

Centre régional de santé et de services sociaux  
Rimouski



Siège social  
150, avenue Rouleau  
Rimouski (Québec) G5L 5T1

Téléphone : (418) 723-7851  
Télécopieur : (418) 724-8632

Le 12 août 2010

**Objet : Service de la Clinique jeunesse du CLSC/CSSS de Rimouski-Neigette**

Aux parents et élèves de l'école Paul-Hubert,

La Clinique jeunesse du CLSC/CSSS de Rimouski-Neigette dispense des services sociaux et de santé à l'intérieur même de l'école Paul-Hubert. Les élèves ont donc la possibilité de s'y présenter et de bénéficier de services dispensés par l'un ou l'autre des professionnels de l'équipe.

L'équipe se compose de :

	Clinique jeunesse : 418 724-3391
Intervenants sociaux :	Nancy Desrosiers, Stéphanie St-Louis Mélanie Yockell
Infirmière :	Lorraine Michaud
Médecins :	Les cliniques médicales se tiennent les mardis et jeudis avant-midi. Une évaluation est faite au préalable par l'infirmière.

L'infirmière, tout comme l'intervenant social doit examiner la situation, évaluer le besoin de l'élève et convenir du service requis. Si nécessaire, l'élève peut être dirigé vers une autre ressource. Ce travail se fait en collaboration avec les médecins, le personnel de l'école et, s'il y a lieu, avec d'autres professionnels de ressources extérieures.

Il va s'en dire que selon la loi, articles 10 et 11 du Code civil du Québec, votre jeune de 14 ans et plus a droit au secret professionnel de notre part et il peut décider pour lui-même.

CHRR  
150, avenue Rouleau  
Rimouski (Québec) G5L 5T1  
Téléphone : (418) 723-7851  
Télécopieur : (418) 724-8632

CHSLD Rimouski-Neigette  
645, boul. Saint-Germain  
Rimouski (Québec) G5L 3S2  
Téléphone : (418) 724-4111  
Télécopieur : (418) 724-0604

CLSC Rimouski-Neigette  
165, rue des Gouverneurs  
Rimouski (Québec) G5L 7R2  
Téléphone : (418) 724-7204  
Télécopieur : (418) 727-5494

Par conséquent, ce ne sont pas tous les services dispensés en milieu scolaire par les intervenants du CLSC qui nécessitent que les parents en soient informés. Toutefois, soyez assurés que si votre jeune présente une situation comportant un risque pour sa santé ou son intégrité, nous considérons avoir le devoir de vous en informer. Dans un contexte d'urgence, il est bon de vous préciser également que le consentement d'un seul parent suffit, selon l'article 603.

Au besoin, les parents seront sollicités afin de supporter leur jeune (ex : le conduire à l'hôpital, venir le chercher s'il est malade, collaborer avec l'intervenant social dans l'évaluation de la situation-problème et dans la mise en place de l'aide requise, etc.).

Également, vous trouverez ci-joint un document sur la consommation des drogues, il se veut un outil d'information pour vous et votre adolescent.

Pour toutes questions, demandes d'information ou d'aide, vous pouvez nous joindre au numéro de téléphone mentionné plus haut. Veuillez accepter nos sincères salutations et soyez assurés que la santé physique et mentale de votre jeune nous tient à cœur.

Bonne année scolaire à vous, parents et jeunes!

L'Équipe de la Clinique jeunesse du CLSC-CSSS de Rimouski-Neigette

**P.S. : Concernant la fiche de santé de votre jeune :**

**Aux parents :** Il est indispensable que vous complétiez le formulaire ci-joint afin que nous puissions répondre adéquatement à ses besoins et lui dispenser les soins requis.

**Aux jeunes :** S.V.P., bien vouloir remettre cette fiche lors de l'inscription en août.

**Merci!**

**Lorraine Michaud, infirmière**



**ALLERGIE SÉVÈRE :** alimentaire  oui, à quoi ? : \_\_\_\_\_  
 non  
 piqûre d'insecte  oui, à lequel ? : \_\_\_\_\_  
 non  
 Autre, préciser : \_\_\_\_\_

Cette allergie nécessite-t-elle une injection d'adrénaline *Épiper®* ou *Twinject* prescrite par un médecin ?  
 oui Porte-t'il son injection sur lui ?  oui Si oui, où ? \_\_\_\_\_  
 non  non Si non, où ? \_\_\_\_\_  
 non

Ou  
 A-t-il une prescription de médicament pour diminuer ses symptômes ?  oui Si oui, lequel : \_\_\_\_\_  
 non

**DIABÈTE :**  oui  non  
 Prend-t'il un médicament :  oui  non Si oui, lequel : \_\_\_\_\_  
 Prend-t'il de l'insuline :  oui  non Si oui, laquelle : \_\_\_\_\_  
 Quand : \_\_\_\_\_  
 Médicament à l'école ou au CPE :  oui  non Si oui, lequel : \_\_\_\_\_  
 Quels sont les symptômes de malaises : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**ASTHME :**  oui  non  
 Prend-t'il un médicament :  oui  non Si oui, lequel : \_\_\_\_\_  
 Quels sont ses symptômes de détérioration : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Lors d'une réaction anaphylactique avec difficulté respiratoire, administrer de l'épinéphrine avant de faire prendre des médicaments contre l'asthme.**

**AUTRES :** Votre jeune présente-t-il un autre problème de santé pouvant nécessiter une INTERVENTION D'URGENCE À L'ÉCOLE OU AU CPE ?

Problème de comportement :  oui  non Lequel ? \_\_\_\_\_  
 Trouble déficitaire de l'attention :  oui  non Médicament : \_\_\_\_\_  
 Épilepsie :  oui  non Médicament : \_\_\_\_\_  
 Insuffisance rénale :  oui  non Médicament : \_\_\_\_\_  
 Insuffisance cardiaque :  oui  non Médicament : \_\_\_\_\_  
 Autre : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**J'autorise la transmission des informations inscrites ci-dessus entre le CPE ou le personnel de l'école et l'infirmière du CSSSRN qui pourraient avoir à intervenir en situation d'urgence auprès de mon enfant, du jeune dont j'ai la garde ou de moi-même (si plus de 14 ans). Également en cas d'urgence, dans le but de soulager ou sauver la vie, les médicaments ci-haut inscrits pourront être administrés.**

\_\_\_\_\_  
 Signature du parent, du tuteur ou du jeune de plus de 14 ans \_\_\_\_\_  
Date

**Objet : Programme de vaccination en milieu scolaire**

---

Au Québec, l'âge légal pour le consentement aux soins est de 14 ans. Votre enfant est donc en mesure de consentir lui-même à la vaccination offerte à l'école. Les présentes informations vous sont fournies afin que vous puissiez le soutenir dans sa démarche.

**Vaccination contre le VPH**

**Depuis l'automne 2008**, un vaccin contre le virus du papillome humain (VPH) est offert gratuitement aux filles de 3<sup>e</sup> secondaire.

Le VPH est un des virus les plus répandus dans le monde. Il existe de nombreux types de VPH susceptibles d'infecter différentes parties du corps. En effet, certains types de VPH peuvent infecter les cellules du col de l'utérus et entraîner des lésions précancéreuses qui, lorsqu'elles ne sont pas détectées suffisamment tôt, peuvent devenir cancéreuses après plusieurs années. Le VPH est la cause des presque 100 % des cancers du col de l'utérus et peut aussi causer des verrues anales et génitales (aussi appelées condylomes). Bien qu'elles ne causent généralement pas de cancer et qu'elles finissent pas disparaître d'elles-mêmes, ces verrues sont plutôt désagréables et embarrassantes et peuvent nécessiter des traitements douloureux et plusieurs consultations médicales. Chez la plupart des personnes, l'infection disparaît d'elle-même avec le temps.

L'objectif principal du programme de vaccination contre le VPH est de prévenir le cancer du col de l'utérus chez les femmes. Pour assurer une protection maximale, le vaccin doit être administré avant le début des relations sexuelles. L'offre de vaccination contre le VPH en milieu scolaire permettra de mieux rejoindre les adolescentes et de les vacciner avant que la majorité d'entre elles ne commencent à avoir des relations sexuelles. Au cours de l'année scolaire, trois doses de vaccin contre le VPH seront administrées. Les deuxième et troisième doses seront administrées respectivement deux et six mois après la première dose. Un dépliant d'information sera remis aux filles avant la vaccination. Nous pouvons toutefois vous assurer que ce vaccin est très efficace et sécuritaire.

À ce jour, on n'a aucune preuve que le vaccin puisse prévenir chez les garçons les lésions précancéreuses ou cancéreuses associées au VPH ou prévenir le cancer du col de l'utérus chez leurs partenaires sexuelles féminins. Le vaccin contre le VPH n'est donc pas recommandé actuellement pour les garçons. Des études sont en cours.

Plus de 85 % des filles éligibles en 3<sup>e</sup> secondaire ont accepté l'offre de vaccination contre le VPH à la suite du lancement du programme en septembre 2008.

**Vaccination contre la coqueluche et mise à jour du carnet de vaccination**

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.

La première dose de vaccin contre le VPH sera administrée aux filles 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.

**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 (picotte)<sup>1</sup>, l'infection à méningocoque et l'hépatite B. **Elle pourra alors lui donner les vaccins manquants** afin qu'il soit bien protégé contre ces maladies qui existent toujours. Votre jeune recevra un dépliant d'information sur les effets secondaires pouvant apparaître dans les 24 à 72 heures suivant l'administration d'un vaccin et les moyens à prendre pour les soulager.

La vaccination à l'école Paul Hubert aura lieu :

Gardasil-VPH 1 <sup>ère</sup> dose	filles	27 et 28 octobre 2010
Gardasil -VPH 2 <sup>ème</sup> dose Diphtérie-Coqueluche-Tétanos	Filles et garçons	8, 9 et 10 décembre 2010
Gardasil -VPH 3 <sup>ème</sup> dose	filles	27 et 28 avril 2011

**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 l'infirmière de l'école, LORRAINE MICHAUD au 418-724-3391 ou consulter le site Internet [[www.msss.gouv.qc.ca/vaccination](http://www.msss.gouv.qc.ca/vaccination)].

Nous vous remercions de votre collaboration.

*L'équipe de vaccination du CLSC Rimouski-Neigette*

<sup>1</sup> Si votre jeune a déjà contracté la varicelle (picotte), 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.

N° dossier CLSC : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

## VACCINATION AU SECONDAIRE

### SECTIONS 1, 2 ET 3 - À COMPLÉTER PAR L'ÉLÈVE OU LES PARENTS

#### 1. IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe :  F  M

No. assurance maladie : \_\_\_\_\_ Date/naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Année Mois Jour

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Nom et prénom du père : \_\_\_\_\_

Nom et prénom de la mère : \_\_\_\_\_

Téléphone (résidence) : 418 \_\_\_\_\_ Autre : 418 \_\_\_\_\_

#### 2. 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?

Oui  Non Si oui, à quoi? \_\_\_\_\_

2) Souffre d'un problème du système immunitaire?

Oui  Non Si oui, lequel? \_\_\_\_\_

3) Reçoit ou a reçu des traitements récemment?

Oui  Non Si oui, lesquels? \_\_\_\_\_

4) Est enceinte?  Oui  Non

5) A déjà fait la varicelle?  Oui  Non

6) A été blessée et a reçu un vaccin contre le tétanos au cours des cinq dernières années?  Oui  Non

7) Autres : \_\_\_\_\_

#### 3. CONSENTEMENT

Je reconnais avoir été informé de la nature du ou des vaccins suivants, des réactions secondaires possibles et de la conduite à suivre après la vaccination :

dcaT (Boostrix)

Varicelle (Varivax)

Virus papillome humain (Gardasil)

Méningocoque (Meningitec / Menjugate)

Hépatite B (Recombivax)

Rougeole / rubéole / oreillons (MMRII)

Polio (Imovax)

Autres

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

\_\_\_\_\_ Date

**SECTION À REMPLIR PAR L'INFIRMIÈRE LE JOUR DE LA VACCINATION**

4. ÉVALUATION	VACCINATION
<p>DATE : _____</p> <p style="text-align: right;"><i>Initiales</i></p> <p><input type="checkbox"/> Peut être vacciné(e) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Vaccination contre-indiquée : _____</p> <p style="margin-left: 20px;"> <input type="radio"/> État fébrile/maladie aiguë  <input type="radio"/> Vaccin vivant &lt; 1 mois  <input type="radio"/> Autre : _____                 </p>	<p><input type="checkbox"/> Vaccin : _____ #lot : _____</p> <p><input type="checkbox"/> I.M.    <input type="checkbox"/> S/C    <input type="checkbox"/> BG    <input type="checkbox"/> BD</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Heure</p> <p style="text-align: right;">_____</p> <p style="text-align: right;">Signature</p>
<p>DATE : _____</p> <p style="text-align: right;"><i>Initiales</i></p> <p><input type="checkbox"/> Peut être vacciné(e) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Vaccination contre-indiquée : _____</p> <p style="margin-left: 20px;"> <input type="radio"/> État fébrile/maladie aiguë  <input type="radio"/> Vaccin vivant &lt; 1 mois  <input type="radio"/> Autre : _____                 </p>	<p><input type="checkbox"/> Vaccin : _____ #lot : _____</p> <p><input type="checkbox"/> I.M.    <input type="checkbox"/> S/C    <input type="checkbox"/> BG    <input type="checkbox"/> BD</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Heure</p> <p style="text-align: right;">_____</p> <p style="text-align: right;">Signature</p>
<p>DATE : _____</p> <p style="text-align: right;"><i>Initiales</i></p> <p><input type="checkbox"/> Peut être vacciné(e) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Vaccination contre-indiquée : _____</p> <p style="margin-left: 20px;"> <input type="radio"/> État fébrile/maladie aiguë  <input type="radio"/> Vaccin vivant &lt; 1 mois  <input type="radio"/> Autre : _____                 </p>	<p><input type="checkbox"/> Vaccin : _____ #lot : _____</p> <p><input type="checkbox"/> I.M.    <input type="checkbox"/> S/C    <input type="checkbox"/> BG    <input type="checkbox"/> BD</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Heure</p> <p style="text-align: right;">_____</p> <p style="text-align: right;">Signature</p>
<p>DATE : _____</p> <p style="text-align: right;"><i>Initiales</i></p> <p><input type="checkbox"/> Peut être vacciné(e) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Vaccination contre-indiquée : _____</p> <p style="margin-left: 20px;"> <input type="radio"/> État fébrile/maladie aiguë  <input type="radio"/> Vaccin vivant &lt; 1 mois  <input type="radio"/> Autre : _____                 </p>	<p><input type="checkbox"/> Vaccin : _____ #lot : _____</p> <p><input type="checkbox"/> I.M.    <input type="checkbox"/> S/C    <input type="checkbox"/> BG    <input type="checkbox"/> BD</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Heure</p> <p style="text-align: right;">_____</p> <p style="text-align: right;">Signature</p>
<p>DATE : _____</p> <p style="text-align: right;"><i>Initiales</i></p> <p><input type="checkbox"/> Peut être vacciné(e) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Vaccination contre-indiquée : _____</p> <p style="margin-left: 20px;"> <input type="radio"/> État fébrile/maladie aiguë  <input type="radio"/> Vaccin vivant &lt; 1 mois  <input type="radio"/> Autre : _____                 </p>	<p><input type="checkbox"/> Vaccin : _____ #lot : _____</p> <p><input type="checkbox"/> I.M.    <input type="checkbox"/> S/C    <input type="checkbox"/> BG    <input type="checkbox"/> BD</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Heure</p> <p style="text-align: right;">_____</p> <p style="text-align: right;">Signature</p>
<p>DATE : _____</p> <p style="text-align: right;"><i>Initiales</i></p> <p><input type="checkbox"/> Peut être vacciné(e) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Vaccination contre-indiquée : _____</p> <p style="margin-left: 20px;"> <input type="radio"/> État fébrile/maladie aiguë  <input type="radio"/> Vaccin vivant &lt; 1 mois  <input type="radio"/> Autre : _____                 </p>	<p><input type="checkbox"/> Vaccin : _____ #lot : _____</p> <p><input type="checkbox"/> I.M.    <input type="checkbox"/> S/C    <input type="checkbox"/> BG    <input type="checkbox"/> BD</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Heure</p> <p style="text-align: right;">_____</p> <p style="text-align: right;">Signature</p>
<p>DATE : _____</p> <p style="text-align: right;"><i>Initiales</i></p> <p><input type="checkbox"/> Peut être vacciné(e) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Vaccination contre-indiquée : _____</p> <p style="margin-left: 20px;"> <input type="radio"/> État fébrile/maladie aiguë  <input type="radio"/> Vaccin vivant &lt; 1 mois  <input type="radio"/> Autre : _____                 </p>	<p><input type="checkbox"/> Vaccin : _____ #lot : _____</p> <p><input type="checkbox"/> I.M.    <input type="checkbox"/> S/C    <input type="checkbox"/> BG    <input type="checkbox"/> BD</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Heure</p> <p style="text-align: right;">_____</p> <p style="text-align: right;">Signature</p>

## Vous avez besoin d'aide ?

Il existe un service adapté pour vos besoins, ici même à l'école. Nous sommes là pour vous.

Pour toutes demandes, vous communiquez avec la direction d'unité concernée, soit :

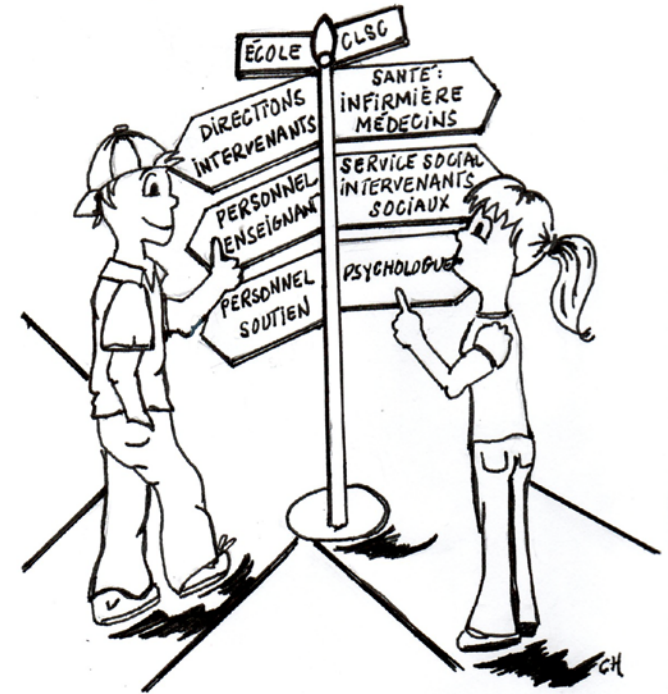
**Collaboration :** **Clinique jeunesse :** 418 724-3391  
CLSC de Rimouski  
165, des Gouverneurs  
Rimouski (Québec)  
G5L 7R2

et

**L'ÉCOLE :** 418 724-3439  
-Unité 2 : poste 2020  
-Unité 3 : poste 2030  
-Unité 4 : poste 2040  
-Unité 5 : poste 2050

École Paul-Hubert  
250 boul. Arthur-Buies Ouest  
Rimouski (Québec)  
G5L 7A7

## Ressources d'aide disponibles à l'école Paul-Hubert



*C'est gratuit et confidentiel*

# Services du CLSC

## Clinique jeunesse

**Soins infirmiers :** Lorraine Michaud , infirmière  
418 724-3391 local D-226

- ✓ Évaluer les besoins du **jeune** demandant un service.
- ✓ L'orienter vers les ressources appropriées ou dispenser le service requis.
- ✓ Agir comme personne-ressource pour les enseignants et les directions.

**Interventions psychosociales :** local D-228

*Nancy Desrosiers, Stéphanie St-Louis et Mélanie Yockell, travailleuses sociales*

- ✓ Intervenir auprès des jeunes vivant des situations mettant en cause des difficultés d'ordre personnel, social ou familial.
- ✓ Évaluer ou collaborer à l'évaluation dans des situations où une référence à des services spécialisés (SPIJ, CRDI, etc.) est requise.
- ✓ Intervenir auprès des jeunes qui présentent des symptômes anxieux ou dépressifs nécessitant une intervention spécialisée.
- ✓ Intervenir auprès des parents dans des difficultés d'ordre familial ou dont les enfants nécessitent un suivi.

**Services médicaux :** local D-226

- ✓ Consultations médicales sur place, les mardis et jeudis a.m. sur référence de l'infirmière.

**Service de psychologie :** au clsc

- ✓ Après évaluation psychosociale et/ou médicale.

# Services psychosociaux de l'école

**Intervenants sociaux scolaires:**

C-204, B-216, D-228, D-108

- ✓ Intervenir en première ligne
- ✓ assurer une présence constante auprès des **élèves**.
- ✓ Intervenir auprès du jeune lorsqu'il vit des difficultés académiques, comportementales ou toute autre situation difficile.

**Intervenant en toxicomanie :** C-184

- ✓ Assurer la prévention, l'intervention et le suivi.
- ✓ Aider l'élève présentant des problèmes reliés plus spécifiquement à la toxicomanie. Il assure l'intervention et le suivi dans les programmes d'arrêt tabagique.

**Psychoéducateur :** D-228

- ✓ Évaluer, dépister et accompagner les élèves présentant des difficultés d'adaptation.

**Ces deux équipes d'intervenants travaillent en complémentarité, collaboration et concertation pour la réussite et le bien-être des jeunes.**