportera des actions de promotion de la circoncision masculine mettant l'accent sur les avantages de celles-ci, particulièrement ceux relatifs à la réduction de la transmission du VIH ;
- L'élaboration des outils de communication ciblée qui seront destinés à relever le niveau de connaissance et d'acceptabilité de la circoncision masculine dans le cadre de la prévention au VIH auprès de la population en général et des groupes cibles en particulier ;
- L'organisation des activités de sensibilisation de masse ou de proximité visant non seulement à améliorer les connaissances sur la circoncision mais aussi de contourner les obstacles d'ordre socio culturel qui s'opposeraient à l'extension de la pratique de circoncision ;
- L'exploitation de la position dominante de certains leaders notamment religieux pour non seulement lever leur opposition mais également en faire des alliés de la politique envisagée. Pour cela des liens de partenariat devront être noués entre les leaders religieux

et les acteurs sanitaires en particuliers ceux œuvrant dans la lutte contre le sida afin de créer une forte synergie.

### **R3** L'opérationnalisation technique

- Il est indispensable d'élaborer un plan d'opérationnalisation technique conforme aux ressources budgétaires disponibles ; cependant, à l'instar de certains autres pays, il serait opportun d'envisager une intervention pilote portant sur un segment réduit du groupe cible sans tarder. Dans ce cadre des activités de recherche-action seront menées pour mieux cadrer l'intervention. En effet, comme il a été constaté une différence remarquable entre régions géographiques ou milieux socioculturels des dix provinces ciblées par l'étude, la mise en œuvre d'une réponse adéquate impose d'étendre l'étude sur les 7 autres provinces et même de compléter celle effectuée dans les 10 premières avec un échantillon plus représentatif qui permettra l'extrapolation des résultats à toute la population Burundaise.
- Il est impérieux de combler les lacunes mis en exergue par l'étude en ce qui concerne principalement :
  - o le personnel par l'accroissement des effectifs et le renforcement des compétences par l'organisation de la formation en cours d'emploi des ressources humaines,
  - o les infrastructures par l'aménagement des espaces dédiés à la circoncision dont la demande aura augmenté avec les interventions à grande échelle.
  - o les équipements dont un kit devra être défini et mis à disposition selon les besoins et les normes établis

Cette mise à niveau en ressources humaines et matérielles sera progressive suivant les orientations du plan opérationnel qui va être élaboré et qui fait partie des produits du présent travail.

- Introduire la circoncision dans les curricula de formation théorique et pratique médicale et paramédicale
- Intégration effective de la circoncision dans le paquet minimum d'activités des centres des formations sanitaires avec des indicateurs de performance utilisables dans le cadre de la contractualisation

## VI. REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE

### VI.1 : PUBLICATIONS

1. Future's Institute. *Male circumcision decision maker's program planning tools*
2. Kevin, Kelly and Leonard, Mavencia. *Comprehensive services of behaviour change for preventing HIV through sexual transmission in Zimbabwe. 2005.*
3. ONUSIDA. *La circoncision masculine sécurisée, volontaire et informée dans le cadre d'un programme complet de prévention du VIH- Document d'orientation sur les droits et sur les questions éthiques juridiques à l'intention des décideurs.*
4. Payne, K and Binik, M. (2007). *Etude: La circoncision n'émousse pas la sensation.*
5. RWANDA/SIDA. *Circoncision : les soldats rwandais montrent l'exemple*
6. SEP/CNLS Burundi. 2007. *Enquête nationale de séroprévalence du VIH et socio comportementale.*
7. Sorrelles, M. et al. "Fine-Touch Pressure Thresholds in Adult Penis" *BJU International* 99 (2007):864-869
8. UNAIDS. Newsletter 09, *No single magic bullet for HIV prevention*
9. Westercamp N. and Bailey R. C. *Acceptability of Male Circumcision for Prevention of HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa: .Review;*
10. WHO /UNAIDS. *Operational guidance for scaling up male circumcision services for HIV prevention;*
11. WHO. *Male Circumcision Situation Analysis toolkit,*
12. WHO. *Male circumcision :Africa's unprecedented opportunity*
13. WHO/UNAIDS. *Male Circumcision & HIV Prevention in Eastern and Southern Africa Communications guidance;*
14. WHO/UNAIDS. *New data on male circumcision and HIV prevention: policy and program implication.*
15. WHO/UNAIDS. *Technical Consultation Male Circumcision and HIV Prevention: Research Implications for Policy and Programming Montreux, 6- 8 March 2007; Conclusions and Recommendations;*
16. WHO/UNAIDS/JHPIEGO. January 2008. *Manual for male circumcision under local anaesthesia. Version 2*
17. Wrana, P. (1939). *Historical review: Circumcision. Archives of Pediatrics* 56:385-392

### VI.2: Principaux sites Web consultés

1. [www.malecircumcision.org/;](http://www.malecircumcision.org/)
2. [www.unaids.org/;](http://www.unaids.org/)
3. [www.fhi.org/;](http://www.fhi.org/)
4. [www.who.int/hiv/;](http://www.who.int/hiv/)
5. [www.unaids.org/](http://www.unaids.org/)
6. [www.m-mc.org](http://www.m-mc.org)