

La circoncision dans la prévention du VIH

Dossier de synthèse documentaire et bibliographique

Janvier 2012

SOMMAIRE

LA CIRCONCISION, MOYEN INDIVIDUEL DE REDUCTION DES RISQUES SEXUELS	3
Débuts de l'intérêt scientifique pour la circoncision en prévention du VIH	3
Une efficacité démontrée sur le risque de transmission du VIH de la femme à l'homme	4
Enthousiasme contre scepticisme	4
Des mécanismes physiologiques encore incertains	6
LA CIRCONCISION, STRATEGIE DE SANTE PUBLIQUE	6
L'impact de la circoncision sur l'incidence et la prévalence du VIH	6
La circoncision coût-efficace	7
L'impact de la circoncision masculine sur les femmes	9
Un outil pertinent pour les pays du Nord ?	10
CONCLUSION	11
BIBLIOGRAPHIE	12

La circoncision, pratiquée pour des raisons rituelles ou religieuses dans certaines populations, est connue depuis l'Égypte antique. Promue à la fin du 19^{ème} siècle en Angleterre pour des raisons puritaines, elle se développe dans les pays anglosaxons pour des raisons hygiénistes au cours du 20^{ème} siècle, en particulier aux États-Unis. La circoncision est également pratiquée pour des raisons médicales en cas de phimosis, quand l'anneau du prépuce resserré ne recouvre plus le gland, pathologie souvent acquise suite à une infection ou à un traumatisme local lors d'une tentative de décalotter. La circoncision consiste en l'ablation totale ou partielle du prépuce laissant le gland du pénis à découvert. Le terme de « circoncision féminine » est parfois employé à mauvais escient pour désigner une mutilation génitale, l'ablation totale ou partielle du clitoris.

La circoncision représente une tradition religieuse dans le judaïsme et l'islam. Dans les pays occidentaux, des mouvements anti-circoncision pour l'intégrité physique ont vu le jour à la fin du 20^{ème} siècle et ont fait diminuer l'adhésion à une circoncision prophylactique. Dans de nombreux pays du monde, elle reste très marginale. En 2009, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 30% de la population masculine mondiale serait circoncise.

LA CIRCONCISION, MOYEN INDIVIDUEL DE REDUCTION DES RISQUES SEXUELS

Débuts de l'intérêt scientifique pour la circoncision masculine en prévention du VIH

Les premières publications suggérant un effet protecteur de la circoncision pour la transmission de l'infection à VIH datent du milieu des années 80 où certains auteurs évoquent l'importance de lésions cutanées après balanites (infections du prépuce) et phimosis qui favorisent la transmission du VIH, infections que l'on ne retrouve pas dans les populations circoncises.

L'étude de Cameron à Nairobi en 1989 [5], auprès d'hommes ayant des relations avec un groupe de prostituées kényanes dont 85% étaient infectées par le VIH, montre un taux plus important de transmission du VIH de la femme à l'homme en présence d'une IST et d'un ulcère génital, taux qui augmente encore chez les hommes non circoncis.

En 2003, Siegfried dans la revue Cochrane [20], reconnaît une association épidémiologique forte entre la circoncision et la prévention du VIH, en particulier parmi les populations très fortement exposées, mais l'article pointe le manque de fiabilité des données disponibles dû aux limites méthodologiques des études observationnelles et recommande la mise en place d'études expérimentales randomisées, élargies à la population générale, et prenant mieux en compte les facteurs comportementaux et sexuels.

Globalement, la communauté scientifique se montre sceptique quant à un impact préventif qui, à l'époque, paraît encore inférieur aux éventuelles complications post-opératoires et au coût que supposerait une généralisation de la circoncision.

Une efficacité démontrée sur le risque de transmission du VIH de la femme à l'homme

- En 2005, les résultats de l'essai ANRS 1265, coordonné par AUVERT [1], mené à Orange Farm en Afrique du Sud, montre un effet protecteur de la circoncision de l'homme adulte pour l'infection à VIH. Essai concernant plus de 3 000 hommes de 18 à 24 ans, randomisés en 2 groupes, l'un bénéficiant d'une circoncision médicalisée, l'autre non, information sur la prévention et préservatifs étant fournis aux 2 groupes. Le nombre d'hommes qui se sont infectés était 3 fois moins important dans le groupe circoncis avec un suivi de 18 mois et l'essai a été arrêté après l'analyse intermédiaire, recommandant de proposer la circoncision pour le groupe 2.

- En 2006, la modélisation proposée par WILLIAMS [25] pour l'OMS suggère que la circoncision universelle en Afrique subsaharienne pourrait réduire de 5,7 millions le nombre de nouvelles infections à VIH et de 3 millions le nombre de décès au cours des vingt prochaines années. Parallèlement, cela augmenterait la proportion de femmes parmi les personnes infectées de 52 à 58%. Ceci est surtout vrai dans la partie la plus au Sud de l'Afrique, ces pays ne pratiquant pas la circoncision alors qu'en Afrique de l'Ouest où la circoncision est courante, la prévalence du VIH est beaucoup moins importante.

- En 2007, deux autres essais randomisés confirment ces résultats.

L'essai mené par GRAY [9] dans le district de Rakai en Ouganda auprès de 5 000 hommes séronégatifs âgés de 15 à 49 ans. Les résultats montrent que le nombre d'infections à VIH contractées pendant la période de deux ans est 2 fois moins importante dans le groupe circoncis que dans l'autre groupe. Les auteurs en concluent que la circoncision réduit l'incidence de l'infection à VIH chez les hommes.

L'autre essai, conduit par BAILEY à Kisumu au Kenya [3], auprès de 2 800 hommes de 18 à 24 ans, montre une réduction du risque d'acquisition du VIH de 53% sur la période de deux ans. Cet essai précise que l'on n'a noté aucune augmentation de comportement à risque dans le groupe ayant bénéficié d'une circoncision. Les auteurs concluent que là où la circoncision peut être pratiquée de façon sûre, volontaire, appropriée et abordable, elle devrait être intégrée aux dispositifs de prévention.

Ces essais randomisés font date dans la mesure où ils établissent de manière scientifique le lien entre circoncision et réduction de la contamination par le VIH chez les hommes lors de rapports hétérosexuels. La circoncision commence à être envisagée comme une stratégie additionnelle de prévention dont l'application à grande échelle serait susceptible d'impacter l'épidémie des pays d'Afrique sub-saharienne.

Enthousiasme contre scepticisme

Ces résultats conduisent l'OMS et l'ONUSIDA à recommander en 2007, après la consultation de Montreux, la circoncision de l'adulte comme stratégie de prévention additionnelle contre le VIH dans les communautés ayant une forte prévalence du VIH et une faible prévalence de la circoncision [18].

Les deux organisations rappellent néanmoins que la circoncision ne doit pas se substituer aux autres méthodes de prévention du VIH à l'efficacité reconnue, notamment l'utilisation de préservatifs et la mise sous traitement.

Même si les résultats des essais non pas été remis en question, leur forte médiatisation ainsi que les recommandations rapides émises par l'OMS et l'ONUSIDA ont suscité de nombreuses réactions et interrogations.

La durée moyenne de suivi de ces essais (18 mois) et la persistance de contaminations, y compris parmi les hommes circoncis, amènent certains observateurs à s'inquiéter d'une possible augmentation des prises de risque chez des personnes se croyant à tort protégées par la circoncision. Si l'homme circoncis a moins de risques de s'infecter, une exposition répétée sur la durée pourrait niveler la différence et conduire tôt ou tard à une contamination.

Témoigne de ce scepticisme, un avis de 2007 du Conseil National du Sida (CNS) qui voit dans la circoncision une modalité discutable de réduction des risques de transmission du VIH [6]. Car s'il reconnaît la circoncision comme un outil de réduction des risques possible dans des situations spécifiques, le CNS considère qu'elle soulève aussi un ensemble de questions quant à sa mise en œuvre et sa place dans les stratégies de santé publique. Pour le CNS, il est essentiel que la circoncision s'intègre dans un dispositif incluant le recours au dépistage, l'accès aux soins et aux traitements antirétroviraux pour les personnes contaminées, associé à un programme d'éducation et d'information en faveur d'un changement de comportement sexuel visant à promouvoir le recours au préservatif pour l'ensemble de la population. Selon le CNS, la circoncision n'offrant qu'une protection partielle, elle est un outil de réduction des risques sexuels dans les régions endémiques mais non un moyen de prévention individuel en tant que tel et ne doit donc pas être promue isolément.

Dans leur rapport sur la réduction des risques sexuels de 2010 [12], Gilles PIALOUX et France LERT partagent les mêmes interrogations notamment sur l'impact d'une circoncision généralisée sur l'infection à VIH chez les femmes et sur le risque d'abandon du préservatif ou de changements de comportements sexuels du fait d'un sentiment de sécurité erroné.

Cependant, ces craintes quant à une éventuelle « compensation du risque » s'expriment à chaque fois qu'une nouvelle méthode de prévention apparaît et l'ONUSIDA rappelle qu'il n'existe pas de méthode de prévention unique offrant une protection totale.

Si dans les enquêtes observationnelles et l'essai d'Orange Farm, une légère augmentation des prises de risques sexuels des personnes suite à leur circoncision a pu être observée, ce relâchement des comportements n'a pas été confirmé dans les deux essais randomisés et les études plus récentes. Il apparaît au contraire dans les études africaines que la proposition de circoncision, quand elle est associée à de l'information, du conseil et de l'incitation au dépistage, permet de diminuer les comportements à risque.

Pour autant, le bénéfice de la circoncision reste soumis à un certain nombre de précautions : circoncision réalisée par des professionnels médicaux qualifiés, conditions d'hygiène irréprochables, strict respect des recommandations liées à la période de cicatrisation, diffusion de messages adaptés, accès aux autres moyens de protection, etc. Les conditions offertes aux participants des essais randomisés ont été optimales tant en termes de réalisation technique que d'offre d'information, de counseling intense, de gratuité des soins et de traitement des IST ; on peut souligner la difficulté de fournir hors protocole de recherche et sur le long terme un tel niveau de prise en charge.

Les données issues des essais randomisés montrent notamment 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.

Des mécanismes physiologiques encore incertains

Les mécanismes physiologiques qui pourraient expliquer la diminution de pénétration du VIH après circoncision sont encore hypothétiques.

Certains ont évoqué la kératinisation et l'épaississement de l'épithélium du gland après la circoncision pour expliquer la protection induite.

Lors de la Conférence Internationale sur le Sida de Vienne en 2010, FAUCI, Directeur du National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID) a présenté les travaux sur les nouveaux concepts de la pathogénèse VIH [7]. Parmi les différentes hypothèses sur les mécanismes de prévention de la transmission hétérosexuelle du VIH dans la circoncision, il retient l'augmentation de la kératinisation du gland suite à la circoncision qui diminue ainsi les sites de pénétration du VIH au niveau du sexe masculin.

Partant du principe que la surface du prépuce joue un rôle dans la pénétration du VIH, puisque la transmission diminue après circoncision, en 2011, une équipe de l'Institut Cochin propose deux modèles de l'épithélium du prépuce qui expliquent le mécanisme de protection de la circoncision avec un rôle particulier des cellules de Langherans [8].

LA CIRCONCISION, STRATEGIE DE SANTE PUBLIQUE

L'impact de la circoncision sur l'incidence et la prévalence du VIH

Si la circoncision a montré jusque-là son intérêt sur la transmission du VIH de la femme à l'homme, il faudra attendre les résultats de l'étude ANRS 12126 menée de 2007 à 2010 dans le bidonville d'Orange Farm, en Afrique du Sud pour mesurer clairement son impact sur l'incidence et la prévalence du VIH. Cette étude portant sur une population de 110 000 adultes a proposé la circoncision médicale et gratuite à tous les hommes âgés d'au moins 15 ans et 20 000 circoncisions ont été pratiquées. Au sein de la population étudiée, la proportion d'hommes circoncis est passée de 16% à 50% parmi les 15-49 ans, avec un pic à 59% chez les 15-24 ans.

Les résultats présentés par AUVERT [2] à la conférence de l'IAS à Rome en juillet 2011, montrent une réduction de 76% de l'incidence du VIH et une réduction de 55% de la prévalence du VIH chez les hommes circoncis. Les chercheurs montrent que si aucun homme n'avait été circoncis dans cette communauté pendant cette période, la prévalence du VIH aurait été en 2011 de 25% plus élevée et l'incidence du VIH de 58% plus élevée. Cette étude établit donc que la circoncision pratiquée à grande échelle joue un rôle efficace sur l'incidence et la prévalence du VIH dans les pays à forte endémie.

Par ailleurs, l'étude confirme qu'aucun changement dans les pratiques sexuelles n'a été observé à l'échelle de la communauté (110 000 habitants dans le bidonville). Une utilisation régulière du préservatif est rapportée tant par les hommes que par les femmes.

L'étude menée par WESTERCAMP [24] auprès de la population de Kisumu, au Kenya, ne montre pas non plus d'augmentation des prises de risques sexuels chez les hommes circoncis.

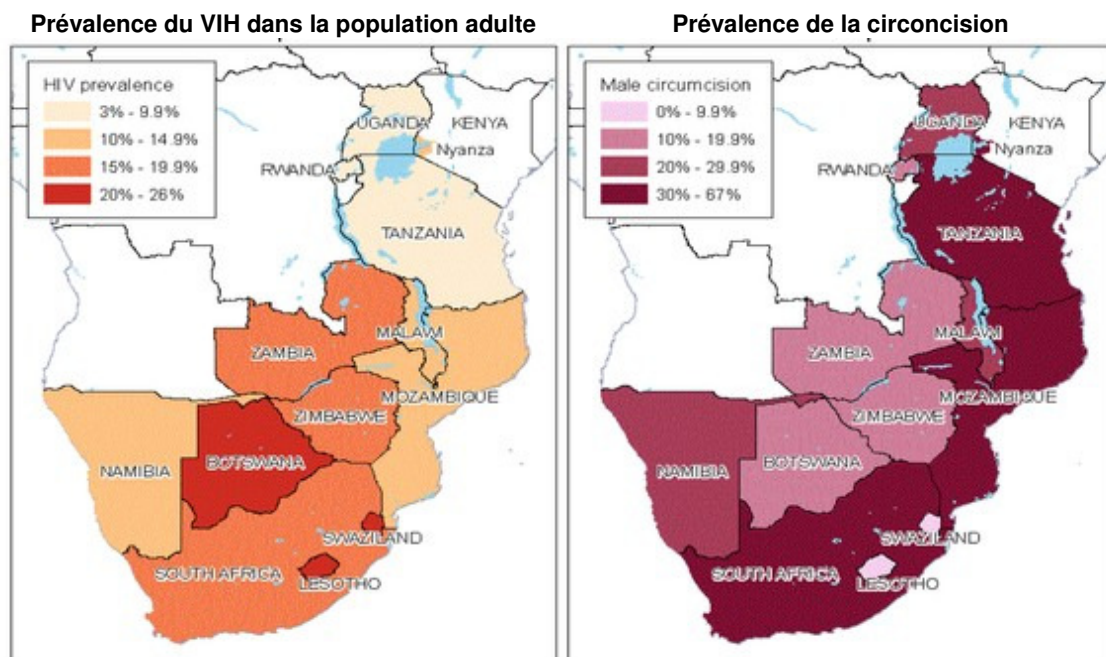
D'un outil de réduction des risques individuel, la circoncision peut donc désormais être envisagée comme une stratégie efficace à l'échelle communautaire pour impacter significativement la dynamique de l'épidémie.

La circoncision coût-efficace

Une méta analyse de tous les essais et études sur la circoncision, d'un point de vue économique, réalisée par UTHMAN [21] montre que toutes les évaluations amènent à la même conclusion : la circoncision est coût-efficace, et même potentiellement source d'économies, pour la prévention de la contamination hétérosexuelle masculine. Elle doit être considérée comme une nouvelle stratégie prometteuse pour la prévention du sida et doit être ajoutée aux méthodes de prévention classiques.

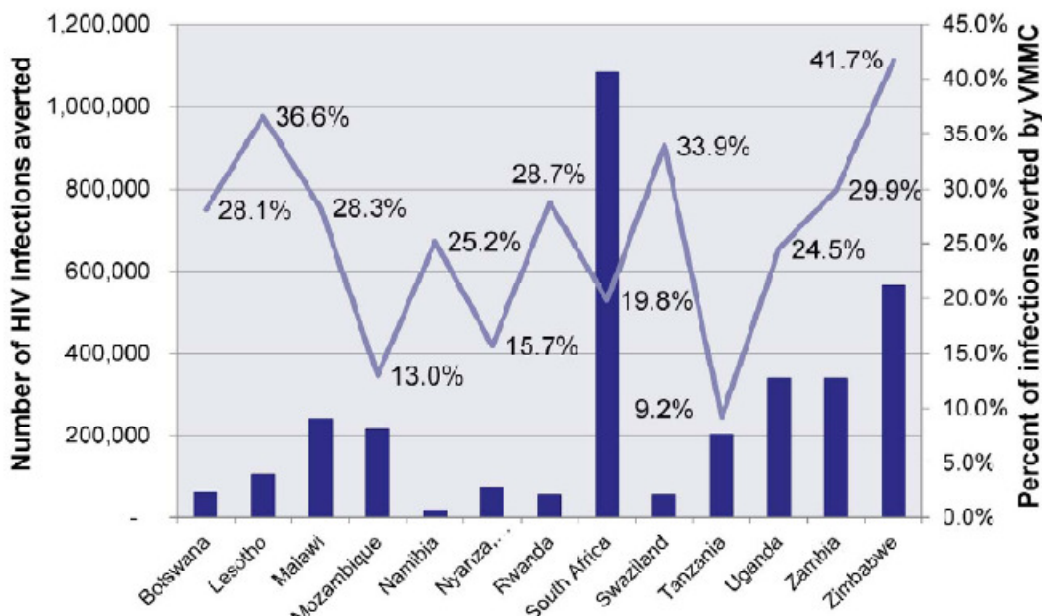
Comme l'avait montré MOSES [16] dès 1990 sur des données épidémiologiques, d'autres auteurs reprennent en comparaison la distribution géographique de l'infection à VIH en Afrique et la prévalence de la circoncision.

NEUJHMELI montre dans une étude sur 13 pays du Sud et de l'Est de l'Afrique, les plus touchés par l'épidémie de sida, que la circoncision à grande échelle permettrait de réduire la prévalence du VIH et coûterait moins cher aux services de santé grâce aux soins VIH non dispensés [17].



Considérant la circoncision comme un outil de prévention essentiel dans ces zones à très forte prévalence, les auteurs construisent un modèle économique pour une couverture de

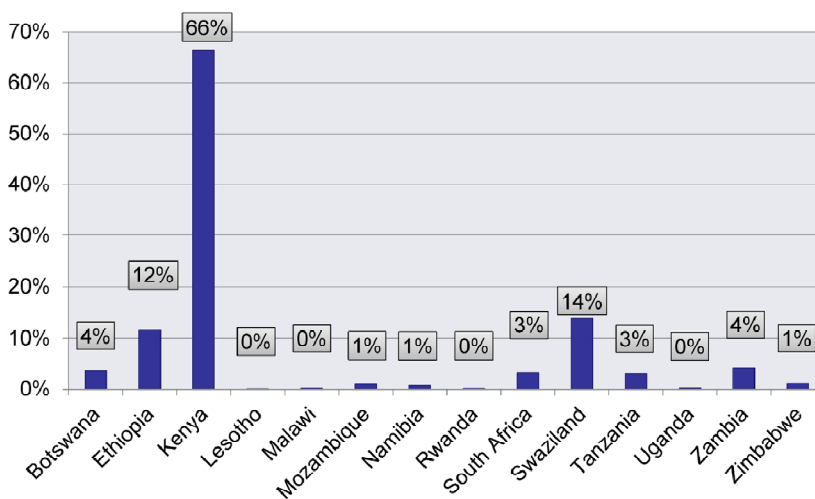
80% de la population masculine d'ici à 2015. Cela représenterait un investissement d'1,5 milliard de \$, soit un coût moyen de 14 \$ par personne. Comparée au coût estimé d'un traitement à vie dans les pays du Sud (7 400 \$ par personne), la stratégie de circoncision à grande échelle, en évitant 3,4 millions de contaminations supplémentaires d'ici 2025, représenterait une économie à long terme de 16,5 milliards de \$. La modélisation met donc en évidence que la circoncision est non seulement coût-efficace mais qu'elle est même source d'économies considérables [11].



Nombre de cas et % d'infections à VIH évitées entre 2011 et 2025 par le développement des programmes de circoncision jusqu'à 80% de la population masculine en 5 ans [11]

Les auteurs rappellent les conditions nécessaires à l'efficacité de cette stratégie :

- Un taux de couverture fixé à 80% de la population masculine à horizon 2015 : l'atteinte de cet objectif supposerait de circoncire 20,3 millions d'hommes âgés de 15 à 49 ans. Or à ce jour, seul le Kenya fait état de 66% d'hommes circoncis parmi sa population, le taux de couverture dans les 12 autres pays concernés se situant entre 0 et 14%.



Taux actuel de couverture de la circoncision dans 13 pays d'Afrique [17]

- La mobilisation et l'optimisation des moyens humains à travers la formation, le redéploiement de compétences et l'accès à du matériel médical de qualité.
- La rapidité de mise en œuvre, dont dépendra directement l'impact de cette stratégie : les auteurs indiquent ainsi qu'un taux de couverture de seulement 50% ferait baisser le nombre de contaminations évitées de 3,4 millions à 1,1 million.
- Une volonté politique forte, l'engagement des acteurs et un investissement financier important à court terme.

Outre les moyens politiques, financiers, humains et matériels nécessaires à une prise en charge gratuite et des infrastructures de qualité, l'applicabilité de la circoncision à grande échelle suppose également de travailler sur l'adhésion des populations.

Ainsi, certaines communautés pratiquent depuis des siècles la circoncision dans un cadre rituel non médicalisé. Les conditions de sa réalisation, sans anesthésie ni suture, symbolisent le courage et prennent donc la signification d'un rite de passage à l'âge adulte. Dans ce type de communauté, les hommes non circoncis ou ayant bénéficié d'une circoncision à visée thérapeutique font l'objet de stigmatisation. L'étude de WAMBURA en Tanzanie [22] s'est intéressée à cette question et a mesuré l'acceptabilité d'une offre de circoncision médicalisée au sein d'une population pratiquant la circoncision traditionnelle : 97% des hommes et 94% des femmes se sont montrés favorables à la circoncision médicalisée pour leurs fils, avec majoritairement une préférence pour sa réalisation avant l'âge de douze ans. Il s'avère cependant que malgré ce taux considérable d'acceptation exprimé, les pratiques réelles ne s'en sont pas trouvées modifiées. Les auteurs de l'étude expliquent par la forte pression sociale ce décalage entre les préférences exprimées des personnes et la réalité de leur vécu au sein d'une communauté où plus de 63% des hommes ont été circoncis dans un cadre traditionnel. Les auteurs soulignent la nécessité d'utiliser cette préférence exprimée pour mobiliser la population lors de la mise en place de services pour une circoncision médicalisée.

L'estimation sur le coût de la mise en place d'une offre de circoncision à grande échelle dans les 13 pays d'Afrique de l'Est et du Sud publiée par BERTRAND [4] prend en compte la nécessaire sensibilisation des populations à travers des campagnes médiatisées et une éducation par les pairs.

L'impact de la circoncision masculine sur les femmes

Décriée par certains pour son caractère préventif unidirectionnel, la circoncision masculine peut-elle également jouer un rôle dans la transmission de l'homme à la femme dans des régions du monde où l'épidémie de VIH/sida est fortement féminisée?

L'équipe de GRAY à Rakai, a initié en 2007 un nouvel essai randomisé pour déterminer si la circoncision des hommes séropositifs pouvait avoir un rôle pour réduire la transmission du VIH chez leurs partenaires féminines. Publié en juillet 2009 dans le Lancet [23] par WAWER, cet essai a été arrêté prématurément pour d'autres raisons, mais à deux ans, la transmission du VIH était supérieure dans le bras circoncision par rapport à l'autre groupe.

Utilisant deux modèles mathématiques représentant l'épidémie de VIH au Zimbabwe et au Kenya, HALLETT montre que la circoncision pourrait réduire de 46% le taux de

transmission de l'homme à la femme, cette réduction commençant deux ans après le début du programme [10].

Il s'agit là d'un argument supplémentaire en faveur d'une offre de circoncision généralisée dans les pays à forte prévalence : la circoncision serait un outil efficace à la fois sur le risque qu'ont les hommes d'être infectés et sur le risque qu'ont les hommes infectés de transmettre le VIH sur du long terme (pour mémoire l'essai de WAWER s'arrête à deux ans de suivi). Jusque-là, les études faisaient état uniquement d'un bénéfice secondaire indirect pour les femmes : grâce à la circoncision masculine, elles seraient potentiellement confrontées à moins de partenaires contaminés.

Toutes les études, en revanche, concordent à reconnaître le rôle essentiel des femmes dans l'acceptabilité et la promotion de la circoncision en tant que moyen de réduction des risques sexuels. Informées et convaincues de son intérêt préventif, les femmes constituent un relais important auprès des hommes afin d'encourager cette pratique mais aussi par le choix qu'elles peuvent faire pour leurs enfants.

Au terme des trois années d'expérimentation menées à Orange Farm dans l'essai ANRS 12126, les connaissances, attitudes et pratiques des femmes ont été évaluées au sujet de la circoncision médicalisée [13]. Un échantillon de 1 366 femmes de 15 à 49 ans ont été interrogées : près de 6 femmes sur 10 avaient compris l'objectif du projet et parmi elles, 96% le jugeaient bon pour la communauté. Une majorité de femmes (88,3%) était informée du fait que la circoncision ne protège que partiellement l'homme d'une contamination.

Ces résultats encourageants doivent inciter à approfondir l'évaluation de l'adhésion de la population féminine à cette nouvelle mesure de prévention que constitue la circoncision et à développer des stratégies de communication spécifiques en direction des femmes.

Un outil pertinent pour les pays du Nord ?

Selon l'OMS et l'ONUSIDA, la circoncision présente un grand intérêt pour les pays où la prévalence du VIH dépasse 15% dans la population générale (pays hyperendémiques) ou dans les zones qui connaissent une épidémie généralisée (prévalence entre 3% et 15%), quand le virus se propage principalement par voie hétérosexuelle et quand la population masculine est peu circoncise.

Dans les zones où la prévalence est plus faible dans la population générale, notamment quand l'épidémie est concentrée sur certains groupes à risque comme les professionnel(le)s du sexe, les usagers de drogues par voie intraveineuse ou les hommes ayant des rapports sexuels entre hommes, la promotion de la circoncision dans la population générale ne semble pas présenter d'intérêt en matière de lutte contre le VIH. Néanmoins, elle peut avoir un bénéfice individuel dans certains cas particuliers pour les hommes à risque élevé de contracter l'infection à VIH par voie hétérosexuelle comme les hommes dans les couples sérodiscordants.

En France, la situation épidémiologique dans la population hétérosexuelle ne justifie pas d'inclure la circoncision dans les stratégies préventives pour réduire le niveau de prévalence. Le rapport LERT et PIALOUX [12] pose la question de l'intérêt de la circoncision chez les Hommes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes (HSH).

Les rôles alternativement réceptif et insertif dans les rapports entre hommes semblent en limiter la portée d'emblée.

La méta-analyse publiée par MILLETT [15], dans le JAMA en 2008, reprend 15 études observationnelles regroupant près de 55 000 HSH dont 52% étaient circoncis. Elle montre un taux d'infection à VIH moins important dans le groupe circoncis mais cette différence n'est pas significative.

Une étude conduite en Ecosse par MC DAID [14] s'est attachée à explorer la pertinence d'élargir la recherche sur l'intérêt préventif de la circoncision à la population HSH. Parmi les 1 500 hommes recrutés, 16,6% étaient circoncis. La prévalence du VIH était similaire entre circoncis (4,2%) et non circoncis (4,6%) et on note un souhait très faible de participer à une recherche ; seulement 11% des hommes non circoncis seraient intéressés. La faisabilité d'une recherche randomisée dans les pays où la prévalence du VIH est faible et la pratique de la circoncision peu répandue ne semble pas possible actuellement.

Les données actuellement disponibles ne plaident donc pas en faveur de l'élaboration de recommandations autour de la circoncision en prophylaxie dans les pays du Nord, y compris à l'intention des minorités exposées.

CONCLUSION

Du fait de sa protection partielle, la circoncision en prévention du VIH, même à large échelle, ne saurait se substituer aux enjeux de l'accès universel au dépistage et aux traitements en Afrique subsaharienne qui concentre 68% des personnes vivant avec le VIH.

Bien que l'accès aux traitements ait été renforcé ces dernières années, fin 2010 seuls 6,6 millions de personnes recevaient un traitement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire sur les 14,2 millions de personnes pour qui il était indiqué, soit 47% (+ 1,4 M depuis fin 2009). En 2010, le nombre de nouvelles personnes infectées (2,7 M) est toujours deux fois supérieur au nombre de nouvelles personnes (1,4 M) accédant au traitement, alors que celui-ci est aujourd'hui envisagé comme un outil de prévention à part entière susceptible d'infléchir la courbe de l'épidémie.

Il n'en reste pas moins que les avantages offerts par la circoncision – coût minime, réalisable en une fois, à tout âge et pour la durée de la vie – ouvrent de nouvelles perspectives dans les pays durement touchés où les traitements restent encore insuffisamment disponibles.

Le rapport de situation de l'ONUSIDA fin 2011 [19] rapporte que 555 000 hommes ont été circoncis dans les pays prioritaires d'Afrique subsaharienne de 2008 à 2010. Les progrès en vue d'atteindre l'objectif de 80% de circoncision chez les hommes de 15 à 49 ans sont encore très limités dans la plupart des pays puisqu'il faudrait atteindre 21 000 000 de circoncisions pour cet objectif.

Les stratégies relatives à la circoncision seront d'autant plus efficaces si elles s'inscrivent dans la complémentarité des autres moyens de prévention existants, dans une approche globale incluant : offres de services de santé, dépistage et counseling, diagnostic et

traitement des IST, diffusion et promotion du préservatif, accès à l'information, éducation à la sexualité, accès aux droits, accès aux traitements.

Dans un contexte de diminution de l'aide internationale au financement de la lutte contre le VIH/sida, et alors que l'accès universel aux soins paraît encore lointain, il faut veiller à ce que l'engagement des Etats en faveur de l'accès universel aux antirétroviraux ne soit pas abandonné dans les pays les plus pauvres au détriment d'une nouvelle politique de santé publique à bas coût.

BIBLIOGRAPHIE

Tous les documents référencés sont disponibles et consultables dans les deux centres de documentation du CRIPS Provence-Alpes-Côte d'Azur.

[1] AUVERT B, TALJAARD D, LAGARDE E et al.
Randomized controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk : the ANRS 1265 trial.
PLoS Medicine, 2005, vol.2, n°11, pp. 1112-1122

[2] AUVERT B, TALJAARD D, RECH D, et al.
Effect of the roll-out of male circumcision in Orange Farm (South Africa) on the spread of HIV (ANRS-12126)
Rome : 6th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention, 2011, Abstract WELBC02

[3] BAILEY RC, MOSES C, PARKER CB et al.
Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya : a randomized controlled trial
The Lancet, 2007, vol.369, pp. 643-656

BERNEDE M, N'SONDE V
Circoncision et VIH : dossier
Transversal, 2007, n° 37, pp. 16-21

[4] BERTRAND JT, NJEUHMELI E, FORSYTHE S, et al.
Voluntary Medical Male Circumcision: A Qualitative Study Exploring the Challenges of Costing Demand Creation in Eastern and Southern Africa
PLoS ONE, 2011, vol.6, n°11, e27562

[5] CAMERON DW, SIMONSEN JN, D'COSTA LJ et al.
Female to male transmission of human immunodeficiency virus type 1: risk factors for seroconversion in men
The Lancet, 1989, vol.334, n°8660, pp. 403-407

[6] CONSEIL NATIONAL DU SIDA
Avis sur la circoncision : une modalité discutable de réduction des risques de transmission du VIH
Paris : CNS, 2007, 5 p.

DE CENIVAL M
La circoncision côté féminin
TranscriptaseS, 2008, n°138, pp. 9-10

DE VINCENZI I, MERTENS T

Male circumcision : a role in HIV prevention ?

AIDS, 1994, vol.8, n°2, pp. 153-160

[7] FAUCI AS

New concepts in HIV/AIDS pathogenesis: implications for intervention

Vienne : XVIIIth International AIDS Conference, 2010, TUPL0101

FONTANET A

Quelle association entre l'absence de circoncision et l'infection à VIH ?

TranscriptaseS, 1994, n°25, pp. 14-16

[8] GANOR Y, BOMSEL M

HIV-1 Transmission in the Male Genital Tract

American Journal of Reproductive Immunology, 2011, vol.65, n°3, pp. 284-291

[9] GRAY RH, KIGOZI G, SERWADDA D et al.

Male circumcision for HIV prevention in young men in Rakai, Uganda : a randomized controlled trial

The Lancet, 2007, vol.369, pp. 657-666

[10] HALLETT TB, ALSALLAQ RA, BAETEN JM et al.

Will circumcision provide even more protection from HIV to women and men ? : new estimates of the population impact of circumcision interventions ?

Sexually Transmitted Infections, 2011, vol.87, n° 2, pp. 88-93

[11] HANKINS C, FORSYTHE S, NJEUHMELI E

Voluntary medical male circumcision : an introduction to the cost, impact, challenges of accelerated scaling up

PLoS Medicine, 2011, vol.8, n°11, 5 p.

KAHN JG, MARSEILLE E, AUVERT B

Cost-Effectiveness of Male Circumcision for HIV Prevention in a South African Setting

PLoS Medicine, 2006, vol.3, n°12, pp. 2349-2358

[12] LERT F, PIALOUX G

Mission RDRs : prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST

Paris : 2009, 357 p.

[13] LISSOUBA P, TALJAARD D, RECH D, et al.

Knowledge, attitudes and practices of women towards male circumcision after three years of roll-out in Orange Farm, South Africa

Rome : 6th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention, 2011, Abstract TUPE379

LYDIE N

Les nouvelles données sur la circoncision

TranscriptaseS, 2008, n°138, pp. 7-9

[14] MC DAID LM, WEISS HA, HART GJ

Circumcision among men who have sex with men in Scotland: limited potential for HIV prevention

Sexually Transmitted Infections, 2010, vol. 86, pp. 404-406

- [15] MILLET GA, FLORES SA, MARKS G et al.
Circumcision status and risk of HIV and sexually transmitted infections among men who have sex with men : a meta-analysis
 JAMA, 2008, vol.300, pp. 1674-1684
- MINISTRY OF PUBLIC HEALTH AND SANITATION - NATIONAL AIDS AND STI CONTROL PROGRAMME
Progress report on Kenya's voluntary medical male circumcision programme, 2008-09 summary
 Nairobi : Ministry of Public health and sanitation, 2010, 16 p.
- [16] MOSES S, BRADLEY JE, NAGELKERKE NJ, et al.
Geographical patterns of male circumcision practices in Africa: association with HIV seroprevalence
 International Journal of Epidemiology, 1990, vol.19, n°3, pp. 693-697
- [17] NJEUHMELI E, FORSYTHE S, REED J,
Voluntary Medical Male Circumcision: Modeling the Impact and Cost of Expanding Male Circumcision for HIV Prevention in Eastern and Southern Africa
 PLoS Medicine, 2011, vol.8, n°11, e1001132
- [18] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, ONUSIDA
Nouvelles données sur la circoncision et la prévention du VIH : conséquences sur les politiques et les programmes - Consultation technique de l'OMS et de l'ONUSIDA, Montreux, 6-8 mars 2007, Conclusions et recommandations
 Genève : OMS, Onusida, 2007, 12 p.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, ONUSIDA
Progress in male circumcision scale-up: country implementation and research update June
 Genève : OMS, Onusida, 2010, 26 p.
- [19] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, ONUSIDA, UNICEF
La riposte mondiale au VIH/sida - Les points sur l'épidémie et les progrès du secteur de santé vers un accès universel - Rapport de situation 2011
 Genève : OMS, ONUSIDA, 2011, 28 p.
- REBOULOT B, BOURDILLON F
Prévention du VIH/sida in *Traité de prévention*
 Paris : Flammarion, collection Médecine-Sciences, 2009, pp. 206-213
- [20] SIEGFRIED N, MULLER M, VOLMINCK J, et al.
Male circumcision for prevention of heterosexual acquisition of HIV in men
 Cochrane Database Systematic Review, 2003, n°3, CD003362
- TOTARO A, VOLPE A, RACIOPPI M, et al.
Circumcision: history, religion and law
 Urologia, 2011, vol.78, n°1, pp. 1-9.
- [21] UTHMAN OA, POPOOLA TA, UTHMAN MMB, AREMU O
Economic evaluations of adult male circumcision for prevention of heterosexual acquisition of HIV in men in Sub-Saharan Africa: a systematic review
 PLoS One, 2010, vol.5, n°3, e9628
- [22] WAMBURA M, MWANGA JR, MOSHA JF, ET AL.
Acceptability of medical male circumcision in the traditionally circumcising communities in Northern Tanzania
 BMC Public Health, 2011, vol. 11, 373

[23] WAWER MJ, MAKUMBI F, KIGOSI G, et al
Circumcision in HIV-infected men and its effect on HIV transmission to female partners in Rakai, Uganda: a randomised controlled trial
The Lancet, 2009, vol.374, pp. 229-237

[24] WESTERCAMP M, BAILEY RC, BUKUSI EA, et al.
Male Circumcision in the General Population of Kisumu, Kenya: Beliefs about Protection, Risk Behaviors, HIV, and STIs
PLoS ONE, 2010, vol.5, n°12, e15552

[25] WILLIAMS B G, LLOYD-SMITH J O, GOUWS E, et al.
The potential impact of male circumcision on HIV in Sub-Saharan Africa
PLoS Medicine, 2006, vol.3, n°7, pp 1032-1040

<http://www.malecircumcision.org>

Initié par l'OMS, l'ONUSIDA, l'AIDS Vaccine Advocacy Coalition et Family Health International, ce site, financé par la fondation Bill et Melinda Gates, rassemble de l'information concernant la circoncision masculine pour la prévention du VIH, en particulier sur les programmes institutionnels.

CRIPS

Provence-Alpes-Côte d'Azur

Site web : <http://paca.lecrips.net>

Nos deux centres de documentation :

Marseille

18, rue Stanislas Torrents
13006 Marseille
(6^{ème} arrondissement, métro Estrangin-Préfecture)
Tél : 04 91 59 83 83
Fax : 04 91 59 83 99
eMail : cripspaca.marseille@lecrips.net

Nice

6, rue de Suisse
06000 Nice
Tél : 04 92 14 41 20
Fax : 04 92 14 41 22
eMail : cripspaca.nice@lecrips.net

Heures d'ouverture

14h-18h, du lundi au jeudi, 14h-17h le vendredi,
le matin sur rendez-vous