



PEP, TasP, PrEP : quel rôle pour les COREVIH ?



Journée nationale des COREVIH

Marseille, Hôpital Saint-Joseph, 24 octobre 2012



SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE LUTTE
CONTRE LE SIDA

PEP, TasP et PrEP : cette présentation ne peut évidemment prétendre traiter de l'ensemble des questions que soulèvent ces trois outils fondés sur l'usage de traitement antirétroviraux (ARV) en prévention.

Des choix ont donc été nécessaires, et principalement celui, au-delà d'une présentation générale de ces outils, de développer plus particulièrement les enjeux des prophylaxies pré-expositions (PrEP), qui constituent la nouveauté dans la réflexion sur la prévention, et ont fait l'objet d'un Avis récent du Conseil national du sida.

La question du rôle des COREVIH doit surtout être l'objet de la discussion à l'issue de la présentation, qui se limitera à suggérer quelques pistes.

L'enjeu de réduire l'incidence et le concept de prévention combinée

Les différents usages des ARV en prévention : où en est-on ?

Les PrEP : quel intérêt ? Pour qui ? A quelles conditions ?



PEP, TasP, PrEP : quel rôle pour les COREVIH ?

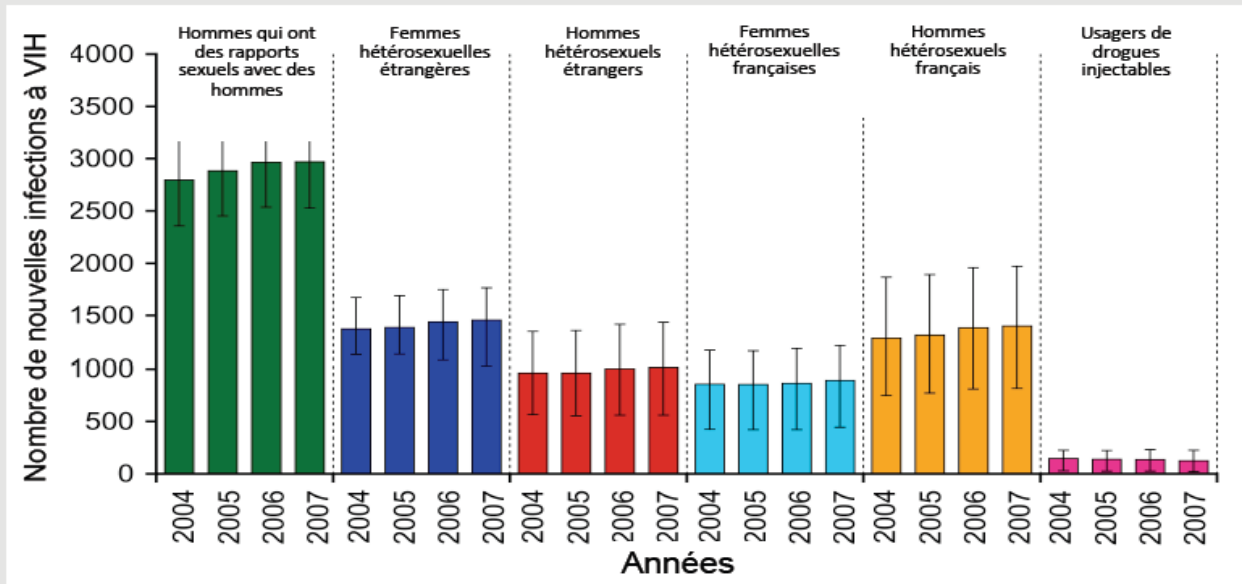
Cette présentation propose donc successivement :

- En introduction, un bref cadrage sur l'**enjeu de réduire très significativement l'incidence du VIH** et sur le **concept de « prévention combinée »** dans lequel doivent s'inscrire les différents usages des ARV en prévention
- Une synthèse de ces différents usages, afin de **clarifier les notions de PEP, PrEP et TasP** et de faire le point sur leur développement et/ou leur mise en œuvre
- Un focus sur les **questions posées par l'émergence des PrEP**, synthétisant des points clés de l'Avis du CNS

Estimations de l'incidence 2004-2007 (Inserm)

► L'incidence du VIH en France ne baisse pas

Estimation incidence du VIH en France par groupe de transmission (nouveau rétrocalcul)



Ndawinz JD, Costagliola D, Supervie V. (2011) New method for estimating HIV incidence and time from infection to diagnosis using HIV surveillance data: results for France. *AIDS* 25:1905-13

Le développement de nouveaux outils et de nouvelles stratégies de prévention est guidé par l'enjeu de réduire l'incidence du VIH :

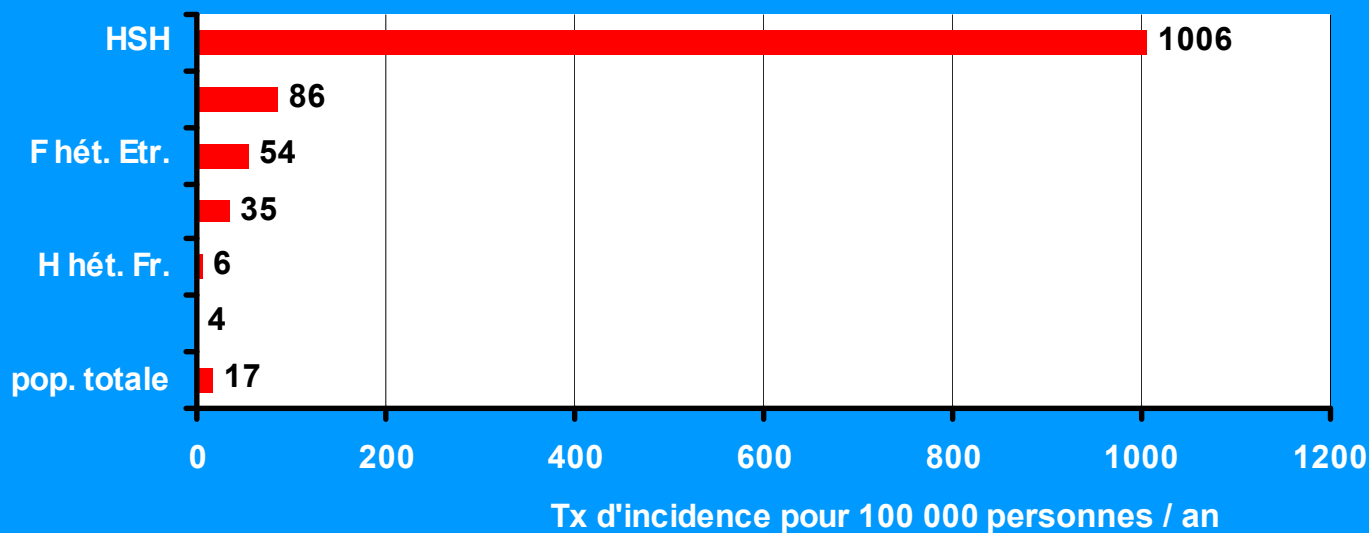
- Améliorer l'efficacité de la prévention est une **nécessité impérieuse** si l'on veut parvenir un jour à **faire régresser et vaincre l'épidémie**, au plan mondial comme ici en France
- Les progrès spectaculaires des traitements ne suffisent pas et se heurtent à un **problème de soutenabilité** si on ne parvient pas à **réduire très significativement le nombre de nouvelles contaminations**

Or si on regarde les **estimations de l'incidence du VIH en France** par groupes de transmission, ici celles établies par l'Inserm pour les années 2004 à 2007, on constate **une légère augmentation dans la plupart des groupes et un niveau très élevé ainsi qu'une augmentation plus marquée chez les HSH**. Les estimations établies par l'InVS (à partir d'autres données/méthodes) montreraient un tableau légèrement plus « optimiste » : baisse modérée dans tous les groupes sauf chez les HSH, stables à un niveau très élevé.

En tout état de cause, avec 6000 à 7500 nouvelles contaminations chaque année, l'incidence globale en France apparaît au mieux stabilisée, mais à un niveau élevé, **ce qui est nettement insuffisant pour contrôler l'épidémie**.

Estimations des taux d'incidence 2008 (InVS)

► Réduire l'incidence chez les HSH est un enjeu prioritaire



D'après données InVS, Le Vu, S., et al., BEH n° 45-46, 30 novembre 2010.

Si l'on regarde maintenant l'incidence rapportée aux effectifs des différentes populations, autrement dit le **taux d'incidence** (nombre annuel de nouvelles contaminations parmi 100 000 personnes, estimations InVS), on voit la nécessité d'améliorer les performances de la prévention en particulier chez les **HSH**.

Combiner l'ensemble des approches en prévention

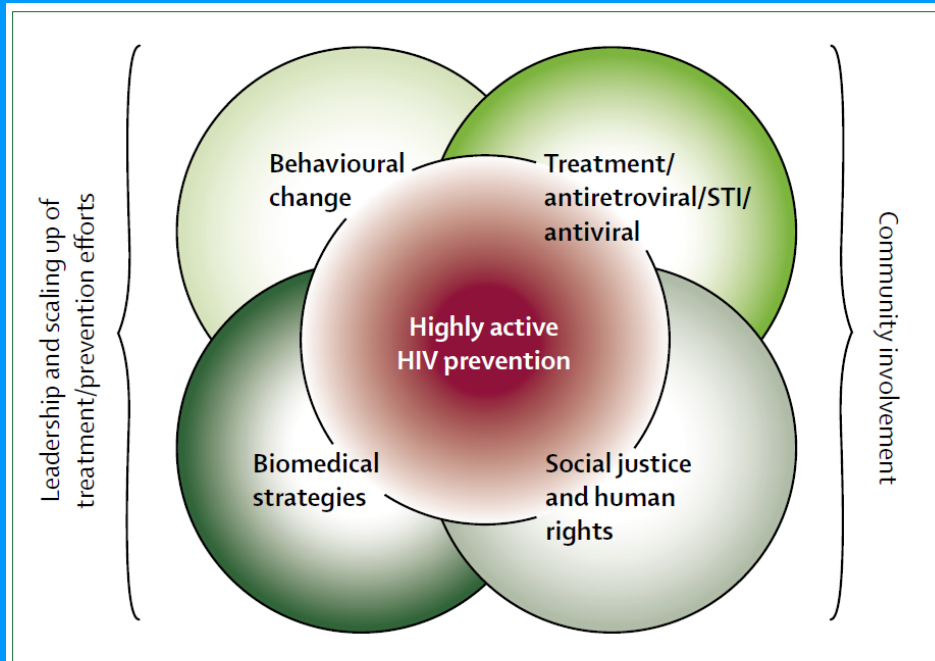


Figure 1: Highly active HIV prevention

This term was coined by Prof K Holmes, University of Washington School of Medicine, Seattle, WA, USA.⁵ STI=sexually transmitted infections.

Source : Coates TJ et al., Behavioural strategies to reduce HIV-transmission : how to make them work better, Lancet 2008 ; 372 , p. 670

La nécessité d'une **remobilisation en faveur de la prévention** est partagée par l'ensemble des acteurs de la LCS au plan international.

Face aux enjeux tant collectifs qu'individuels d'améliorer l'offre et l'efficacité de la prévention, et compte tenu de la diversité des outils et des stratégies qui peuvent y contribuer, un consensus fort s'est établi au cours des dernières années autour de la nécessité de faire converger les efforts en **combinant efficacement l'ensemble des approches** comportementales, structurelles et biomédicales ; **stratégie dite de « prévention combinée »** :

- Il s'agit d'**articuler de façon globale les enjeux indissociablement liés de prévention, de changement de comportement, de dépistage et de traitement**
- Cela passe par la promotion de l'**usage croisé et complémentaire des différents outils disponibles**

C'est dans ce cadre conceptuel qu'il s'agit de penser les différents usages des ARV en prévention, et non en concurrence ou en opposition avec les approches classiques de la prévention.

L'usage des ARV en prévention

- 3 types d'usage validés des ARV en prévention :
 - Prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME), 1994
 - Prophylaxie post-exposition (PEP), 1998
 - Traitement des personnes infectées comme prévention de la transmission sexuelle secondaire : *treatment as prevention* (TasP)
 - « Swiss Statement », 2008
 - HPTN 052, 2011: réduction de 96% du risque de transmission au partenaire non infecté (couples stables, hétérosexuels)
- Un nouvel usage « en devenir » :
 - Principe de traiter des personnes non-infectées en amont de l'exposition : Prophylaxie pré-exposition (PrEP)
 - Truvada® oral en prise continue quotidienne validé US
 - Nombreuses recherches en cours : autres ARV, autres modes d'administration et schémas de prise

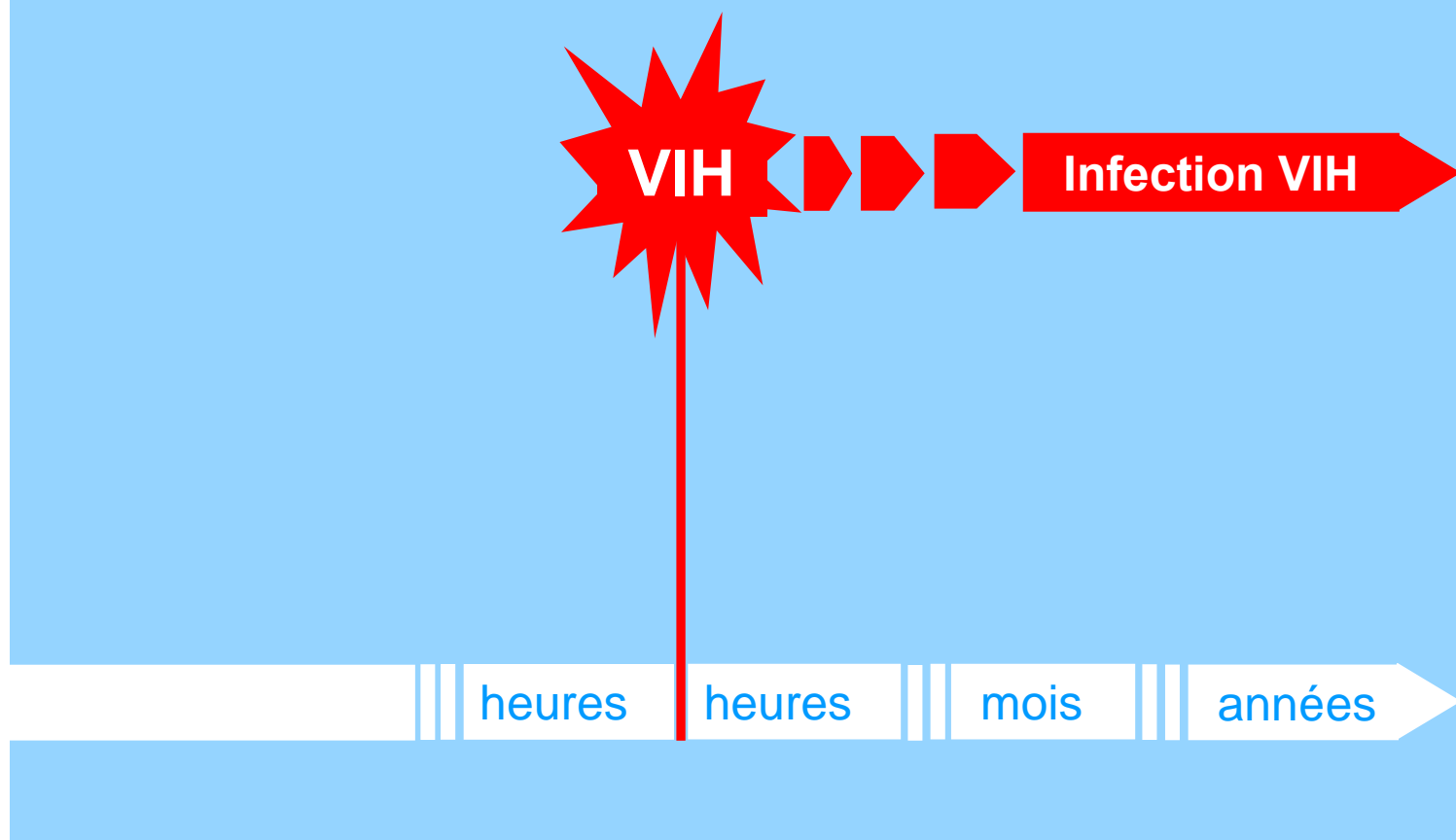


Les différents usages des ARV en prévention : où en est-on ?

L'usage des ARV en prévention repose, schématiquement, sur la **capacité des ARV à bloquer certains mécanismes infectieux du VIH**.

On distingue quatre types d'usage préventif des ARV, dont trois sont aujourd'hui solidement validés et le quatrième, en prophylaxie pré-exposition (PrEP), encore largement expérimental et en développement.

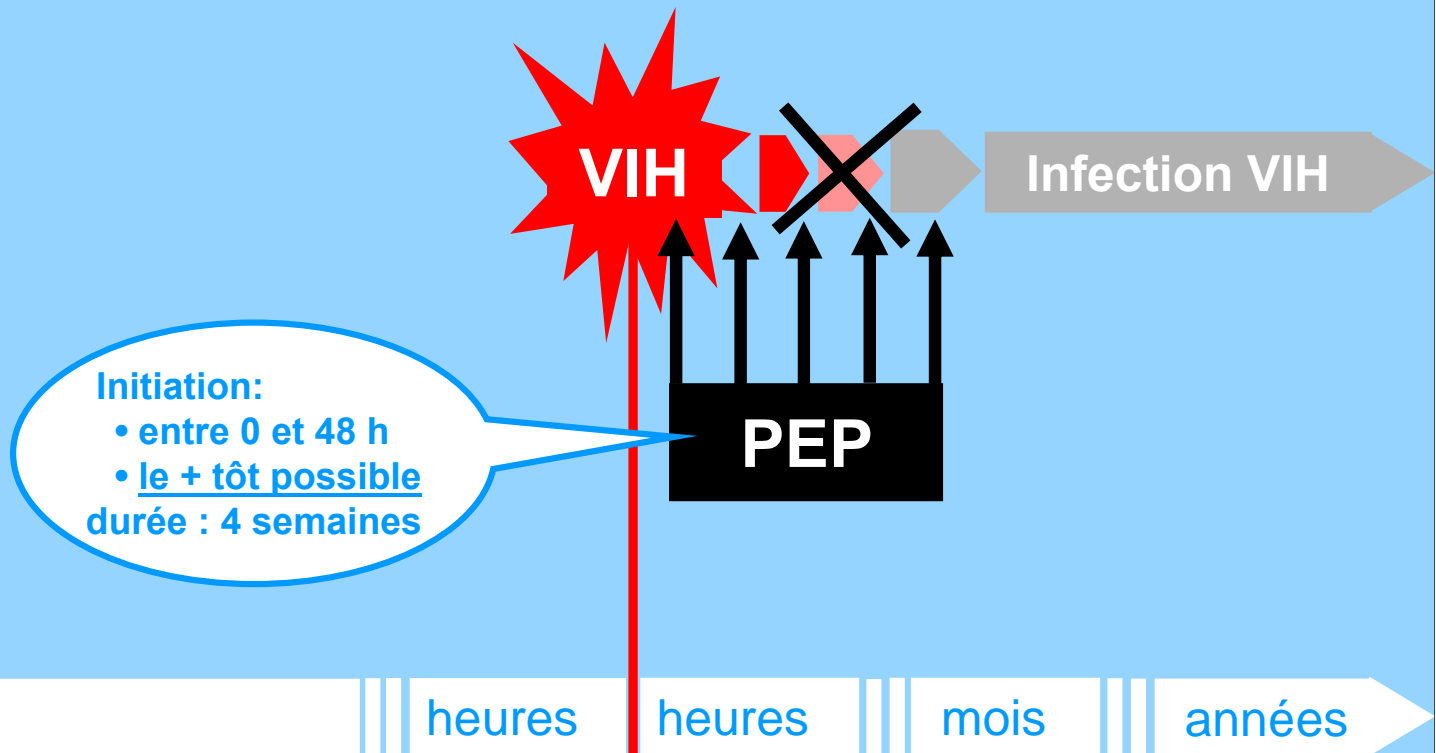
PEP, PrEP, TasP : principes



Les quelques schémas qui suivent visent à bien distinguer les trois concepts de prophylaxie **pré**-exposition, de **post**-exposition et de **TasP**.

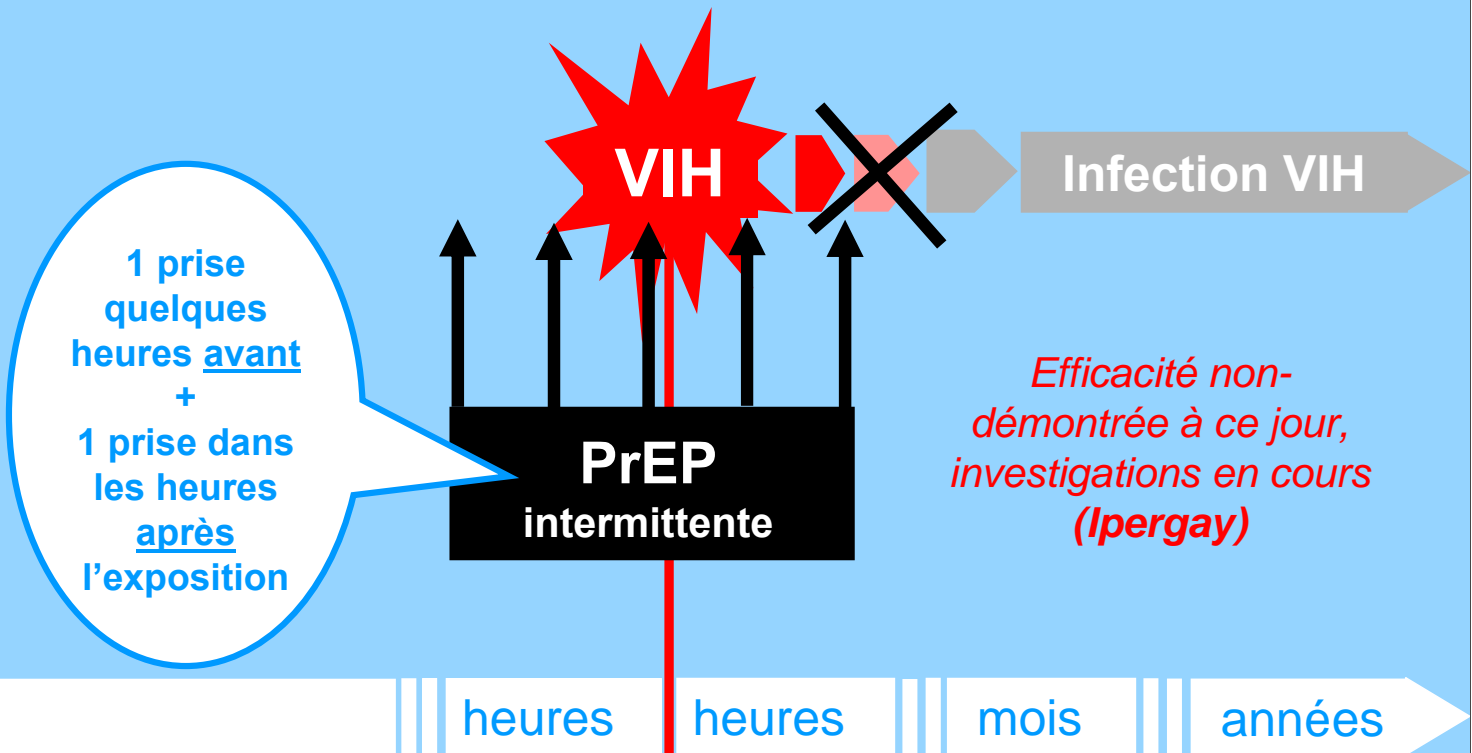
Si l'on figure ainsi l'exposition au VIH lors d'un rapport sexuel et l'éventuelle infection qui peut en résulter...

Prophylaxie post-exposition (PEP)



... la prophylaxie **POST-exposition (PEP)** consiste à bloquer le processus infectieux en exposant le virus aux ARV **le plus tôt possible après une éventuelle exposition au VIH** (initiation du traitement de préférence dans les 4h, au plus tard dans les 48h).

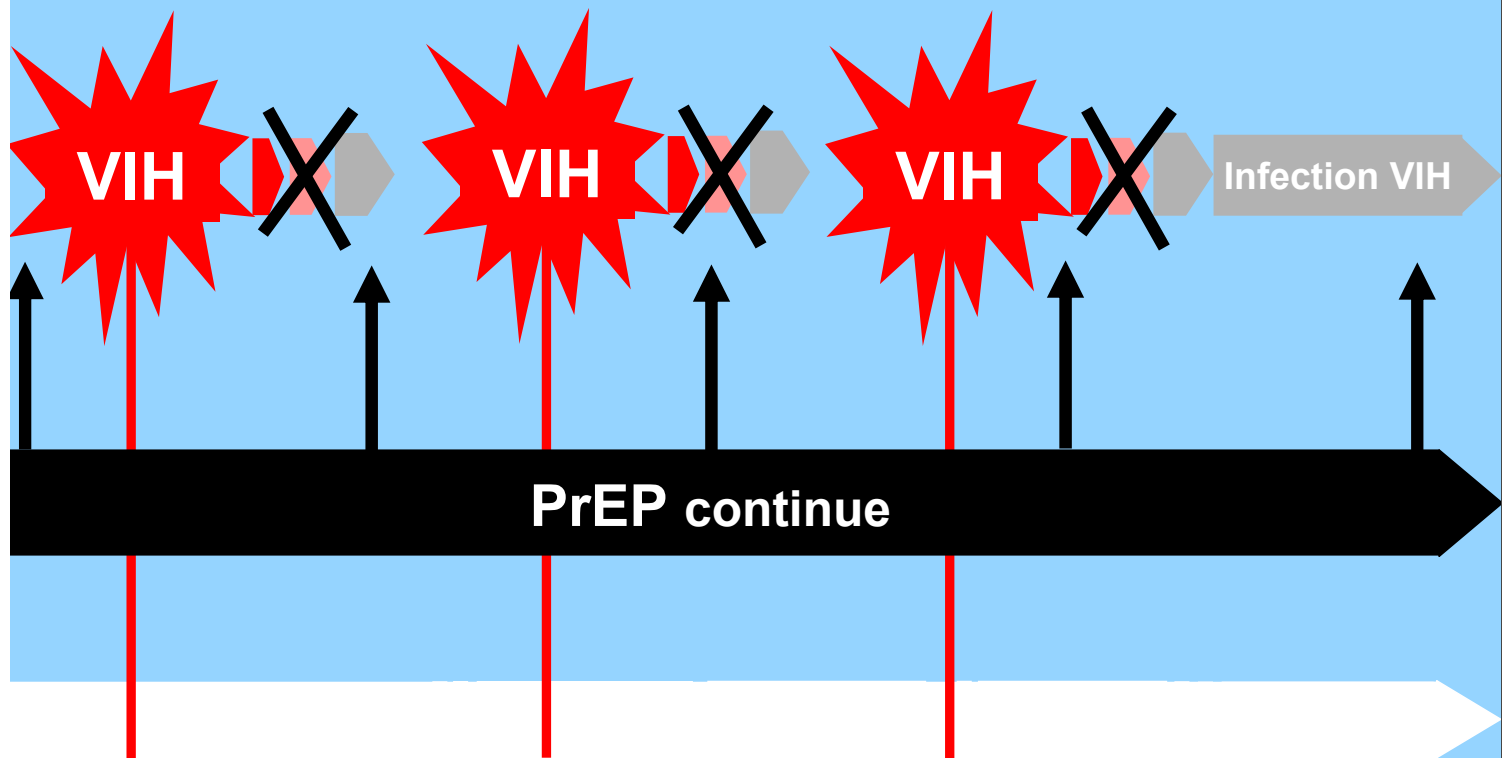
Prophylaxie pré-exposition (PrEP) en prise intermittente / “à la demande”



Par rapport à la PEP, le principe de la prophylaxie **PRE-exposition (PrEP)** est d'**anticiper** une possible exposition au virus en **démarrant la prise d'ARV en amont de l'exposition** : ainsi, l'exposition au virus, si elle a lieu, est « encadrée » par des prises d'ARV.

A noter que ce schéma correspond à une forme de **PrEP dite « intermittente »** (l'ARV est utilisé ponctuellement pour prévenir une situation d'exposition au risque prévisible) **non validée à ce jour** (objet notamment de l'essai Ipergay) – mais ce schéma présente l'avantage de bien montrer le **rationnel de la PrEP** par rapport à la PEP.

Prophylaxie pré-exposition (PrEP) en prise continue

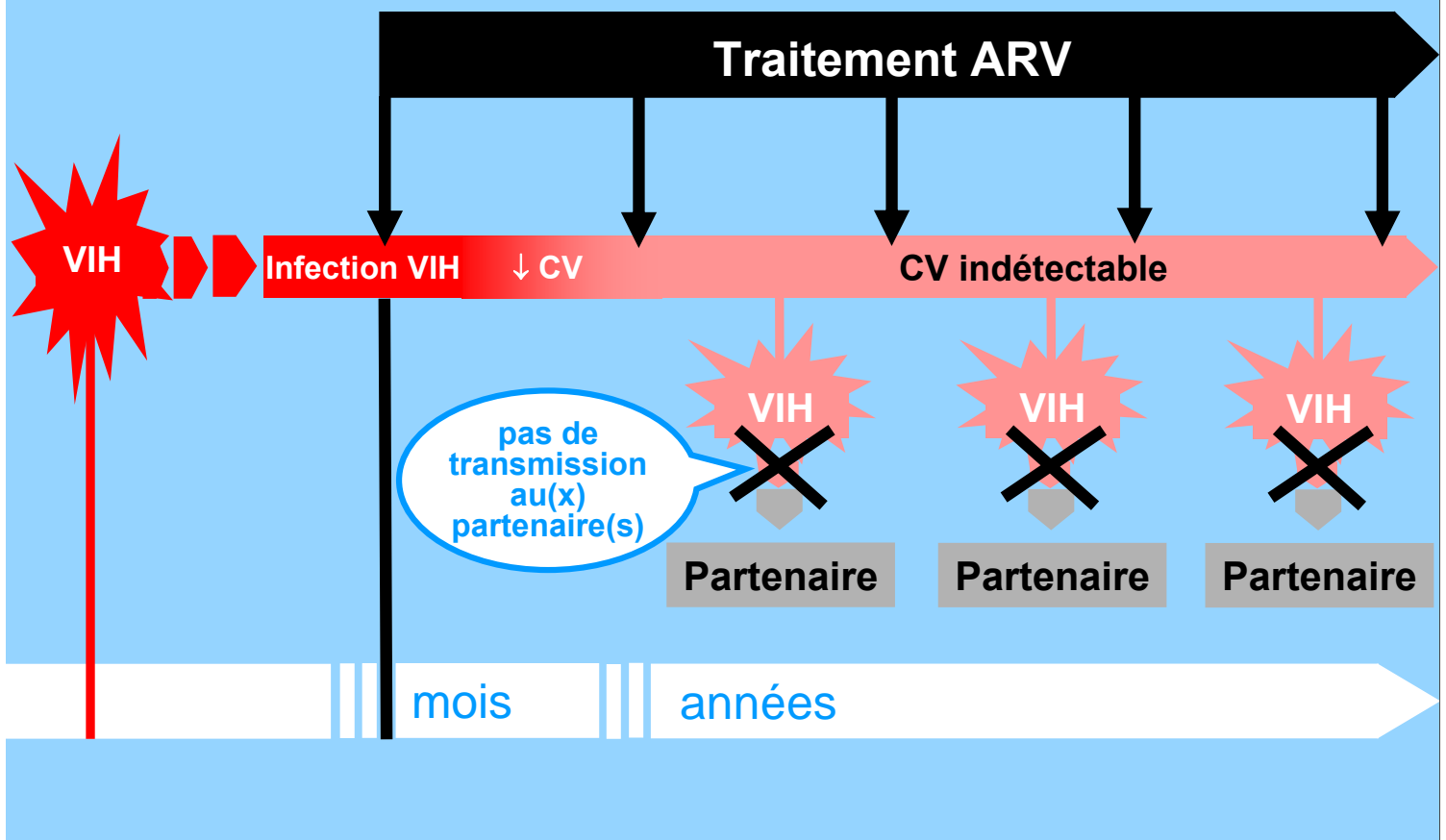


Validée aux Etats-Unis pour Truvada® (FTC+TDF) en prise orale quotidienne

Le premier **schéma de PrEP validé au Etats-Unis** est celui d'une **PrEP dite « continue »** : les ARV sont présents en permanence dans l'organisme (prise continue, en l'occurrence quotidienne pour le Truvada®), pour offrir une **protection continue** contre les expositions au risque susceptibles de se produire au cours du temps.

Treatment as Prevention (TasP)

Traitement des personnes infectées pour prévenir la transmission secondaire



A la différence de la PEP et de la PrEP, qui consistent à **traiter des personnes non-infectées** pour prévenir l'acquisition du virus, le **TasP** désigne la **capacité du traitement ARV** chez une **personne infectée à prévenir la transmission du virus à autrui**.

TasP : où en est-on?

▶ Avant tout un bénéfice secondaire du traitement prescrit dans un but thérapeutiques :

- Initiation du traitement actuellement recommandée quand $CD4 < 500$ /mml
- Sans délais si $CD4 < 350$ /mml

▶ Mais traitement envisageable si $CD4 < 500$ /mml :

- Sauf cas particuliers, pas dans un but thérapeutique (niveau de preuve insuffisant)
- Dans un but de prévention de la transmission

Où en est-on dans la mise en œuvre de ces différents outils préventifs fondés sur l'usage d'ARV ?

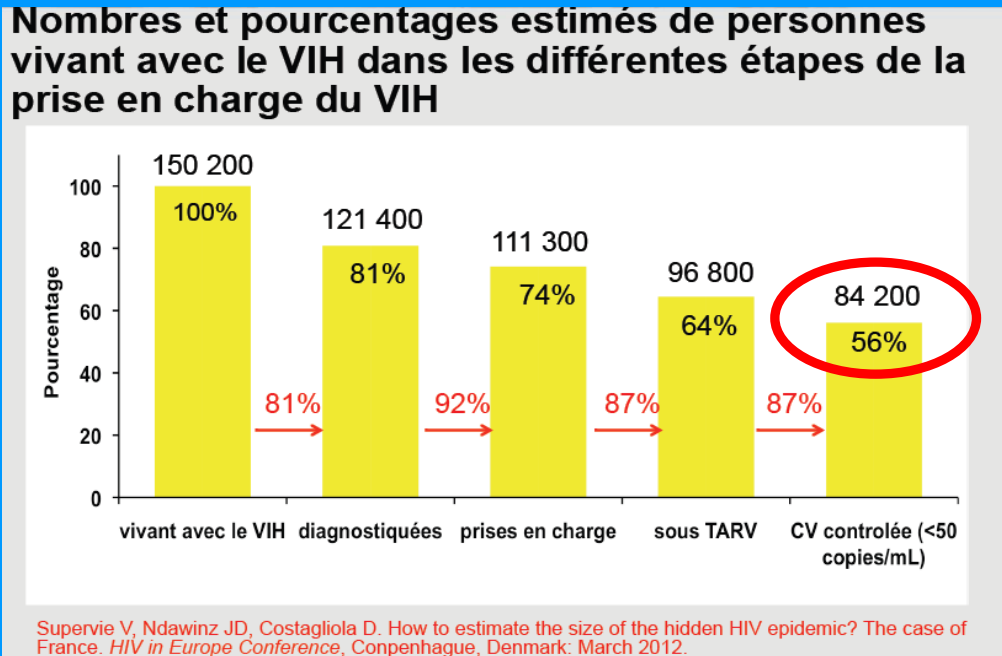
- Concernant la **PEP** : sans développer davantage dans le cadre de cette présentation, on signalera simplement que l'outil et son dispositif d'accès demeurent relativement peu connus et le niveau de recours assez faible. La PEP joue actuellement un rôle marginal dans la prévention
- Le **TasP** est en revanche considéré comme un **enjeu majeur de la prévention** au sens où il constitue potentiellement, en terme d' **impact collectif**, un **levier très puissant pour parvenir à contrôler l'épidémie**

En théorie, on pourrait/devrait obtenir une grande partie de l'effet TasP simplement en traitant les personnes infectées selon les recommandations actuelles d'initiation d'un traitement ARV, c'est-à-dire comme un bénéfice secondaire du traitement prescrit dans un but d'abord thérapeutique : la mise au traitement est aujourd'hui recommandée de façon précoce (très schématiquement : dès en-dessous du seuil de 500 CD4/mml) en raison de bénéfices prouvés pour la santé de la personne infectée.

Au-dessus du seuil de 500 CD4/mml, les bénéfices thérapeutiques du traitement ne sont pas actuellement suffisamment étayés (sauf cas particuliers) pour faire l'objet d'une recommandation dans un but thérapeutique. Cependant, **la mise au traitement peut être envisagée**, en accord avec la demande du patient, **notamment dans un but de prévention de la transmission secondaire du virus**.

TasP : où en est-on?

- ▶ Dans la réalité, effet TasP en population limité par le retard au dépistage et à la mise au traitement :



Mais dans la réalité, l'effet TasP en population est limité par le retard au dépistage et à la mise au traitement :

- Actuellement, en France, on estime que **56% des personnes infectées par le VIH bénéficient de l'effet TasP, c'est-à-dire sont sous traitement ARV et atteignent l'objectif de suppression virologique.** (84 000 personnes sur une population estimée de 150 000 personnes infectées par le VIH)
- En complément de ce graphique, d'autres données (non présentées ici pour ne pas alourdir la présentation) portant sur le nombre de CD4 au dépistage, ainsi qu'à l'initiation du traitement, montreraient le **décalage entre les recommandations et la réalité de l'accès effectif au traitement**
- Avec cette proportion de 56% de personnes traitées avec succès, il existe un effet TasP qui **contribue à ralentir la croissance, voire à stabiliser le nombre de nouvelles contaminations...**
- ... **mais demeure insuffisant pour le réduire** : des études/modélisations montrent qu'il faudrait parvenir à traiter avec succès de l'ordre de **75% des personnes infectées pour inverser la courbe**

Pour parvenir à cet objectif, il est nécessaire de réduire les « déperditions » constatées aux différentes étapes de la « cascade », avec une **priorité forte** sur la première étape: **améliorer le dépistage des personnes infectées qui ignorent leur infection.**

La réduction de l'épidémie cachée (estimée ici à 20% des personnes infectées et de façon convergente entre 20 et 30% selon les méthodologies utilisées) est, en France, le **principal enjeu** pour **améliorer la précocité de l'accès à la prise en charge et au traitement** et par là **pour améliorer les performances du TasP.**

PrEP : où en est-on?

- ▶ Des essais cliniques ont comparé dans différentes populations l'efficacité des schémas suivants :

| | | |
|---|-----------|---|
| Bras | VS | Bras |
| Prévention « classique » renforcée seule (placebo) | | Prévention « classique » renforcée + ARV |

Par rapport à la prévention classique seule, l'adjonction de l'ARV permet une réduction supplémentaire de l'incidence de :

| | | |
|------------------------|--|----------------|
| ▪ Iprex | HSH séro- / FTC-TDF oral quotidien | 44 % |
| ▪ Partners-PrEP | Couples hétéro séro≠ / TDF ou FTC-TDF oral quot. | 62-73 % |
| ▪ TDF2 | H & F hétéro séro- / FTC-TDF oral quotidien | 63 % |
| ▪ CAPRISA 004 | F hétéro séro- / gel vaginal TDF | 39 % |

Concernant maintenant le **nouvel outil PrEP** : où en est-on ?

Cette diapositive présente, de façon très résumée, les **données sur lesquelles repose la validation du concept de PrEP** :

- On dispose de résultats d'**essais cliniques** (randomisés, en double aveugle) conduits dans différentes populations très fortement exposées au risque d'acquérir le VIH et qui comparent l'efficacité d'une **offre de prévention « classique » seule** (+ placebo) *versus* la même **offre de prévention classique à laquelle s'ajoute un ou des ARV**
- **Par rapport à la prévention classique seule, l'adjonction de l'ARV permet d'obtenir une réduction supplémentaire de l'incidence allant de 44% à environ 70%** dans les essais de PrEP orale continue, et d'autre part de 39% dans un essai de PrEP dite « topique » ou « microbicide » (gel vaginal délivrant l'ARV localement au niveau de la muqueuse potentiellement exposée au virus)

Ces résultats appellent deux remarques :

- Attention à la lecture de ces pourcentages ! Ils peuvent paraître faibles au premier abord – et c'est un élément du débat – mais il s'agit bien d'une réduction supplémentaire du risque par rapport à l'usage de la seule prévention classique et non d'une mesure « absolue » de la protection apportées par l'ARV (= pas comparable au chiffres de réduction du risque de 80 ou 90% obtenus avec le préservatif, dont le point de comparaison est l'absence de toute protection)
- D'autres essais se sont avérés non conclusifs, soulevant des questions en particulier sur l'efficacité de ces premières PrEP chez les femmes

PrEP : où en est-on?

- ▶ De nombreuses questions se posent :
 - Apparition de résistances
 - Tolérance
 - Adhésion
 - Désinhibition
 - Population cible
 - Dispositif de dispensation
 - Coût et prise en charge

Hormis l'autorisation du Truvada® en PrEP aux Etats-Unis (d'ailleurs controversée), les PrEP sont encore à un stade de développement très préliminaire et soulèvent des questions dans de nombreux domaines.

PrEP : où en est-on?

- ▶ Ne pas perdre de vue :
 - De nombreuses recherches en cours et à venir sur ces questions
 - Savoir regarder au-delà du Truvada® oral continu :
 - PrEP orale intermittente « à la demande »
 - Autres ARV / classes d'ARV (dapivirine, maraviroc, etc.)
 - Formes injectables longue durée
 - Formes topiques : gels, anneaux vaginaux 90 jours, etc.

- En tout état de cause, de nombreuses recherches sont en cours et devraient contribuer à réduire certaines incertitudes, même si elles ne pourront pas répondre à toutes les questions. Certaines ne trouverons pas réponse par avance, mais seulement dans l'observation postérieure à la mise en œuvre de PrEP en conditions réelles

- En outre, il est important de **ne pas limiter la réflexion à la seule PrEP existante à base de Truvada® en prise orale continue** : les développements en cours concernent d'autres ARV, et des schémas et formes de prises variés

Sous réserve de ce que les recherches valideront ou invalideront, il faut imaginer que **les PrEP de l'avenir pourraient être très différentes et diversifiées en termes d'avantages et d'inconvénients**, et par là apporter des réponses tout aussi différentes aux questions évoquées précédemment.

L'intérêt potentiel du concept de PrEP : quel apport aux moyens de prévention existants ?

- Un outil additionnel très spécifique :
 - n'est pas un outil universel à destination de la population générale non infectée,
 - ne concerne que des personnes :
 - très fortement exposées au risque (critères épidémiologiques et/ou comportementaux)
 - ET en difficulté de prévention avec les moyens standards
- *Un enjeu de ciblage important*



Les PrEP : quel intérêt ? Pour qui ? A quelles conditions ?

Les diapositives qui suivent se proposent de synthétiser quatre points clés de la réflexion du CNS sur les PrEP.

Premier point : quelle peut être la « valeur ajoutée » du nouvel outil par rapport à la palette des outils existants ?

- En premier lieu, il est essentiel de souligner que **la PrEP ne constitue pas un outil universel** à destination de la population générale non infectée, mais, dans une perspective de prévention combinée, **un outil additionnel très spécifique : les PrEP ne concernent que des personnes à la fois très fortement exposées au risque ET en difficulté de prévention** avec les moyens classiques
- Développer une offre de PrEP comporte donc un **enjeu de définition des publics cibles** important

L'intérêt potentiel du concept de PrEP : quel apport aux moyens de prévention existants ?

- **Un outil qui offre :**
 - Dans des circonstances (accidentelles, assumées ou encore subies) où une protection conventionnelle n'est pas ou ne peut pas être mise en œuvre, **un moyen de réduire le risque, préférable à l'absence de toute protection**
 - **Une mise en œuvre en amont de l'engagement dans l'activité sexuelle**, hors contexte pouvant conduire à une prise de risque
 - **Un renforcement de l'autonomie** : ne dépend pas du partenaire.

- En second lieu, la PrEP présente l'avantage, dans des circonstances, quelles qu'en soient les raisons, où une protection conventionnelle n'est pas ou ne peut pas être mise en œuvre, **un moyen de réduire le risque, préférable à l'absence de toute protection**
- A cet égard, il est particulièrement intéressant que la mise en œuvre d'une PrEP intervienne **en amont de l'engagement dans l'activité sexuelle**, hors contexte pouvant conduire à une perte du contrôle de soi, et sans dépendre du bon vouloir du partenaire. En ce sens, la PrEP peut permettre un **renforcement de l'autonomie** de la personne

La question de l'impact sur les comportements sexuels et préventifs

- On ne peut exclure des effets contre-productifs :
 - La PrEP pourrait encourager au plan individuel l'augmentation des prises de risque
 - Avec pour effet, au plan collectif, de réduire, annuler voire inverser l'impact attendu sur l'incidence
- Mais un impact massif est peu probable :
 - L'augmentation des prises de risque est observée depuis la fin des années 90
 - Le public cible de la PrEP est *déjà* dans la forte prise de risque
 - La PrEP renforce en outre le recours au dépistage régulier



Les PrEP : quel intérêt ? Pour qui ? A quelles conditions ?

Deuxième point : **la question de l'impact d'un outil tel que la PrEP sur les comportements sexuels et préventifs.**

Cette question est au cœur des inquiétudes qui s'expriment autour des mutations de la prévention : pour TasP comme pour PrEP (et aussi pour PEP à l'époque), le débat est récurrent de savoir **dans quelle mesure ces outils pourraient encourager les personnes prendre plus de risques.**

- On ne peut par avance exclure que la PrEP puisse **encourager, au plan individuel, certains usagers à augmenter le nombre de leurs partenaires, choisir des pratiques plus à risque et/ou se passer plus souvent ou complètement du préservatif**
- **Au plan collectif**, ces phénomènes risqueraient, selon leur ampleur, de **réduire, annuler voire inverser l'impact attendu sur l'incidence** (des modélisations étudient ces hypothèses).

Le CNS, dans son Avis, estime cependant qu'**un impact massif est peu probable**, notamment parce que :

- **L'augmentation des prises de risque est observée depuis la fin des années 90 – bien avant un possible effet TasP ou PrEP** : le relâchement des comportements de prévention est un phénomène global et multifactoriel :

- modification globale de la perception de la maladie et du risque depuis l'arrivée des traitements
- caractère multiple et hétérogène des déterminants des comportements sexuels et préventifs individuels
- l'introduction d'un nouvel outil n'a jamais montré d'impact massif sur les comportements

- **Le public cible de la PrEP est déjà dans la forte prise de risque**

- En outre, **l'un des intérêts individuel et collectif d'un recours à la PrEP est de favoriser le dépistage** (initial puis régulier) et par là renforce la stratégie TasP en favorisant la détection plus précoce des personnes infectées et donc leur accès plus rapide au traitement

Diversifier les outils pour mieux répondre aux besoins

- **Faire le pari de l'autonomie et de l'intelligence des usagers :**
 - **La PrEP élargit les options disponibles pour réduire le risque**
 - **Dans une perspective de prévention combinée, la diversification des outils disponibles permet aux individus d'ajuster leurs pratiques préventives aux circonstances, à leurs désirs, à leurs contraintes**



Les PrEP : quel intérêt ? Pour qui ? A quelles conditions ?

Troisième point : **dans l'objectif d'améliorer la réponse préventive et dans la perspective de prévention combinée, la diversification des outils est essentielle.**

Face aux craintes d'un bouleversement des repères préventifs, le CNS estime qu'il est raisonnable de **miser sur l'autonomie et l'intelligence des personnes pour s'approprier et utiliser correctement des outils quand ils sont adaptés à leurs besoins :**

- **La PrEP est un outil exigeant qui comporte de fortes contraintes :** elle n'est guère susceptible de répondre à un simple désir de désinvestissement de la prévention
- **Les contraintes de la PrEP sont différentes de celle des autres outils,** notamment du préservatif : la PrEP offre **une opportunité d'améliorer la réponse préventive quand ces contraintes s'avèrent, pour certaines personnes, plus praticable/mieux adapté dans certaines situations/circonstances**

Diversifier les outils pour mieux répondre aux besoins

- A condition de donner aux personnes les moyens d'un usage maîtrisé et raisonné de l'ensemble des outils disponibles :
 - Enjeu d'inscrire la PrEP dans l'offre globale de prévention

→ *Nécessité d'adapter le dispositif et le discours de prévention*



Les PrEP : quel intérêt ? Pour qui ? A quelles conditions ?

Faire le pari de l'intelligence et de l'autonomie des personnes exige cependant de leur **donner les moyens d'un usage maîtrisé et raisonné de l'ensemble des outils disponibles** : l'enjeu, en termes de **communication** et de construction du **dispositif d'offre de PrEP**, est d'**inscrire le nouvel outil dans l'offre globale de prévention, et non en concurrence avec les autres outils.**

Une nouvelle étape dans la mutation du paradigme préventif

- **L'impératif d'une communication cohérente : adapter le discours à l'approche de prévention combinée**
 - Articuler plus fortement les liens entre moyens de prévention, intérêt du dépistage, et bénéfices du traitement
 - Développer des messages valorisant la diversité et la complémentarité d'outils répondant à des usages, des conditions d'utilisation et des circonstances différentes
 - Développer des messages invitant les individus à construire et ajuster leur prévention à leurs besoins et contraintes



Les PrEP : quel intérêt ? Pour qui ? A quelles conditions ?

D'où, quatrième et dernier point : **la nécessité de faire évoluer le dispositif et le discours de prévention pour les mettre en cohérence avec l'approche de prévention combinée.**

- Sur le plan de la communication, les 3 points rappelés ici sont des fondamentaux en faveur desquels le CNS plaide depuis plusieurs années...

Une nouvelle étape dans la mutation du paradigme préventif

- Adapter le dispositif d'offre de prévention
 - Nécessité de ne pas cloisonner l'offre d'outils biomédicaux (PrEP, TasP) dans la sphère médicale vs l'offre conventionnelle, le counseling et l'accompagnement dans les structures dédiées à la prévention
 - *Rôle des Corevih : identification et coordination des acteurs*
 - Intérêt des structures de type **centre de santé sexuelle**



Les PrEP : quel intérêt ? Pour qui ? A quelles conditions ?

- Sur le plan du dispositif d'offre de prévention, l'enjeu essentiel est d'**éviter de cloisonner l'offre d'outils biomédicaux (PrEP, TasP) dans la sphère médicale, et l'offre conventionnelle, le counseling et l'accompagnement dans les structures traditionnellement dédiées à la prévention** : il s'agit donc de trouver les moyens d'associer, sur le terrain, acteurs médicaux et non-médicaux, en particulier associatifs. **Les COREVIH pourraient ici jouer un rôle clef d'identification et de coordination des acteurs au niveau local/régional** – ce que préconise fortement le Groupe d'expert dans ses recommandations provisoires sur la PrEP
- Le CNS souligne également la nécessité de développer des structures favorisant une approche plus large par la santé sexuelle. Il est intéressant de noter que des COREVIH envisagent de mettre cette question à leur agenda

Une nouvelle étape dans la mutation du paradigme préventif

- Favoriser l'adaptation des acteurs aux mutations de la prévention
 - Evolution vers une prévention plus complexe, plus individualisée : il s'agit de donner aux gens les moyens de **construire leur propre prévention** « sur mesure » (et évolutive au cours de la vie)
 - *Rôle des Corevih en tant que têtes de réseaux des acteurs régionaux : information, sensibilisation et formation des acteurs*



Les PrEP : quel intérêt ? Pour qui ? A quelles conditions ?

- Pour conclure, l'idée de « nécessaire mutation du paradigme préventif », que le CNS développe à travers plusieurs de ses Avis, signifie concrètement que **tous les acteurs, à tous les niveaux, doivent s'adapter à une évolution vers une prévention plus complexe, plus individualisée, pour laquelle l'enjeu est de donner aux individus les moyens de construire leurs réponses préventives « sur mesure », ajustées aux circonstances et évolutives au cours de la vie**
- Les COREVIH, en tant que têtes de réseaux des acteurs régionaux, peuvent porter et accompagner ces adaptations en jouant pleinement leur rôle d'information et de sensibilisation des acteurs, de lieu de partage d'expérience et d'élaboration de partenariats

Merci de votre attention !



**PEP, TasP, PrEP :
quel rôle pour les COREVIH ?**

Merci de votre attention !