

“La circoncision est efficace dans la vraie vie”

*Propos de Bertrand Auvert
Université de Versailles
Saint-Quentin-en-Yvelines, UMRS 1018
Recueillis par Renaud Persiaux
Pistes*

1 - Alcena V, « AIDS in Third World Countries », *New York State Journal of Medicine* 86 (1986)

2 - Weiss HA et al., « Male circumcision and risk of HIV infection in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis », *AIDS* 14: 2361-2370 (2000)

3 - Auvert B et al., « Male circumcision and HIV infection in four cities in sub-Saharan Africa », *AIDS* 15: S31-40 (2001)

4 - Auvert B et al., « Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: the ANRS 1265 Trial », *Plos Med* 2: e298 (2007)

5 - Bailey RC et al., « Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomised controlled trial », *Lancet* 369: 643-656

6 - Gray RH et al., « Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomised trial », *Lancet* 369: 657-666 (2007)

L’importante campagne de circoncision d’Orange Farm (étude ANRS 12126) démontre son efficacité à grande échelle. Après trois ans, la réduction de la prévalence et de l’incidence du VIH est importante chez les circoncis. Bertran Auvert, un des coordinateurs, détaille ces résultats et leurs implications.

Où en était-on sur la circoncision avant la conférence de Rome ?

Tout commence, en 1986, avec la parution d’un article alors largement ignoré sur le sida en Afrique¹. L’auteur, Vallière Alcena, suggère que l’absence de circoncision jouerait un rôle important dans la propagation du VIH sur le continent. Depuis ont été publiées de nombreuses études d’observation allant pour la plupart dans ce sens². Par exemple, une étude comparative menée au Cameroun, Bénin, Kenya et Zambie a démontré que les pays où les hommes ne sont pas circoncis ont des épidémies de VIH plus sévères que les autres³. En 2005, notre équipe

a conduit la première expérience biomédicale sur la circoncision en Afrique du Sud, dans le bidonville d’Orange Farm, une zone semi-urbaine d’environ 50 km² située au sud de Johannesburg⁴. Cet essai randomisé (ANRS 1265) mené sur des adultes de 18 à 24 ans, a prouvé que la circoncision divisait par 2,5 la transmission du VIH de la femme à l’homme. Ces résultats ont été confirmés en 2007 par deux études semblables conduites au Kenya et en Ouganda^{5, 6}. Une recommandation internationale a été émise par l’Organisation mondiale de la santé (OMS) et l’Onusida en faveur de la généralisation de la circoncision en Afrique pour lutter contre la propagation du VIH.

Qu’avez-vous fait après l’essai ?

Nous avons voulu faire bénéficier la population d’Orange Farm de cette méthode de prévention validée par notre essai. Et tester la faisabilité pratique de la généralisation de la circoncision en Afrique et son effet sur l’épidémie. Aussi avons-

nous proposé une circoncision médicalisée gratuite aux 110 000 hommes de plus de 15 ans du bidonville d'Orange Farm. C'est le projet « Bophelo Pele », « la santé d'abord ».

Comment s'est-il mis en place ?

Cela n'a pas été facile. Nous n'avions aucune idée de comment procéder⁷, car c'était la première fois qu'était entrepris un tel projet (ANRS 12126). Une information sur la circoncision masculine a été fournie aux hommes et femmes au moyen d'annonces à la radio locale, de distribution de brochures dans chaque foyer et lors de réunions communautaires. Nous avons mobilisé les écoles, les centres de santé, les médecins généralistes et les leaders de la communauté. Et ouvert trois centres d'information sur la circoncision, proposant aussi des conseils sur les autres méthodes de réduction du risque d'infection VIH et un dépistage du VIH. Les hommes peuvent être circoncis au centre de circoncision établi dans un centre commercial. Les infections sexuellement transmissibles (IST) symptomatiques y sont traitées gratuitement.

De quelle manière sont effectuées les circoncisions ?

Dans une salle équipée de plusieurs lits séparés par des rideaux. Le coût a été réduit à 40 euros par circoncision, en utilisant une méthode chirurgicale simple, une trousse de matériel chirurgical jetable conçue par nous, un électrocautère, et grâce à l'optimisation de l'usage du personnel. Une équipe chirurgicale est composée de cinq infirmières et d'un médecin-circonciseur. Les infirmières administrent l'anesthésie locale, assistent le médecin et réalisent les sutures. Le médecin applique les pinces, coupe le prépuce, contrôle le saignement et supervise le personnel infirmier. Avec cette organisation, six à dix circoncisions masculines peuvent être effectuées par heure avec un temps moyen par médecin de sept minutes et demie par circoncision et un temps de procédure total de 20 minutes. Après leur circoncision, les participants reçoivent des instructions orales et écrites post-opératoires. Une visite de contrôle est organisée au centre de circoncision deux jours après. Ceux qui ne viennent pas sont relancés par téléphone.

Entre 30 et 150 circoncisions sont demandées chaque jour.

Quel est le bilan ?

Nous avons effectué plus de 25 000 circoncisions. Sans observer de décès ou événement indésirable grave (associé à une incapacité ou une invalidité permanente). En trois ans, nous avons circoncis la moitié des hommes non circoncis de la communauté, alors que la prévalence de la circoncision n'était que de 16 % au début du projet. Nous devrions bientôt atteindre 60 %, et sommes déjà à plus de 58 % chez les 20-24 ans. Nous avons démontré que la mise en oeuvre de la circoncision médicalisée de masse chez l'adulte peut être effectuée de manière sûre et non onéreuse en Afrique. Ce programme, qui se poursuit, a déjà été répliqué dans plusieurs pays. C'est devenu un modèle pour les gouvernements, pour Pepfar [plan américain de lutte contre le sida en Afrique] et pour les organismes internationaux tels que l'OMS et l'Onusida.

Quels autres résultats avez-vous présentés à Rome pour l'IAS 2011 ?

D'abord, nous n'avons pas vu de différence significative entre circoncis et non circoncis en termes de comportement sexuel, notamment d'usage du préservatif. Surtout, nous avons rapporté une réduction significative de 55 % de la prévalence du VIH et de 76 % de l'incidence du VIH parmi les hommes circoncis par rapport aux hommes non circoncis⁸. C'est comparable à celle de l'essai de 2005 (analyse en traitement reçu). Selon nos calculs, sans circoncision, la prévalence du VIH chez les hommes aurait été plus élevée de 25 %. Et l'incidence de 58 % !

Peut-on dire que la circoncision permet de prévenir l'acquisition du VIH ?

Incontestablement, on observe 3 ans après le début du projet un effet franc de la circoncision sur la propagation du VIH parmi les hommes. Celle-ci est donc non seulement efficace, comme le montrent les 3 essais randomisés, mais aussi efficace. D'ailleurs ce que l'on observe à Orange Farm devrait être aussi

Avec un taux de circoncision qui atteint 50%, l'incidence est réduite de 76 % chez les circoncis par rapport aux non circoncis

7 - Lissouba P et al., « A model for the roll-out of comprehensive adult male circumcision services in African low-income settings of high HIV incidence: the ANRS 12126 Bophelo Pele project », PLoS Med 7: e1000309 (2010)

8 - Auvert B et al., « Effect of the roll-out of male circumcision in Orange Farm (South Africa) on the spread of HIV (ANRS-12126) », IAS 2011, Abstract WELBC02

Nous n'avons pas vu de différence significative entre circoncis et non circoncis en termes de comportement sexuel, notamment d'usage du préservatif

observé dans d'autres sites d'Afrique australe et de l'Est où des programmes similaires sont en cours. Cela nous rend optimistes pour ces pays qui concentrent près de 50 % des nouveaux cas d'infections à VIH au monde. Le changement de normes sociales que nous avons suscité n'a pu être atteint qu'au prix d'un effort important en communication. Cette mobilisation communautaire devrait pouvoir s'obtenir ailleurs à condition d'y mettre une forte volonté. Il est en effet indispensable, pour obtenir un effet en population, que l'acceptation de la circoncision atteigne au moins 50 % parmi les non-circoncis.

Vous avez été très critiqués. Etiez-vous confiants ?

Ces résultats étaient prévisibles en grande partie. Quelques études d'observation avaient déjà montré que l'effet de la circoncision sur le comportement sexuel était minime, au Kenya par exemple⁹. Et de toute façon, la modélisation avait montré qu'il était improbable que ces éventuels changements puissent annuler l'effet protecteur de la circoncision¹⁰. De plus, on subodorait que l'acceptation de la méthode serait forte en Afrique australe et de l'Est¹¹ et le suivi post-essai en Ouganda suggérait que l'effet protecteur réel de la circoncision serait peut-être plus fort que dans les essais. Donc on était confiants quant aux résultats de cette étude de phase 4, indispensable pour montrer de manière rigoureuse que la circoncision est une méthode de prévention efficace en Afrique australe.

Aujourd'hui donc, tout le monde est convaincu...

Il semble qu'année après année la circoncision soit devenue un standard de la prévention en Afrique. Cela n'a pas été facile. Les premiers à avoir été convaincus par les résultats scientifiques ont été les organismes internationaux, les épidémiologistes et certains activistes comme *Treatment Action Campaign* en Afrique du Sud. Puis les dirigeants des pays concernés par la recommandation de l'OMS ont accepté l'idée et démarré des programmes nationaux dont on peut voir la liste sur le site www.malecircumcision.org.

Bien sûr quelques irréductibles ont combattu l'idée. Je remarque cependant que l'on entend de moins en moins de critiques.

Comment situez-vous la circoncision par rapport aux autres méthodes de prévention ?

Tout d'abord, en population, la circoncision est une méthode utilisable uniquement en Afrique australe et de l'Est, qui ne concerne ni les hétérosexuels vivant en dehors de cette partie du monde, ni les homosexuels. Et ce, bien qu'une circoncision effectuée à titre individuel dans un pays comme la France me semble loin d'être injustifiée. Ensuite, on a déjà mené des études de phase 3 et de phase 4 pour valider son efficacité et son efficacité, le coût est de 40 euros par circoncision, et c'est une intervention à ne faire qu'une fois dans l'existence ! A mes yeux, la circoncision a donc une longueur d'avance. Même si elle est complémentaire des méthodes existantes ou futures qui, elles aussi ne sont ou ne seront que partielles. J'insiste : l'étude d'Orange Farm montre, pour la première fois dans l'histoire du VIH, que l'épidémie à VIH hétérosexuelle peut être combattue efficacement à l'échelle d'une communauté.

Quelles sont les implications en Afrique ?

On devrait assister à une accélération des programmes de généralisation de la circoncision en Afrique australe et de l'Est. Et voir rapidement l'incidence et la prévalence du VIH diminuer dans ces régions à la suite de ces programmes.

Sur quoi travaillez-vous actuellement ?

On continue à mesurer l'acceptation de la circoncision à Orange Farm pour savoir jusqu'où elle peut monter. En 2012-2013, nous allons mesurer l'effet sur l'incidence du VIH chez les hommes et les femmes en utilisant une cohorte et non plus les tests d'incidence. Nous allons essayer de détecter un effet sur la tuberculose, l'herpès génital et les papillomavirus oncogènes.

Et qu'en est-il est de l'« effet rebond » que vous espérez chez les femmes ?

Démontrer un effet de cette intervention chez les femmes est essentiel. Si les hommes circoncis

9 - Agot KE et al., « Male circumcision in Siaya and Bondo Districts, Kenya: prospective cohort study to assess behavioral disinhibition following circumcision », *J Acquir Immune Defic Syndr* 44: 66-70 (2007)

10 - UNAIDS-WHO-SACEMA, Expert Group on Modelling the Impact and Cost of Male Circumcision for HIV Prevention, « Male Circumcision for HIV Prevention in High HIV Prevalence Settings: What Can Mathematical Modelling Contribute to Informed Decision Making? », *Pos Med* 6: e1000109 (2009)

11 - Westercamp N, Bailey RC, « Acceptability of Male Circumcision for Prevention of HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa: A Review », *AIDS Behav* (2006)

sont moins infectés par le VIH que les autres, les femmes ayant des partenaires circoncis devraient être moins exposées et donc moins à risque. C'est ce que nous espérons constater dans un à deux ans à Orange Farm. Ce raisonnement tient pour toutes les infections dont la transmission de la femme à l'homme est réduite par la circoncision. C'est le cas du virus de l'herpès génital, et des papillomavirus oncogènes qui provoquent le cancer du col de l'utérus, première cause de mortalité par cancer chez les femmes en Afrique. La généralisation de la circoncision en Afrique devait aboutir à une réduction de

l'herpès génital et de la fréquence du cancer du col. Les programmes scientifiques en cours en Ouganda, au Kenya ou au Swaziland ont des objectifs similaires. Leurs résultats devraient confirmer les nôtres. – **propos de Bertrand Auvert**

recueillis par **Renaud Persiaux**

Retrouvez plus
d'infos sur VIH.org



Le projet **Transcriptases** est né de la nécessité d'une approche pluridisciplinaire du VIH et des virus des hépatites enrichie par une ouverture à la problématique Nord-Sud. Aujourd'hui, vih.org vous permet en plus de suivre l'actualité du VIH/sida, de réagir, de discuter ! L'équipe de chercheurs, cliniciens de ville et hospitaliers,

médecins de santé publique, économistes, documentalistes, journalistes et graphistes qui composent notre équipe éditoriale s'associent pour améliorer la diffusion de la connaissance scientifique, sur un mode encore plus transdisciplinaire et interactif. Avec le soutien d'organismes publics ou privés, nous pouvons

proposer un site et une revue sans publicité, mais **votre participation est indispensable...** Renvoyez dès aujourd'hui votre demande d'abonnement. En nous soutenant, vous recevrez deux fois par an Transcriptases, la revue scientifique de référence en langue française. Votre soutien est la condition de notre réussite.

JE M'ABONNE 1 an 2 ans

nom et prénom _____

profession _____

tél. _____

adresse _____

email _____

ville _____

pays _____

code postal _____

abonnement	France, UE	autres pays	
individuel	38 €	53 €	1 an
	60 €	83 €	2 ans
organismes	53 €	68 €	1 an
	83 €	106 €	2 ans
étudiants	30 €	45 €	1 an
	45 €	76 €	2 ans
abonnements de soutien	76 €	90 €	2 ans

Chèques (pour la France) ou virements à l'ordre de PISTES, à retourner Tour Maine-Montparnasse, BP 54 75755 Paris Cedex 15.

identification internationale
IBAN : FR76 30003 03340 00050560873 62
adresse swift : sogefrpp