

Où en est-on avec **la circoncision**, cinq ans après les recommandations de l'OMS et de l'Onusida ?

Pascale Lissouba
Julie Bouscaillou
CESP Inserm

Alors même que les ligues anticirconcision de l'enfant aux Etats-Unis manifestaient au fronton du Palais des congrès de Washington, à l'intérieur se construisait un débat technique, politique et éthique en matière de « scaling up » (montée en puissance) de la circoncision en Afrique. Revue de détails.

Cette année, il ne semble pas que la conférence se soit déroulée sous le signe de l'innovation. Animée par l'objectif d'une génération sans sida (*AIDS-free generation*), elle aura plutôt gravité autour de l'optimisation de l'arsenal des moyens déjà développés, et dont l'efficacité est scientifiquement prouvée.

Par son discours – l'un des plus galvanisants de la conférence – la secrétaire d'Etat américaine Hillary Clinton a rappelé qu'avec le traitement précoce et la prévention de la transmission du virus de la mère à l'enfant, la circoncision masculine médicalisée volontaire (CMMV) était l'un des objectifs les plus fondamentaux. Elle a également rappelé l'engagement du Pefar (Plan d'urgence du président des Etats-Unis pour le sida) et du Fonds Mondial dans cette voie, qui ont déjà financé plus de 500 000 procédures, et qui poursuivront leur soutien aux programmes nationaux des pays concernés par cette thématique.

Pourtant, depuis les recommandations de l'OMS et de l'Onusida de 2007, la CMMV peine à atteindre la couverture optimale de

80 % des hommes d'Afrique australe et de l'est – épicentres d'une épidémie de VIH généralisée –, où la circoncision n'est pas la norme sociale. Des programmes y sont en marche, mais leur déploiement reste trop lent, et trop hétérogène.

En faisant le point sur les expériences des programmes déjà mis en œuvre, on peut espérer que cette conférence aura permis d'identifier les leviers d'actions, les obstacles à contourner, et les nouveaux arguments de plaidoyer en faveur de la généralisation de la CMMV.

L'impact de la circoncision médicalisée volontaire appliquée à grande échelle se confirme

Les dernières données de Kisumu (Kenya) et d'Orange Farm (Afrique du Sud), sites des deux essais randomisés de CMMV, confirment l'effet de l'intervention appliquée en situation réelle et pas seulement dans des conditions expérimentales, et nous montrent que cet effet sur la propagation du VIH persiste sur le long terme. A Kisumu, le suivi de plus de 1 500 hommes a démontré qu'après 66 mois, l'effet de la circoncision sur l'incidence du VIH se maintenait à 65 %, une estimation non différente des 60 % observés lors des essais, et cela sans évidence de modifications des comportements sexuels.

Même observation à Orange Farm, où un programme de généralisation de la CMMV est en cours depuis 2008, sous l'égide de l'ANRS. Après trois ans de programme, la prévalence du VIH était de 48 % plus faible chez les hommes circoncis que chez les non-circoncis de la communauté, sans différences notables de comportements sexuels entre les deux groupes. Avec plus de mille infections évitées estimées, cette étude conclut que sans le programme de CMMV à Orange Farm, la prévalence globale du VIH chez les hommes de la communauté aurait été 19 % plus élevée en 2011.

D'autres sites, comme le Swaziland, relatent des résultats analogues pour les programmes en cours. De nombreux programmes insistent, en outre, sur la porte d'entrée vers le dépistage et la santé reproductive que représentent les services de CMMV.

Ces résultats présagent un impact considérable du déploiement de la CMMV en cours en Afrique australe et de l'est sur l'épidémie du VIH, et offrent des arguments incontestables pour sa poursuite et son accélération.

Agir sur la demande

Jusqu'à maintenant, les programmes de CMMV se sont surtout adressés à des communautés localisées. Peu de pays ont

effectivement mis en œuvre des campagnes nationales, et les connaissances des bénéfices de la circoncision restent globalement mauvaises à l'échelle des pays. Pourtant, la sensibilisation de la communauté s'est révélée cruciale pour tous les programmes réussis à l'échelon local. La connaissance des bénéfices de l'intervention par les hommes est un déterminant récurrent de la demande de circoncision d'après les nombreuses expériences relatées lors de cette conférence. L'investissement en termes de temps, la peur de la douleur et des complications sont tout autant de freins identifiés, quel que soit le contexte. Une communication par les services de CMMV autour de leur qualité, y compris celle de l'accueil, de leur disponibilité et de leur gratuité devrait compléter l'intervention de médias plus classiques. Enfin, les succès d'autres modèles de création de demande ont également été présentés, tels qu'une stratégie basée sur le porte-à-porte et les communications interpersonnelles au Zimbabwe, ou encore des stratégies de communications vers des populations ciblées, comme ce qui a pu être fait pour les militaires au Rwanda ou les pêcheurs kenyans.

Le rôle et la perspective des femmes dans le planning et la mise en place des campagnes de CMMV ont été un élément-clé des discussions. Il est indéniable qu'en tant que mères, sœurs, épouses et partenaires, les femmes sont à la fois des acteurs et des agents importants, mais trop souvent négligées, dans la mise en place de ces programmes.

La perception féminine de la circoncision dans les communautés cibles est en général très positive. Plusieurs études ont démontré son acceptabilité parmi les femmes pour leur partenaire et pour leurs enfants masculins, et leur préférence pour les partenaires circoncis. Dans une étude menée au Kenya, la vaste majorité des partenaires féminines d'hommes nouvellement circoncis se sont déclarées très satisfaites de la circoncision de leur conjoint, du résultat esthétique, ainsi que de leur performance sexuelle après la procédure.

Cependant, cette même étude, comme plusieurs autres, rapporte chez les femmes

des perceptions erronées pouvant engendrer des comportements plus à risque. Elles sont ainsi nombreuses à se déclarer moins concernées par le VIH et moins à risque du fait du statut circoncis de leur partenaire. Elles sont alors plus enclines à accepter des relations sexuelles non protégées, ou rencontrent plus de difficultés à négocier le port du préservatif. Surtout, elles ne sont pas toujours informées de la nécessité de ne pas reprendre des relations sexuelles trop précocement après l'intervention.

Le support de la partenaire est donc un déterminant important de la demande de CMMV, mais une éducation des femmes quant aux risques est néanmoins impérative. Toutes ces expériences pointent le besoin fondamental de la participation des femmes à tous les stades des campagnes de CMMV, du recrutement au suivi post-opératoire. Plus important, les femmes devraient pouvoir directement bénéficier des

programmes de CMMV, au travers de l'inclusion de services tels que le counseling de couple sur les réductions de risques, le planning familial et les rapports de genre. Les études de modélisation le suggèrent depuis longtemps, la circoncision, à un âge précoce, plus simple, moins douloureuse, moins pourvoyeuse de complications, et moins coûteuse, serait une voie judicieuse pour généraliser la CMMV. L'acceptabilité de cette idée par les parents se révèle bonne en Afrique selon une étude menée à Soweto et Orange Farm, et en nette progression au Kenya où la méthode a été mise en œuvre dans la province de Nyanza avec des taux de complications comparables à ceux des pays développés.

Optimiser l'offre

On peut maintenant s'en assurer, la création d'une demande pour la CMMV dans les communautés non traditionnellement circoncises est possible, mais elle nécessite qu'une attention particulière soit accordée aux impératifs logistiques et aux besoins des populations. L'amélioration et

l'optimisation des stratégies d'implémentation des programmes de CMMV a été un thème important des communications.

Le « Systematic Monitoring of the Male Circumcision Scale-up » (Symmacs), a été établi pour assurer le suivi systématique et l'évaluation des services de CMMV dans 73 sites de quatre pays d'Afrique (Kenya, Afrique du Sud, Tanzanie et Zimbabwe). Ce système cherche à proposer des alternatives plus efficaces à partir de l'analyse de ces expériences. Bien qu'hétérogènes en termes de méthode chirurgicale et d'organisation, les services offerts étaient de qualité satisfaisante lors de l'évaluation de 2011-12, aussi bien au niveau de la

méthode chirurgicale que sur l'éducation et le counseling des participants, dans l'ensemble des sites. Les points d'amélioration identifiés concernaient surtout les procédures post-opératoires (suivi et recueil des événements indé-

sirables) et la protection du personnel, notamment l'accès à la prophylaxie post-exposition. Les enseignements de ce suivi seront, on l'espère, pris en compte et les données issues de ce système permettront à l'avenir de poursuivre l'amélioration de la qualité des services.

Une étude comparative menée en Afrique du Sud a évalué deux modèles d'implémentation de programmes, l'un fixe et l'autre mobile, selon des critères de coût, de couverture géographique, de suivi de participants, et de capacité à générer une demande et à y répondre. Cette étude a révélé qu'une combinaison des deux modèles en fonction des besoins et la localisation des populations-cibles (urbaines ou rurales), était possiblement la méthode la plus effective.

La réalisation des circoncisions par du personnel paramédical, apparaît comme une stratégie viable et effective pour pallier au manque de chirurgien, premier poste budgétaire des services de CMMV, et aux problèmes d'épuisement professionnel de ceux-ci. Au Kenya par exemple,

Avec le traitement précoce et la prévention de la transmission du virus de la mère à l'enfant, la circoncision masculine médicalisée volontaire était l'un des objectifs les plus fondamentaux



Activistes anticircconcision devant le Palais des congrès

le transfert de compétences a été implémenté en 2008 dans le programme national de CMMV. Trois ans plus tard, plus de 99 % des CMMV avaient été effectuées par des infirmiers et officiers médicaux, avec un taux d'événements adverses à hauteur de 2 %, similaire à celui obtenu par les chirurgiens. Ce transfert n'affecte donc pas la qualité des services, quoique des efforts doivent être mis en œuvre pour augmenter le suivi post-opératoire.

Quelle alternative à la chirurgie ?

La mise en place de services délivrant une intervention chirurgicale implique, on l'a vu, des contraintes organisationnelles non optionnelles (environnement stérile, anesthésie, personnel un minimum qualifié). Au moins autant que pour n'importe quelle chirurgie, l'appréhension, on le comprend aisément, paralyse une partie des hommes pourtant enclins à se faire circoncire. Le développement et la validation de méthodes alternatives, aussi efficaces que la chirurgie pour l'ablation du prépuce, sont donc dans la perspective des institutions impliquées dans la généralisation de la CMMV en Afrique subsaharienne. Deux dispositifs sont actuellement en cours de qualification par l'OMS, procédure indispensable avant toute généralisation de leur utilisation. Cette qualification implique nécessairement une évaluation en trois étapes dans

deux pays-cibles différents : une étude d'innocuité, un essai comparant la procédure à la chirurgie « classique », et une évaluation de la mise en œuvre en conditions réelles.

Ainsi, la méthode PrePex, de parenté américaine, s'enorgueillit de ne nécessiter ni anesthésie, ni environnement stérile, ni suture, ni personnel médical. En pratique, elle consiste en un élastique qui vient comprimer la peau contre un anneau en plastique glissé en dessous du prépuce. Après sept jours, le prépuce nécrosé faute de vascularisation peut être réséqué sans douleur à l'aide d'une simple paire de ciseaux. Une seconde visite pour cette résection est pour le moment de mise. La cicatrisation complète a lieu après une trentaine de jours. Évalué au Rwanda et au Zimbabwe, le PrePex a pour l'heure montré de bons résultats. Au Rwanda, la procédure est en cours de déploiement après le succès des trois phases de l'évaluation. Brieèvement, l'étude de mise en œuvre en conditions réelles, présentée à la conférence, ne montrait que 0,85 % d'effets secondaires lorsque l'intervention était réalisée par des duos d'infirmiers ayant reçu trois

Il est indéniable qu'en tant que mères, sœurs, épouses et partenaires, les femmes sont à la fois des acteurs et des agents importants, mais trop souvent négligés, dans la mise en place de ces programmes

jours de formation. A la fin de l'enquête, le temps moyen de réalisation de la procédure (en comptant la pose et le retrait du dispositif) était de quatre minutes et trente-neuf secondes. La douleur, évaluée sur une échelle de 10 points, était maximale au moment du retrait avec un score moyen de 3. Ces résultats tendent à être confirmés au Zimbabwe, dont la troisième phase de l'évaluation devait finir au mois d'octobre 2012.

L'autre dispositif, nommé Shang Ring est déjà utilisé en Chine dans le traitement des phimosis ou autres pathologies du prépuce depuis plusieurs années. Son efficacité et son innocuité dans le cadre de la circoncision avaient donc déjà été évaluées dans d'autres contextes. Il s'agit cette fois de deux anneaux en plastique, utilisés pour clamper le prépuce avant d'en couper la peau en aval. La procédure, plus rapide qu'une intervention classique, nécessite néanmoins une anesthésie locale et un environnement stérile. L'anneau est laissé entre sept et dix jours. Le résultat en termes esthétiques du Shang Ring semble

être avancé comme l'un de ces avantages principaux. Son utilisation dans le contexte de la généralisation de la CMMV en Afrique subsaharienne est en cours d'évaluation au Kenya et en Zambie. La première phase a pu confirmer une utilisation sûre et acceptable dans cet autre contexte. Les résultats

de la comparaison à la technique classique, accomplie en 2011, étaient présentés à la conférence. La douleur est similaire à celle occasionnée par la chirurgie, de même que le taux d'effets secondaires. Le temps d'intervention (y compris de retrait de l'anneau) est diminué de moitié, alors que la cicatrisation s'avère être plus longue d'environ cinq jours.

Appropriation nationale et leadership

Le succès de la CMMV comme méthode de prévention contre le VIH ne dépend pas seulement de l'optimisation de l'offre et de la demande. D'autres facteurs, principalement politiques et structurels, lui

sont aussi indispensables. Ainsi, l'appropriation nationale, le leadership politique, la mobilisation de ressources, à la fois financières, logistiques et humaines, et l'engagement des principaux acteurs communautaires, ont été soulignés par le discours d'Hillary Clinton et souvent repris dans les discussions sur la CMMV, et la prévention du VIH en général dans les pays du Sud.

L'une des sessions phares autour de la CMMV a regroupé une sélection prestigieuse de « Champions for an HIV-free génération » africains. Ces intervenants, personnalités politiques, leaders traditionnels, et acteurs sociaux, représentant le Kenya, l'Ouganda, la Zambie, le Zimbabwe et la Tanzanie, ont partagé leurs expériences et leur perspectives sur la généralisation de la CMMV en Afrique et dévoilé leur vision pour le futur de l'intervention et son accélération. Un jeune activiste ougandais de 30 ans a décrit sa circoncision récente dans un centre de CMMV établi à Kampala et les raisons qui l'ont motivé à prendre cette décision. Un député zimbabwéen, circoncis il y a quelques mois avec 23 autres parlementaires dans le cadre d'une campagne de promotion de la CMMV, a décrit son engagement et celui de son gouvernement. Le rôle des femmes et des relations de genres, ainsi que la position des leaders traditionnels ont tenu une place importante dans les discussions. Les « champions » ont réitéré leur engagement, et rappelé les conditions nécessaires pour atteindre ensemble l'objectif des 80 % de couverture par la circoncision en Afrique australe et de l'est. Leurs conclusions résument parfaitement l'esprit de la conférence quant à l'utilisation des moyens de prévention du VIH : appropriation nationale, volonté politique, leadership fort et coordination des officiels de santé, stimulation de la demande au travers de l'engagement communautaire, mobilisation des ressources financières suffisantes pour les services, accompagnement et suivi des interventions pour s'assurer de la bonne utilisation de ces ressources et équilibrer l'offre et la demande.

Références

Impact de la CMMV appliquée à grande échelle

Reed J.B. et al., « Male circumcision in Swaziland: demographics, behaviours and HIV prevalence »

Mehta S. et al., « The efficacy of medical male circumcision against HIV acquisition at 66 months post-procedure in Kisumu, Kenya »

Auvert B. et al., « Decrease of HIV prevalence over time among the male population of Orange Farm, South Africa, following a circumcision roll-out » (ANRS)

Services de CMMV : porte d'entrée vers la santé reproductive

Nhlapo C. et al., « Voluntary medical male circumcision (VMMC) as an entry point for other male reproductive health services »

Searle C. et al., « Reaching young men with prevention, care and treatment through public sector voluntary medical male circumcision services in a high HIV prevalence province in South Africa »

Compensation de risque

Pavin M. et al., « HIV risk behaviours among men recently circumcised »

Westercamp N. et al., « Risk compensation following male circumcision: a cause for concern? Results from a prospective cohort study of circumcised and uncircumcised men in Nyanza Province, Kenya »

Communication, connaissance-attitude-pratique et déterminants de la demande chez les hommes

Kisakye A. et al., « Determinants of willingness to be medically circumcised for HIV prevention among adult men in Jinja district, Uganda »

Busang L. et al., « Reasons for not getting circumcised and willingness to get circumcised »

Zimulinda E., « Promoting acceptance and uptake of voluntary medical male circumcision (VMMC) in mobile populations: a US Department of Defense (DOD) success story of the Rwanda defense forces (RDF) »

Simbayi L.C. et al., « Prevalence and acceptability of medical male circumcision in South Africa »

Mashimbye L. et al., « Male circumcision in South Africa: knowledge, disinhibition and timing »

Galvao L.W. et al., « A baseline random household survey of male circumcision prevalence, knowledge and attitudes of adults in rural Kasungu district, central Malawi »

Chingondole C.K. et al., « A qualitative study of men's perceptions of medical male circumcision (MMC) at Caluza community, Kwazulu-Natal »

Darbes L. et al., « Attitudes towards child and adult male circumcision among a community-based sample of heterosexual couples in Soweto, South Africa »

Sigirenda S. et al., « Acceptability of safe male circumcision among HIV high risk fishing communities along Lake Victoria: a qualitative study »

Vembo O.J. et al., « Door-to-door mobilisation for circumcision, Zimbabwe »

Ndondo H.M. et al., « Acceptability of male circumcision as a strategy for HIV prevention in Tsholotsho District, Zimbabwe »

Les femmes, les couples et la CMMV

Agot K. et al., « We too are shareholders: why women must be meaningfully involved in the rollout of medical male circumcision in Africa »

Odoyo-June E. et al., « Sex before wound healing and condom use among newly circumcised HIV-positive and HIV-negative men in Kisumu, Kenya »

Wawire S., « Male circumcision and the female question: do women benefit in the promotion of male circumcision for HIV/AIDS prevention? »

Chikutsa A., « "Preventing HIV from who?" Women's perceptions on male circumcision for HIV prevention in Zimbabwe »

Kaunda B.N. et al., « Couples' voices on medicalised male circumcision (MMC) polemics and masculinities in southern Malawi: an anthropological study »

Ocero A.A. et al., « A gender-based approach for expanding and integrating male medical circumcision in northern Uganda »

Abuor P. et al., « Changes in preferences, beliefs and sexual behaviours among women after two years of exposure to the voluntary medical male circumcision (VMMC) program in Kisumu, Kenya »

OkeyoAdipo T. et al., « What women think about male circumcision: perceptions of female partners of recently circumcised men in Nyanza province, Kenya »

Layer E.H. et al., « "He is proud of my courage to ask him to be circumcised": experiences of female partners of male circumcision clients in Iringa Region, Tanzania »

Layer E.H. et al., « "After my husband's circumcision, I know that I am safe from diseases": women's attitudes and risk perceptions towards male circumcision in Iringa, Tanzania »

Nouveaux-nés et nourrissons

Westercamp M. et al., « Changes in sources of information and perceptions of safety and infant circumcision among women and uncircumcised men in Kisumu, Kenya: results from sequential population-based surveys »

Taljaard D. et al., « Feasibility of circumcising male infants in Soweto and Orange Farm, South Africa: why would parents circumcise their infants? »

Young M.R. et al., « Infant male circumcision for HIV prevention in Nyanza Province, Kenya: safety and outcomes »

Optimiser l'offre

Bertrand J. et al., « Determinants of VMMC provider burnout in four sub-Saharan countries »

Bertrand J. et al., « Implementation of VMMC efficiency elements in four sub-Saharan countries: service delivery methods and provider attitudes »

Mwandi Z. et al., « Service delivery trends in Kenya's voluntary medical male circumcision scale-up »

Soboil N. et al., « A comparative analysis of two high-volume male medical circumcision (MMC) operational models with similar service delivery outcomes in different settings within Gauteng and KwaZulu-Natal provinces in South Africa: urban Centre for HIV/AIDS Prevention Stud »

Sekavuga B.D. et al., « Setting up a medical male circumcision roll out program for HIV/AIDS prevention in resource-limited settings: the experiences of the Infectious Diseases Institute (IDI), Kampala, Uganda »

Menon V. et al., « Scaling-up male circumcision in Tanzania yields cost benefits for HIV prevention »

Adesina A. et al., « Using stochastic frontier analysis to estimate the efficiency of medical male circumcision programs »

Pavin M. et al., « Task shifting to non-physician clinicians to support adult male medical circumcision scale-up in Kenya »

Ndwapi N. et al., « Improving efficiency in project implementation through a PEPFAR-funded initiative to strengthen governance of Ministry of Health programs »

Ndifuna M. et al., « Moving from tens to thousands: how using multiple approaches in east central Uganda is rapidly scaling-up voluntary male medical circumcision in traditionally non-circumcising areas »

Ocero A.A. et al., « Scaling-up medical male circumcision (MMC) for HIV prevention in a non-circumcising community »

Ross D. et al., « Rapid and effective implementation of high-volume high-quality medical male circumcision in KwaZulu-Natal, South Africa »

Sakallah S. et al., « For voluntary medical male circumcision (VMMC), analysis shows advantages in cost and logistics of disposable kits compared to reusable kits »

Les nouveaux dispositifs

Hart C. et al., « Ease of Shang Ring method potential key to scale-up of male circumcision in Africa »

Obiero W. et al., « Comparing costs of introducing the PrePex device into routine male circumcision for HIV prevention programming in Kenya versus the forceps-guided method »

Mutabazi V. et al., « A prospective, randomized, non-masked trial of adult male circumcision comparing a surgical technique to a non-surgical device in resource-limited settings »

Sokal D.C. et al., « Randomized controlled trial of the Shang Ring versus conventional surgical techniques for adult male circumcision in Kenya and Zambia »

Vincent M. et al., « One arm, open label, prospective, cohort field study to assess the safety and efficacy of the PrePex device for scale-up of non-surgical circumcision when performed by nurses in resource-limited settings for HIV prevention »