

# Ordonnance collective

OC-15-005	<b>Initier une prophylaxie contre la grippe causée par le virus de l'influenza lors d'une éclosion</b>	
Version n° 1	Entrée en vigueur : 2018-11	Révisée le : S.O.
Installation(s) : Toutes les installations		
Territoire(s) visé(s) : Tous les territoires		
Service(s) visé(s) : Unités de soins de longue durée, incluant les unités transitoires de réadaptation fonctionnelle (URFI) lorsque situées dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée		

<b>Référence à un protocole :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
<b>Professionnels visés par l'ordonnance :</b> Les infirmières et les pharmaciens habilités qui possèdent la formation, les connaissances et les compétences nécessaires. Les infirmières auxiliaires peuvent collaborer à l'application de cette ordonnance dans le respect de leur champ d'exercices, suite à l'évaluation et l'initiation par l'infirmière.
<b>Activités réservées :</b> <u>Activités réservées aux infirmières :</u> <ul style="list-style-type: none"><li>Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique.</li><li>Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance.</li><li>Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance.</li></ul> <u>Activités réservées aux pharmaciens :</u> <ul style="list-style-type: none"><li>Surveiller la thérapie médicamenteuse.</li><li>Initier ou ajuster, selon une ordonnance, la thérapie médicamenteuse en recourant, le cas échéant, aux analyses de laboratoire appropriées.</li></ul>
<b>Clientèle visée :</b> Tous les usagers, vaccinés ou non, hébergés dans une unité en éclosion de grippe causée par le virus de l'influenza de type A ou B.
<b>Situation clinique visée par l'ordonnance :</b> L'infirmière administre l'oseltamivir chez l'usager hébergé dans une unité en éclosion de grippe causée par le virus de l'influenza de type A ou B, confirmée par le service de prévention et contrôle des infections (PCI).

## INDICATIONS ET CONDITIONS D'INITIATION

Prophylaxie antivirale chez les usagers hébergés lors **d'éclosion de grippe** causée par le virus de l'influenza de type A ou B **confirmée par le service de prévention et contrôle des infections (PCI)**.

Cette ordonnance collective concerne les usagers des secteurs visés répondant à la définition de contact étroit (partageant la même chambre) d'un usager présentant des symptômes de syndrome d'allure grippale (SAG) (voir Annexe 1).

La conseillère en PCI peut décider de débiter une prophylaxie antivirale chez un usager qui ne partage pas la même chambre qu'un usager présentant un SAG, mais qui est considéré comme un contact étroit, selon son évaluation. Elle peut également initier la prophylaxie à large échelle suite à une directive du médecin responsable de la santé publique, du médecin microbiologiste-infectiologue officier en PCI ou du médecin traitant sur l'unité.

## INTENTION THÉRAPEUTIQUE

L'oseltamivir reste actuellement le médicament de choix dans le traitement des infections aiguës non compliquées causées par les virus de l'influenza de type A et de type B chez les adultes qui présentent un SAG, depuis 48 heures ou moins, et en prophylaxie en cas de contact étroit avec un usager atteint de grippe.

La posologie d'oseltamivir sera ajustée par le pharmacien, selon la clairance à la créatinine (CICr) de l'usager.

## CONTRE-INDICATIONS

ATTENTION : la dose d'oseltamivir à administrer étant déterminée à partir de la clairance à la créatinine (CICr) de l'usager, une vérification doit **obligatoirement** être faite à l'aide de la CICr inscrite sur la fiche d'administration des médicaments (FADM) et du tableau indiqué sur le formulaire « Oseltamivir intervention précoce en prophylaxie – MCQ00319 » (Annexe 3), avant l'administration de la première dose.

### Oseltamivir :

- Hypersensibilité connue à l'une des composantes du produit (voir monographie Annexe ).

## LIMITES/ORIENTATIONS VERS LE MÉDECIN

- Selon le jugement clinique de l'infirmière, en présence de questionnements de sa part quant aux contre-indications, aux mises en garde ou pour toute autre question pertinente.
- Lorsque l'état général de l'usager s'est détérioré, depuis le dernier dosage de la créatinine sérique (cela pourrait nécessiter un nouveau dosage de la créatinine sérique et un ajustement de la posologie d'oseltamivir).
- Lorsqu'un usager sous prophylaxie développe un SAG et qu'il y a nécessité de passer au traitement.

## DIRECTIVES

1. **Avant d'initier une prophylaxie à l'aide de l'oseltamivir – ci-après nommé « antiviral », « traitement antiviral » ou « prophylaxie antivirale »**

### Directives pour le personnel infirmier

- Dès l'admission de l'usager, le formulaire « Demande de consentement à la vaccination contre l'influenza, pneumocoque et prise d'antiviraux pour la clientèle hébergée en longue durée – MCQ00049 » (Annexe 2) doit être dûment signé par l'usager ou, le cas échéant, selon l'ordre hiérarchique suivant : mandataire, tuteur ou curateur, conjoint,

proche parent ou personne démontrant pour la personne inapte un intérêt particulier (PO-10-013 : Politique de consentement aux soins de santé et aux services sociaux du CIUSSS MCQ).

- S'assurer d'avoir au dossier les informations suivantes obtenues il y a moins d'un an : poids, taille et dosage de créatinine sérique, **pour les usagers ayant consenti à la prophylaxie antivirale.**
  - Si aucune créatinine sérique datant de moins d'un an n'est disponible au dossier de l'usager, procéder à ce prélèvement (valider au préalable avec le médecin traitant la nécessité de faire d'autres analyses par la même occasion).
  - Faire parvenir ces informations à la pharmacie, dès que disponibles.
  - En présence de nouvelles données, communiquer avec le pharmacien pour mettre à jour les données de l'usager (poids, taille, créatinine) afin d'obtenir un calcul de la Clcr le plus à jour possible.
- Pour chaque usager ayant consenti à la prise d'antiviraux, vérifier les contre-indications.

#### **Directives pour le pharmacien**

- Identifier les usagers qui souffrent d'insuffisance rénale sévère (ClCr inférieure à 10 mL/min) et les usagers dialysés, pour chaque unité de soins.
  - Rendre cette information disponible aux équipes de soins.
  - Ajuster la dose d'oseltamivir en prophylaxie pour chacun de ces usagers.

## **2. Initier la prophylaxie à l'aide d'antiviraux**

#### **Directives pour la conseillère en PCI**

- Confirmer, auprès de toutes les instances concernées, une éclosion de grippe causée par le virus de l'influenza de type A ou B, suite à la réception de deux résultats de prélèvements de sécrétions nasales positifs.
- Confirmer, à l'infirmière de l'unité de soins concernée, le statut d'éclosion.
- Aviser directement le pharmacien et le médecin de garde du début et de la fin d'une éclosion de grippe causée par le virus de l'influenza de type A ou B.
- Soutenir, au besoin, l'infirmière de l'unité de soins en éclosion :
  - Dans son évaluation pour l'administration d'une prophylaxie.
  - Lorsqu'il y a nécessité de transfert d'une prophylaxie à un traitement.
  - Lorsqu'il y a nécessité de débiter une prophylaxie à large échelle.
  - Pour toute autre question pertinente au regard de l'éclosion en cours.
- Communiquer avec le pharmacien lors de la levée d'une éclosion, lorsqu'une prophylaxie à large échelle a été débutée, afin que celui-ci cesse la prophylaxie en fonction de la date du début des symptômes du dernier cas de grippe.

## Directives pour le personnel infirmier

- Initier, lorsque l'éclosion est confirmée par la conseillère en PCI, une prophylaxie pour les contacts étroits, et ce, le plus rapidement possible.
  - Compléter le formulaire « Oseltamivir) intervention précoce en prophylaxie – MCQ00319 » (annexe 3).
  - Utiliser le tableau du formulaire pour déterminer la dose en prophylaxie à administrer :
    - À l'usager répondant à la définition de contact étroit (partageant la même chambre qu'un usager présentant des symptômes de SAG);
    - Aux usagers de l'unité et aux usagers ayant été traités pour un SAG non testé (post-traitement), en cas de prophylaxie à large échelle.
  - Et ce, même s'ils ne présentent aucun symptôme, en fonction de sa clairance à la créatinine (inscrite sur la FADM). En cas de doute, se référer à la conseillère en PCI.

### ALERTE CLINIQUE

Il est important d'utiliser la valeur de la clairance à la créatinine (ClCr) inscrite sur la FADM de l'usager, **et non pas la créatinine sérique.**

- Acheminer le formulaire à la pharmacie, selon les directives qui y sont mentionnées.

## Directives pour le pharmacien

- Prévoir une prophylaxie individuelle d'une durée de 10 jours pour l'usager considéré comme un contact étroit avec un cas confirmé de grippe.
- Prévoir une prophylaxie individuelle d'une durée de 14 jours au minimum, et de 10 jours suivant le début des symptômes du dernier cas de grippe, dans le cadre d'une prophylaxie à large échelle (contexte d'éclosion majeure).
- Cesser, suite à la confirmation de la fin d'une éclosion, les traitements prophylactiques en cours sur l'unité concernée.

## Particularités

- Un usager peut recevoir la prophylaxie à l'aide d'antiviraux, peu importe qu'il soit vacciné ou non contre la grippe.
- Advenant le cas où un usager développerait des symptômes de SAG pendant qu'il est sous prophylaxie, l'infirmière devra en aviser :
  - Le médecin répondant afin d'obtenir une ordonnance de traitement.
  - La conseillère en PCI.

## MÉDECIN RÉPONDANT

En cas de problème ou pour toute autre question sur l'application de l'ordonnance collective, le professionnel se réfère au médecin traitant ou au médecin de garde.

## **ANNEXES**

- ANNEXE 1 Définition clinique du syndrome d'allure grippale (SAG) et notion de contact étroit
- ANNEXE 2 Formulaire MCQ000049 : Demande de consentement à la vaccination contre l'influenza, le pneumocoque et la prise d'antiviraux pour la clientèle hébergée en longue durée
- ANNEXE 3 Formulaire MCQ00319 : Oseltamivir : Intervention précoce en prophylaxie
- ANNEXE 4 Monographie de l'oseltamivir

## **BIBLIOGRAPHIE**

- ASSOCIATION OF MEDICAL MICROBIOLOGY AND INFECTIOUS DISEASE CANADA (2017). *Guidance on use of antiviral drugs given potential low vaccine effectiveness for the 2017-18 Influenza season.*
- CIUSSS MCQ (2017). PO-10-013 : *Politique de consentement aux soins de santé et aux services sociaux.*
- MSSS (2012). *Mesures de prévention et de contrôle de la grippe saisonnière en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés*, Institut national de santé publique du Québec, [En ligne], 2012, [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1391\\_MesuresPrevControleGrippeSaisonCHSGS.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1391_MesuresPrevControleGrippeSaisonCHSGS.pdf)
- VILLENEUVE ET COLL., (2013). *Guide d'intervention – Grippe saisonnière en milieu d'hébergement et de soins de longue durée – Prévention, surveillance et contrôle*, Adopté par la Table de concertation nationale en maladies infectieuses, 6 décembre 2013.

## **MOTS-CLÉS**

Tamiflu, prophylaxie, antiviral, grippe, influenza, éclosion, oseltamivir.

## APPROBATION / ADOPTION

<b>ÉLABORATION</b>	Geneviève Campbell, conseillère cadre prévention et contrôle des infections – zone nord Direction adjointe – Soutien et développement des pratiques professionnelles en soins infirmiers et d'assistance et de la prévention des infections	
<b>COLLABORATION</b>	Karine Cloutier, conseillère cadre par intérim prévention et contrôle des infections – zone centre Caroline Labrecque, conseillère cadre prévention et contrôle des infections – zone sud Annie Laberge, chef de service prévention des infections Direction adjointe – Soutien et développement des pratiques professionnelles en soins infirmiers et d'assistance et de prévention des infections Audrée-Anne Duchesneau, pharmacienne Dre Danielle Samson, médecin-conseil, Direction de la santé publique et responsabilité populationnelle	
<b>ANNULE ET REMPLACE</b>	CSSSAE	S.O.
	CSSSBNY	OC-DSI-2012-55 Initier, ajuster et administrer l'oseltamivir
	CSSSD	S.O.
	CSSSE	OC 07 2014 04 Initier une prophylaxie ou un traitement contre la grippe causée par le virus de l'influenza lors d'une éclosion
	CSSSHSM	S.O.
	CSSSM	S.O.
	CSSSTR	N/A
	CSSSVB	OC-P5 Bilan préalable à la prophylaxie en cas d'éclosion d'influenza
	Agence	S.O.
	CJMCQ	S.O.
	CRDITED	S.O.
	Domrémy	S.O.
InterVal	S.O.	
<b>APPROUVÉE PAR :</b>	<b>Approbation électronique</b> Élise Leclair Directrice adjointe Soutien et développement des pratiques professionnelles en soins infirmiers et d'assistance et prévention des infections	2018-09-06
	<b>Approbation électronique</b> Dre Caroline Dostie Codirectrice Soutien à l'autonomie de la personne âgée (SAPA) - hébergement	2018-10-01
	<b>Approbation électronique</b> Alain Bureau Chef du Département de pharmacie	2018-09-27
<b>ADOPTÉE PAR :</b>	<b>Original signé</b> Dr Jocelyn Gervais Président du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	2018-11-09

<p style="text-align: center;"><b>DEFINITION CLINIQUE DU SYNDROME D'ALLURE GRIPPALE (SAG) ET NOTION DE CONTACT ÉTROIT</b></p>
---

**La définition clinique du syndrome d'allure grippale (SAG) considérée comme la plus spécifique comprend les symptômes suivants :**

- Apparition soudaine de fièvre (température buccale de 38°C ou plus);
- **OU** toux;
- **ET** au moins un des symptômes suivants : mal de gorge, arthralgies, myalgies, prostration ou fatigue extrême.

La présentation peut être atypique et la fièvre absente, en particulier chez la personne âgée. À noter que l'apparition de la toux peut être tardive (MSSS, 2012). En cas de doute, contactez la conseillère en PCI (en son absence, contacter le coordonnateur de garde).

**Notion de contact étroit :** Usager partageant la même chambre qu'un usager ayant un SAG ou une grippe causée par le virus de l'influenza confirmée.



MCQ00049

**DEMANDE DE CONSENTEMENT À LA VACCINATION  
CONTRE INFLUENZA, PNEUMOCOQUE ET PRISE  
D'ANTIVIRAUX POUR LA CLIENTÈLE EN  
HÉBERGEMENT DE LONGUE DURÉE**

**Le consentement est valide dans les différents centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) du CIUSSS MCQ.**

À titre de :  Usager  
 Répondant de : \_\_\_\_\_

Après avoir pris connaissance de l'information pertinente, je consens à la vaccination par le CIUSSS MCQ.

Je comprends que ce ou ces vaccins seront administrés, s'il n'y a pas de contre-indication.

Je consens à prendre une médication (antiviraux) pour prévenir l'influenza telle que cela m'a été expliqué(e), si une éclosion survient dans l'installation où je réside. Cette médication me sera administrée selon les lignes directrices en vigueur dans les installations du CIUSSS MCQ, si je ne présente pas de contre-indication.

Ce consentement est révocable en tout temps.

J'ai reçu l'information sur le vaccin ainsi que sur les effets secondaires possibles.

J'ai reçu l'information concernant les antiviraux, leurs indications et les effets secondaires possibles.

JE CONSENS :  Grippe saisonnière  
 Pneumocoque  
 Antiviraux pour influenza

JE REFUSE :  Grippe saisonnière  
 Pneumocoque  
 Antiviraux pour influenza

Signature de l'utilisateur : \_\_\_\_\_  
ou de son répondant

Date : \_\_\_\_\_

Signature de l'intervenant : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

**RÉVOCATION**

À titre de :  Usager  
 Répondant de : \_\_\_\_\_

Après avoir précédemment consenti à certains vaccins et médicaments pour prévenir l'influenza, je souhaite maintenant révoquer cette décision et apporter un changement à mon consentement.

JE CONSENS :  Grippe saisonnière  
 Pneumocoque  
 Antiviraux pour influenza

JE REFUSE :  Grippe saisonnière  
 Pneumocoque  
 Antiviraux pour influenza

Signature de l'utilisateur : \_\_\_\_\_  
ou de son répondant

Date : \_\_\_\_\_

Signature de l'intervenant : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_





MCQ00319

Identification de l'utilisateur	
Dossier :	_____
Nom :	_____
Prénom :	_____
D.D.N. :	_____ - _____ - _____
	AAAA MM JJ

## OSELTAMIVIR : INTERVENTION PRÉCOCE EN PROPHYLAXIE

Unités de soins de longue durée, incluant les unités transitoires de réadaptation fonctionnelle

### LORS D'UNE ÉCLOSION CONFIRMÉE PAR LA CONSEILLÈRE EN PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS (PCI) :

À COMPLÉTER PAR L'INFIRMIÈRE

- Consentement obtenu :  Oui  Non → NE PAS procéder
- L'utilisateur recevra sa médication d'oseltamivir sous forme de :  Capsule (peut être ouverte)  Liquide
- Cocher, s'il s'agit d'un cas de :  Prophylaxie : contact étroit  Prophylaxie : écloison majeure avec prophylaxie à large échelle (inclut les syndromes à allure grippale (SAG) non testés, après leur traitement de 5 jours)  Traitement (symptomatique) → Obtenir une ordonnance médicale

**S'IL S'AGIT D'UN USAGER QUI ÉTAIT DÉJÀ SOUS PROPHYLAXIE ET QU'IL DEVIENT SOUS TRAITEMENT, PASSER DIRECTEMENT À LA SECTION 5.**

- La pharmacie a-t-elle avisé que cet usager était sous néphrolyse ou avait une clairance à la créatinine (CICr) inférieure à 10 mL/minute?  Oui → Administrer immédiatement la dose déjà convenue avec la pharmacie. En cas de doute, communiquer avec le pharmacien.  Non → Administrer immédiatement la première dose d'oseltamivir selon la CICr de l'utilisateur.

**ALERTE CLINIQUE :** Il est important d'utiliser la valeur de la **clairance à la créatinine (CICr)** inscrite sur la FADM de l'utilisateur, et non pas la créatinine sérique.

Cocher la posologie	Clairance à la créatinine (CICr)	Posologie de l'oseltamivir	Durée de la prophylaxie
<input type="checkbox"/>	61 mL/minute ou plus	75 mg die	10 jours pour un contact étroit.
<input type="checkbox"/>	31 à 60 mL/minute	30 mg die	14 jours minimum <b>ET</b> jusqu'à 10 jours après le début des symptômes du dernier cas d'une écloison majeure lors de prophylaxie à large échelle (prendre la durée la plus longue).
<input type="checkbox"/>	10 à 30 mL/minute	30 mg aux 2 jours	
<input type="checkbox"/>	9 mL/minute ou moins ou hémodialysé	Dose convenue avec la pharmacie Posologie suivante : _____	

Signature de l'infirmière : \_\_\_\_\_ No permis : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_  
AAAA-MM-JJ hh-mm

- Télécopier immédiatement cette feuille à la pharmacie, accompagnée de l'ordonnance médicale dans le cas d'un traitement.**

- Le pharmacien déterminera le moment de l'administration de la deuxième dose.
- La posologie pour le reste de la prophylaxie ou du traitement et la médication vous seront fournies.

- À compléter par le pharmacien :

Posologie : \_\_\_\_\_

Signature du pharmacien : \_\_\_\_\_ No permis : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

AAAA-MM-JJ

Monographie de l'oseltamivir

[En ligne]

[http://www.rochecanada.com/content/dam/roche\\_canada/fr\\_CA/documents/Research/ClinicalTrialsForms/Products/ConsumerInformation/MonographsandPublicAdvisories/Tamiflu/Tamiflu\\_PM\\_F.pdf](http://www.rochecanada.com/content/dam/roche_canada/fr_CA/documents/Research/ClinicalTrialsForms/Products/ConsumerInformation/MonographsandPublicAdvisories/Tamiflu/Tamiflu_PM_F.pdf)