

PROCÉDURE OPERATIONNELLE STANDARD (POS)

Fiche du client prophylaxie pré-exposition (PrEP)

Objectif : documenter et suivre les clients ayant commencé une PrEP.

Pour qui : tous les clients mis sous PrEP.

Quand : après avoir rempli la fiche d'évaluation des risques et d'admissibilité à la PrEP.

Personnel concerné : agent de santé qui met le client sous PrEP.

Document source : à remplir avec le client. Fiche d'évaluation des risques et d'admissibilité à la PrEP.

DESCRIPTION DES VARIABLES

La fiche du client PrEP est rempli avec le client. Consultez la fiche d'évaluation des risques et d'admissibilité à la PrEP et la fiche du client PrEP comme indiqué ci-après.

- **Date :** date à laquelle la fiche a été rempli, exprimée sous le format jour (jj), mois (mm) et année (aaaa) ; par exemple 30/04/2018
- **Personne qui remplit le document :** prénom et nom de l'agent de santé chargé de remplir la fiche

A. INFORMATIONS SUR L'ÉTABLISSEMENT

- **Nom de l'établissement :** nom de l'établissement.
- **District :** district où se situe l'établissement.
- **Date de la première visite d'évaluation de l'admissibilité du client à la PrEP :** date d'évaluation de l'admissibilité du client à la PrEP inscrite sur la fiche d'évaluation des risques et d'admissibilité à la PrEP, exprimée sous le format jour (jj), mois (mm) et année (aaaa).
- **Numéro du client sous PrEP :** numéro unique attribué au client s'il accepte la PrEP. Si aucun numéro spécifique à la PrEP n'est attribué, laissez cette case vide.

B. DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES DU CLIENT

- **Prénom :** prénom donné à la naissance du client.
- **Deuxième prénom :** deuxième prénom du client, le cas échéant.

- **Nom** : nom de famille du client.
- **Adresse** : adresse actuelle du client (où il habite actuellement).
- **Téléphone** : numéro de téléphone principal du client.
- **Téléphone (autre)** : tout autre numéro, le cas échéant, pouvant être utilisé pour contacter le client.
- **Date de naissance** : jour (jj), mois (mm) et année (aaaa).
- **Âge (ans)** : âge du client lors de son dernier anniversaire, exprimé en années.
- **N° d'identification du client** : numéro attribué au client à son admission.
- **État civil** : posez la question au client et cochez la case qui correspond à son état civil actuel. Célibataire, Marié/e, Divorcé/e, Veuf/ve, Séparé/e ou Pas de réponse.

C. CLASSIFICATION DU RISQUE SEXUEL ET D'INJECTION DE DROGUES

- **1. Considérez-vous être : homme, femme, transgenre, ou autre ?** Genre actuel du client, tel qu'il l'auto-identifie, quel que soit son sexe à la naissance. Consultez la fiche d'évaluation des risques-et d'admissibilité à la PrEP et cochez la case appropriée. Si Autre, précisez dans l'espace correspondant.
- **2. Quel était votre sexe à la naissance ?** Demandez au client quel était son sexe à la naissance puis cochez Masculin, Féminin, Autre (précisez dans l'espace prévu à cet effet) ou Pas de réponse.
- **3. Avec qui avez-vous des relations sexuelles ?** Posez la question au client puis cochez la case appropriée : Des hommes, Des femmes, Des hommes et des femmes ou Pas de réponse.
- **4. Avez-vous eu des rapports sexuels comme principale source de revenu au cours des 6 derniers mois ?** Demandez au client si sa principale source de revenu monétaire ou non monétaire provient du travail du sexe puis cochez la case appropriée : Oui, Non ou Pas de réponse.
- **5. Vous êtes-vous injecté des drogues illégales au cours des 6 derniers mois ?** Posez la question au client puis cochez la case appropriée : Oui, Non ou Pas de réponse.
- **6. Êtes-vous incarcéré/e ?** Posez la question au client puis cochez la case appropriée : Oui, Non ou Pas de réponse.

D. CLASSIFICATION DES POPULATIONS CLÉS

- Utilisez les informations de la section C pour déterminer la ou les classifications de la population clé du client. Par exemple, si le client répond « Masculin » à la question 1 de la section C puis « Des hommes » ou « Des hommes et des femmes » à la question 3 de la section C, classez le client dans la catégorie « HSH ». Ensuite, cochez la case de droite

ET la case HSH de la colonne Classification finale.

- Répétez l'opération pour les classifications transgenre (TG), travailleur/euse du sexe (TDS), consommateur de drogues injectables (CDI) et personne incarcérée (PI), en cochant les cases de droites ET les cases de la colonne Classification finale.

E. S'IL S'AGIT D'UNE FEMME : GROSSESSE ET ALLAITEMENT

- **La cliente est-elle enceinte ?** Demandez à la cliente de vous donner la date de ses dernières règles normales puis réalisez un test de grossesse, si nécessaire. Cochez Oui ou Non.
- **La cliente allaite-t-elle ?** Demandez à la cliente si elle allaite actuellement puis cochez Oui ou Non.

F. TESTS DE LABORATOIRE DE RÉFÉRENCE

Consultez le dossier médical du client et/ou la Fiche évaluation des risques et d'admissibilité à la PrEP pour tous les tests de laboratoire de référence.

- **Date du dernier test de dépistage du VIH :** date du dernier test de dépistage du VIH du client, exprimée sous le format jour (jj), mois (mm) et année (aaaa).
- **Date du test de la créatinine :** date du premier test de la créatinine sérique du client, exprimée sous le format jour (jj), mois (mm) et année (aaaa). Si le test n'a pas été effectué, cochez Non effectué.
- **Clairance de la créatinine (ClCr) calculée :** écrivez le résultat. Si le test n'a pas été effectué, cochez Non effectué.
- **Date du calcul de la clairance de la créatinine :** date du calcul de la clairance de la créatinine du client, exprimée sous le format jour (jj), mois (mm) et année (aaaa).

G. DÉPISTAGE, VACCINATION ET TRAITEMENT DE L'HÉPATITE B

Consultez la Fiche du client PrEP, si nécessaire.

- **Date du test de détection de l'antigène HBs :** jour (jj), mois (mm) et année (aaaa). Si l'établissement ne propose pas de test de dépistage du VHB, ne notez pas de date.
- **Résultat du test :** cochez Négatif, Positif ou Non effectué.
- **Si le résultat est positif, le client est-il sous traitement ?** Cochez la case appropriée en fonction de ce que vous indique le client. Oui = le client est sous traitement contre l'hépatite B ; Non = le client n'est pas sous traitement contre l'hépatite B ; Ne sait pas = le client ne sait pas.
- **Si le résultat est négatif, indiquez les dates de vaccination contre l'hépatite B (le cas échéant) :** Consignez les 1^{ère}, 2^e et 3^e dates de vaccination contre le VHB du client, exprimées sous le format jour (jj), mois (mm) et année (aaaa). En l'absence de vaccination, cochez Non effectuée.

H. INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST)

Consultez la Fiche du client PrEP, si nécessaire.

- **Date du test de dépistage de symptômes d'IST** : jour (jj), mois (mm) et année (aaaa).
- **Résultat** (*voir les codes*) : écrivez les codes appropriés : EU = écoulement urétral ; UG = ulcérations ou lésions génitales ; EV = écoulement vaginal ; D = démangeaisons ; DB = douleurs au bas de l'abdomen (femmes uniquement) ; GS = gonflement du scrotum ; B = bubon inguinal ; DY = dysurie (douleurs à la miction) ; DRS = douleurs lors des rapports sexuels (femmes uniquement) ; A = autre (précisez). Si aucun dépistage n'a été effectué, cochez Non effectué.
- **Si prise en charge syndromique des IST, syndrome traité** (*voir les codes*) : écrivez tous les codes qui s'appliquent : SUG = syndrome d'ulcération génitale ; SEV = syndrome d'écoulement vaginal ; DBA = douleurs au bas de l'abdomen ; SUM = syndrome d'urétrite masculine ; GS = gonflement du scrotum ; A = autre (précisez).
- **Date du début du traitement des IST** : jour (jj), mois (mm) et année (aaaa). Si le client n'est pas sous traitement contre les IST, cochez Pas sous traitement.

I. DEBUT DE LA PrEP

- **Date du début de la PrEP : Date du début** : date à laquelle le client a été mis sous PrEP au sein de l'établissement, exprimée sous le format jour (jj), mois (mm) et année (aaaa).
- **PrEP (ARV) prescrite** : cochez le schéma de la PrEP du client ou cochez Autre puis précisez le traitement prescrit dans l'espace prévu à cet effet.
- **Arrêt de la PrEP** : remplissez cette section si le clinicien de l'établissement interrompt la PrEP ou s'il est informé que le client a arrêté son traitement. **Date d'arrêt** : écrivez la date d'arrêt de la PrEP documentée par l'établissement, exprimée sous le format jour (jj), mois (mm) et année (aaaa).
- **Motifs d'arrêt de la PrEP** : demandez au client pour quelle(s) raison(s) il a arrêté la PrEP puis cochez tous les motifs donnés : dépisté séropositif au VIH ; n'est plus exposé à un risque élevé ; effets indésirables ; préférence du client ; résultat de la créatinine anormal ; Autre (précisez).
- **Statut VIH au moment de l'arrêt** : cochez Négatif, Positif ou Inconnu.

I . REPRISE DE LA PrEP :

Remplissez cette section pour les clients qui ont arrêté la PrEP mais ont décidé de la reprendre plus tard. Si le client décide de reprendre la PrEP, un autre Fiche évaluation des risques et d'admissibilité à la PrEP doit être rempli.

- **Date de reprise de la PrEP** : écrivez la **Date de reprise** de la PrEP, exprimée sous le

format jour (jj), mois (mm) et année (aaaa).

- **PrEP (ARV) prescrite** : cochez le schéma de PrEP du client ou cochez Autre puis précisez le traitement prescrit dans l'espace prévu à cet effet.
- **Arrêt de la PrEP** : remplissez cette section si le clinicien de l'établissement interrompt la PrEP ou s'il est informé que le client a arrêté son traitement. **Date d'arrêt** : écrivez la date d'arrêt de la PrEP documentée par l'établissement, exprimée sous le format jour (jj), mois (mm) et année (aaaa).
- **Motifs d'arrêt de la PrEP** : demandez au client pour quelle(s) raison(s) il a arrêté la PrEP puis cochez tous les motifs donnés : dépisté séropositif au VIH ; n'est plus exposé à un risque élevé ; effets indésirables ; préférence du client ; résultat de la créatinine anormal ; Autre (précisez).
- **Statut VIH au moment de l'arrêt** : cochez Négatif, Positif ou Inconnu.

J. TRANSFERT VERS UN AUTRE ETABLISSEMENT, DÉCÈS ET PERTE DE VUE LORS DU SUIVI

Laissez cette section vide sauf si le client est transféré vers un autre établissement, est perdu de vue lors du suivi ou décédé. Consultez le fiche du client PrEP, si nécessaire.

- Si le client est transféré ailleurs, cochez **Transfert sortant**, écrivez la **date du transfert sortant**, exprimée sous le format jour (jj), mois (mm) et année (aaaa) ; 30/04/2018, par exemple. Écrivez le **Nom de l'établissement de destination** dans l'espace prévu à cet effet.
- Si le client est décédé, cochez **Décédé** et écrivez la **Date du décès**, exprimée sous le format jour (jj), mois (mm) et année (aaaa).
- Cochez **Perdu de vue lors du suivi** si le client est perdu de vue lors du suivi, autrement dit s'il a manqué une visite de suivi de la PrEP depuis plus de 90 jours. Écrivez la **Date de confirmation de la perte de vue**, exprimée sous le format jour (jj), mois (mm) et année (aaaa).

VISITES DE SUIVI DE LA PrEP

Les clients mis sous PrEP seront suivis tous les 3 mois après le 1^{er} mois sous PrEP. Remplissez cette section à chaque visite de suivi. Utilisez une colonne pour chaque visite de suivi. Utilisez la Liste de contrôle du prestataire pour les visites de suivi de la PrEP pour vous guider lors de ces visites.

- **Date de la visite (en commençant par la première visite)** : date de rendez-vous du client, exprimée sous le format jour (jj), mois (mm) et année (aaaa) ; par exemple 30/04/2018
- **Test de dépistage du VIH** : Cochez le **Résultat du test de dépistage du VIH**, Négatif, Positif ou Non concluant. Précisez les tests utilisés dans les espaces prévus à cet effet pour le premier test de dépistage du VIH et le test de confirmation.

- **Signes et symptômes d'une infection aiguë par le VIH ?** Évaluez la présence d'une infection aiguë par le VIH puis cochez Oui ou Non.
- **Effets indésirables :** demandez au client s'il a présenté des effets indésirables liés à la PrEP puis écrivez tous les codes (figurant sur la partie inférieure du document). Si le client n'a pas présenté d'effets indésirables, barrez d'un trait la case correspondante. DA = douleurs abdominales ; EC = éruption cutanée ; Nau = nausées ; V = vomissement ; D = diarrhée ; F = fatigue ; C = céphalées ; G = gonflement des ganglions lymphatiques ; FI = fièvre ; A = Autre (précisez).
- **Calcul de la CICr :** consignez la créatinine sérique et la clairance de la créatinine calculée (référence puis tous les 6 mois).
- **Conseils sur la réduction des risques et produits relatifs fournis ?** Cochez la case pour indiquer que des conseils sur la réduction des risques et des produits relatifs ont été fournis.
- **Prescription de la PrEP :** cochez le schéma de PrEP du client ou cochez Autre puis précisez le traitement dans l'espace prévu à cet effet.
- **Date de la prochaine visite PrEP programmée :** date du prochain rendez-vous du client, exprimée sous le format jour (jj), mois (mm) et année (aaaa).
- **Autres remarques :** écrivez toute autre analyse de laboratoire ou observations cliniques dans l'espace prévu à cet effet.