

## AUX PARENTS DES ÉLÈVES DE LA 3<sup>e</sup> ANNÉE DU SECONDAIRE

### OBJET : PROGRAMME DE VACCINATION EN MILIEU SCOLAIRE

Bonjour,

Au Québec, l'âge légal pour le consentement aux soins est de 14 ans. Votre enfant, s'il a 14 ans, est donc en mesure de consentir lui-même à la vaccination offerte à l'école. Il devra compléter les sections A et B du formulaire joint «Bilan de santé, consentement et vaccination de l'élève au secondaire». Les présentes informations vous sont fournies afin de vous renseigner sur les vaccins qui seront proposés à votre enfant et que vous puissiez le soutenir dans sa démarche.

#### Vaccination contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos

À l'automne 2004, le ministère de la Santé et des Services sociaux a instauré en milieu scolaire un programme de vaccination contre la coqueluche pour les garçons et les filles de 3<sup>e</sup> secondaire. Votre jeune aura l'occasion de recevoir à l'école une dose du vaccin dcaT, un vaccin qui protège à la fois contre la diphtérie (d), la coqueluche (ca) et le tétanos (T). La diphtérie, la coqueluche et le tétanos sont des maladies très sérieuses causées par des bactéries. Voilà pourquoi il est important de faire vacciner les jeunes. Même si votre enfant a reçu un vaccin contre la diphtérie et le tétanos au cours des cinq dernières années, par exemple à la suite d'une blessure ou d'une morsure ou avant de partir en voyage, le vaccin dcaT est recommandé pour le protéger contre la coqueluche.

#### Vaccination contre le méningocoque de sérogroupe C

Le méningocoque est une bactérie qui peut causer des infections sévères, tel que méningite et infections du sang (septicémie). Une dose de ce vaccin est prévue au calendrier régulier des enfants à l'âge de 12 mois. Depuis 2013, afin de maintenir la protection individuelle et collective (immunité de groupe) conférée par le vaccin, les experts du Québec recommandent l'administration d'une dose de rappel du vaccin contre le Men-C aux jeunes en 3<sup>e</sup> secondaire. Les adolescents font partie de la population la plus touchée par cette bactérie, après les enfants âgés de moins d'un an.

Ce vaccin sera administré en même temps que le vaccin dcaT. Il n'y a aucun risque à recevoir plusieurs vaccins au cours d'une même séance de vaccination. Cette pratique est sécuritaire, et elle est répandue dans le monde entier.

#### Mise à jour du carnet de vaccination

Au moment de vacciner votre jeune, l'infirmière profitera de l'occasion pour vérifier, dans son carnet de vaccination, s'il a reçu toutes les doses de vaccins indiquées pour son âge contre les maladies suivantes : la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite, la rougeole, la rubéole, les oreillons, la varicelle (picote)<sup>1</sup>, l'infection à méningocoque, l'hépatite B et le VPH (voir informations dans le paragraphe suivant). Elle pourra alors lui donner les vaccins manquants afin qu'il soit bien protégé contre ces maladies qui existent toujours. Toutefois, même sans le carnet de vaccination, l'infirmière sera en mesure de proposer à votre jeune les vaccins qui sont recommandés.

<sup>1</sup> Si votre jeune a déjà contracté la varicelle (picote) après l'âge d'un an, il est considéré protégé. Pour favoriser le déroulement de la vaccination, il serait préférable d'informer votre jeune s'il a eu ou non la varicelle. Le vaccin est offert gratuitement depuis janvier 2006.

### Vaccination contre les VPH (pour les filles non vaccinées en 4<sup>e</sup> année du primaire)

VPH est l'abréviation de « virus du papillome humain ». Les VPH sont parmi les virus les plus répandus dans le monde et ils sont très nombreux. On en compte plus de 100 qui peuvent infecter différentes parties du corps. Au cours de sa vie, il est possible d'être infecté par plus d'un VPH à la fois et d'être infecté plus d'une fois. Les VPH sont la cause de presque tous les cancers du col de l'utérus. Les VPH peuvent aussi causer des condylomes, qui sont des verrues anales ou génitales. Toute personne qui a des relations sexuelles, même sans pénétration, peut attraper un VPH. Les VPH se transmettent par un contact cutané (peau à peau) au cours d'une activité sexuelle, même sans pénétration. Il s'agit de l'infection transmissible sexuellement (ITS) la plus fréquente.

Ce vaccin ne sera pas offert aux garçons. Au début du programme, le vaccin visait à prévenir uniquement le cancer du col de l'utérus. Les filles étaient ainsi plus directement touchées par la prévention de ce cancer, donc elles étaient les seules à recevoir le vaccin. Depuis, de nombreuses études scientifiques démontrent que le vaccin contre les VPH protège les garçons contre les condylomes et une forme de cancer de l'anus associé aux VPH. On ne sait pas si la vaccination des garçons prévient le cancer du col de l'utérus chez leurs partenaires féminines. Toutefois, la vaccination d'une grande proportion des filles amène une diminution des condylomes chez les garçons. La vaccination des garçons contre les VPH est recommandée par des experts canadiens, mais elle n'est pas gratuite.

Depuis le début du programme de vaccination gratuite en 2008, deux doses du vaccin espacées de 6 mois ont été offertes aux filles en 4<sup>e</sup> année du primaire et 3 doses à 0, 2 et 6 mois à celles du 3<sup>e</sup> secondaire. Après avoir évalué les données scientifiques, les experts québécois jugent que les deux doses administrées aux filles de 4<sup>e</sup> année sont suffisantes pour protéger les filles contre les VPH. La vaccination contre les VPH en 3<sup>e</sup> secondaire sera donc offerte seulement aux filles qui n'auraient pas reçues les deux doses du vaccin en 4<sup>e</sup> année.

### Informations générales

Votre jeune recevra des dépliants d'informations sur les effets secondaires pouvant apparaître dans les 24 à 72 heures suivant l'administration du ou des vaccins qu'il recevra et les moyens à prendre pour les soulager.

La vaccination aura lieu le entre le 22 et le 25 février 2016 à la Polyvalente Paul-Hubert.

**S.V.P., assurez-vous que votre enfant ait son carnet de vaccination en mains.** Les vaccins administrés y seront inscrits. La carte d'assurance maladie n'est pas requise.

Si vous désirez des informations supplémentaires, vous pouvez contacter le service d'immunisation, au 418-724-5475 ou consulter le site Internet du Ministère à l'adresse suivante : <http://sante.gouv.qc.ca/conseils-et-prevention/vaccination/>

Nous vous remercions de votre collaboration.

*L'équipe du service d'immunisation du CLSC de Rimouski*

165, rue des Gouverneurs

**BILAN DE SANTÉ, CONSENTEMENT ET VACCINATION DE L'ÉLÈVE AU SECONDAIRE**

Service d'immunisation

NOM ET PRÉNOM DE L'ÉLÈVE : \_\_\_\_\_

NOM ET PRÉNOM DE LA MÈRE : \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

NUMÉROS DE TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_

**SECTION A ET B À COMPLÉTER PAR L'ÉLÈVE OU LES PARENTS SI MOINS DE 14 ANS OU INAPTE**

**A. INFORMATIONS MÉDICALES** Est-ce que la personne à vacciner :

- 1) A déjà fait une réaction allergique grave après avoir pris un médicament ou avoir reçu un vaccin ?  
 Non  Oui Si oui, à quoi ? \_\_\_\_\_
- 2) Souffre d'un problème du système immunitaire ?  
 Non  Oui Si oui, lequel ? \_\_\_\_\_
- 3) Reçoit ou a reçu des traitements récemment (transfusion sanguine, chimiothérapie, etc.) ?  
 Non  Oui Si oui, lequel ? \_\_\_\_\_
- 4) Est enceinte ?  Non  Oui
- 5) A déjà fait la varicelle ?  Non  Oui À quel âge ? \_\_\_\_\_
- 6) A été blessé et a reçu un vaccin contre le tétanos au cours des cinq dernières années ?  Non  Oui
- 7) Informations complémentaires : \_\_\_\_\_

**B. CONSENTEMENT OU REFUS**

**Vaccination prévue en secondaire III ou d'âge équivalent**

Je reconnais avoir été informé verbalement ou par écrit des maladies de la nature du ou des vaccins suivants, des manifestations indésirables possibles et de la conduite à suivre après la vaccination.

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> J'accepte les vaccins suivants : | <input type="checkbox"/> Diphtérie, coqueluche et tétanos | <input type="checkbox"/> Méningocoque de séro groupe C |
| <input type="checkbox"/> Je refuse les vaccins suivants : | <input type="checkbox"/> Diphtérie, coqueluche et tétanos | <input type="checkbox"/> Méningocoque de séro groupe C |

\_\_\_\_\_  
Signature de l'élève ou du parent/tuteur si moins de 14 ans ou inapte

\_\_\_\_\_  
Date

**Mise à jour vaccination de base**

Suite à l'analyse du relevé de vaccination par l'infirmière, des vaccins peuvent être nécessaires pour mettre à jour la vaccination de base proposée dans le Protocole d'immunisation du Québec. Ceci inclut une protection contre la rougeole, la rubéole, les oreillons, les infections à méningocoque, la varicelle, la poliomyélite, l'hépatite B et les virus du papillome humain (pour les filles seulement).

- J'accepte la mise à jour de la vaccination de base et je reconnais avoir été informé verbalement ou par écrit des maladies, de la nature du ou des vaccins que je recevrai, des manifestations indésirables possibles et de la conduite à suivre après la vaccination.
- Je refuse la mise à jour de la vaccination de base Je reconnais avoir été informé verbalement ou par écrit des maladies de la nature du ou des vaccins proposés.

\_\_\_\_\_  
Signature de l'élève ou du parent/tuteur si moins de 14 ans ou inapte

\_\_\_\_\_  
Date

Informations complémentaires : \_\_\_\_\_

**C. INTERVENTIONS DU PERSONNEL INFIRMIER LORS DE LA VACCINATION**

<input type="checkbox"/> Peut être vacciné contre : _____ <input type="checkbox"/> Vaccination contre-indiquée : <input type="checkbox"/> État fébrile/maladie aiguë <input type="checkbox"/> Vaccin vivant depuis le dernier mois <input type="checkbox"/> Autre : _____ Signature de l'infirmière : _____	Vaccin : _____ N° lot : _____ <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> BG <input type="checkbox"/> BD _____ Date                      Heure                      Signature
<input type="checkbox"/> Peut être vacciné contre : _____ <input type="checkbox"/> Vaccination contre-indiquée : <input type="checkbox"/> État fébrile/maladie aiguë <input type="checkbox"/> Vaccin vivant depuis le dernier mois <input type="checkbox"/> Autre : _____ Signature de l'infirmière : _____	Vaccin : _____ N° lot : _____ <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> BG <input type="checkbox"/> BD _____ Date                      Heure                      Signature
<input type="checkbox"/> Peut être vacciné contre : _____ <input type="checkbox"/> Vaccination contre-indiquée : <input type="checkbox"/> État fébrile/maladie aiguë <input type="checkbox"/> Vaccin vivant depuis le dernier mois <input type="checkbox"/> Autre : _____ Signature de l'infirmière : _____	Vaccin : _____ N° lot : _____ <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> BG <input type="checkbox"/> BD _____ Date                      Heure                      Signature
<input type="checkbox"/> Peut être vacciné contre : _____ <input type="checkbox"/> Vaccination contre-indiquée : <input type="checkbox"/> État fébrile/maladie aiguë <input type="checkbox"/> Vaccin vivant depuis le dernier mois <input type="checkbox"/> Autre : _____ Signature de l'infirmière : _____	Vaccin : _____ N° lot : _____ <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> BG <input type="checkbox"/> BD _____ Date                      Heure                      Signature
<input type="checkbox"/> Peut être vacciné contre : _____ <input type="checkbox"/> Vaccination contre-indiquée : <input type="checkbox"/> État fébrile/maladie aiguë <input type="checkbox"/> Vaccin vivant depuis le dernier mois <input type="checkbox"/> Autre : _____ Signature de l'infirmière : _____	Vaccin : _____ N° lot : _____ <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> BG <input type="checkbox"/> BD _____ Date                      Heure                      Signature
<input type="checkbox"/> Peut être vacciné contre : _____ <input type="checkbox"/> Vaccination contre-indiquée : <input type="checkbox"/> État fébrile/maladie aiguë <input type="checkbox"/> Vaccin vivant depuis le dernier mois <input type="checkbox"/> Autre : _____ Signature de l'infirmière : _____	Vaccin : _____ N° lot : _____ <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> BG <input type="checkbox"/> BD _____ Date                      Heure                      Signature
<input type="checkbox"/> Peut être vacciné contre : _____ <input type="checkbox"/> Vaccination contre-indiquée : <input type="checkbox"/> État fébrile/maladie aiguë <input type="checkbox"/> Vaccin vivant depuis le dernier mois <input type="checkbox"/> Autre : _____ Signature de l'infirmière : _____	Vaccin : _____ N° lot : _____ <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> BG <input type="checkbox"/> BD _____ Date                      Heure                      Signature
<input type="checkbox"/> Peut être vacciné contre : _____ <input type="checkbox"/> Vaccination contre-indiquée : <input type="checkbox"/> État fébrile/maladie aiguë <input type="checkbox"/> Vaccin vivant depuis le dernier mois <input type="checkbox"/> Autre : _____ Signature de l'infirmière : _____	Vaccin : _____ N° lot : _____ <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> BG <input type="checkbox"/> BD _____ Date                      Heure                      Signature
Notes complémentaires : _____ _____ _____	