

Protéger la **population**
par la **VACCINATION :**

**Une contribution
essentielle
de l'infirmière**

Prise de position



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

Coordination des travaux

Suzanne Durand, inf., M.Sc., DESS en bioéthique
Directrice
Direction du développement et du soutien professionnel, OIIQ

Recherche et rédaction

Manon Allard, inf., M.Sc.inf.
Infirmière-conseil
Direction du développement et du soutien professionnel, OIIQ

Céline Thibault, inf., M.A.
Adjointe à la directrice
Direction du développement et du soutien professionnel, OIIQ

Collaborateurs

Lucie Bédard, inf., M.Sc.inf., MPH
Coordonnatrice professionnelle
Bureau de la surveillance épidémiologique
Secteur Vigie et protection
Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre
Représentante de l'OIIQ au Comité d'immunisation du Québec

Denis Blais, inf., B.Sc.inf.
Infirmier clinicien en maladies infectieuses et tuberculose
Service des maladies infectieuses
CHU Sainte-Justine

Nicole Boulianne, inf., M.Sc.
Conseillère scientifique
Institut national de santé publique du Québec
Membre du Comité d'immunisation du Québec

Sandra Caron, inf., B.Sc.inf.
Infirmière clinicienne
Clinique de santé internationale et tuberculose
CHU Sainte-Justine

Anne-Marie Clouâtre, inf., M.Sc.
Agente de planification, programmation et recherche
Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Production

Direction des services aux clientèles et des communications, OIIQ

Coordination

Sylvie Couture, coordonnatrice des publications
Karine Méthot, adjointe à la coordonnatrice des publications

Conception graphique et réalisation graphique

Urbain communications

Révision linguistique

Françoise Turcotte

Lecture d'épreuves

Marlène Lavoie, secrétaire de rédaction
Lyne Mondor / Grammaticus

Distribution

Centre de documentation

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

4200, boulevard Dorchester Ouest
Westmount (Québec) H3Z 1V4
Téléphone : 514 935-2501 ou 1 800 363-6048
Télécopieur : 514 935-5273
cdoc@oiiq.org
www.oiiq.org

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2007
ISBN : 978-2-89229-420-0
ISBN : 978-2-89229-421-7 (version PDF)

© Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2007
Tous droits réservés

Note – Conformément à la politique rédactionnelle de l'OIIQ,
le féminin est utilisé seulement pour alléger la présentation.

Table des matières

Avant-propos	4
La vaccination : un volet incontournable des activités de prévention de la maladie et de promotion de la santé	5
Des éléments du Programme d'immunisation du Québec	6
<i>Protocole d'immunisation du Québec</i>	6
Système de surveillance des effets secondaires de la vaccination	6
Registre central de vaccination	6
Des stratégies visant à améliorer la couverture vaccinale	6
Renseigner la population et diffuser une information juste	7
Mettre en place un système de relance	7
Accroître l'accessibilité de la vaccination	7
Intégrer la pratique des injections multiples	8
Respecter le calendrier vaccinal	8
Promouvoir la vaccination des voyageurs internationaux et des travailleurs de la santé	9
Promouvoir la vaccination contre l'influenza	9
Promouvoir la vaccination : une responsabilité professionnelle de l'infirmière	10
Promouvoir la vaccination auprès de la population conformément aux recommandations du <i>PIQ</i>	11
Maintenir à jour ses connaissances	11
Promouvoir la vaccination de l'infirmière	12
Immunité de base	12
Immunisation annuelle contre l'influenza	12
Prise de position de l'OIIQ	13
Références	14

Avant-propos

Les pandémies ont décimé des millions d'êtres humains à travers le temps. Au siècle dernier, il y a eu la grippe espagnole, en 1918-1919, la grippe asiatique, en 1957-1958, et la grippe de Hong Kong en 1968-1969. En cette période où plane la menace imminente d'une pandémie de grippe aviaire de type H5N1, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) joint ses efforts à ceux de divers organismes gouvernementaux, comités et groupes d'experts pour rappeler à ses membres l'importance des principes de prévention des infections et de la vaccination pour prévenir des maladies.

Véritable enjeu de santé publique, l'immunisation est l'une des mesures les plus efficaces pour prévenir des décès et les complications liées à certaines maladies infectieuses. Elle est un volet incontournable des activités de prévention de la maladie et de promotion de la santé.

Dans une perspective de protection du public, l'OIIQ considère que les infirmières doivent contribuer à protéger la population du Québec contre les maladies évitables par la vaccination et à améliorer la couverture vaccinale. À cette fin, la pratique vaccinale des infirmières doit être optimale. En se basant sur des écrits et l'opinion des experts consultés, l'OIIQ croit que la promotion de la vaccination ainsi que l'acquisition et le maintien à jour du statut vaccinal des infirmières, y compris en ce qui a trait à l'influenza, constituent une responsabilité professionnelle. En se protégeant elles-mêmes et en protégeant leur clientèle contre les maladies infectieuses, les infirmières assument pleinement leur rôle auprès de la population du Québec.

En publiant cette prise de position, l'OIIQ vise à rappeler à l'ensemble des infirmières leur rôle et leurs responsabilités en matière de vaccination. Ce document présente d'abord les bienfaits de la vaccination, quelques éléments du Programme d'immunisation du Québec et des stratégies pouvant favoriser une couverture vaccinale optimale. Il explique ensuite la responsabilité professionnelle de l'infirmière quant à la promotion de la vaccination auprès de la population et quant à sa propre protection.

La vaccination : un volet incontournable des activités de prévention de la maladie et de promotion de la santé

Depuis plus d'un siècle, le développement des connaissances scientifiques et les recherches ont mené à la fabrication de vaccins sécuritaires, et leur administration a permis de protéger l'être humain contre de multiples maladies, voire d'en éradiquer certaines. Ainsi, la variole a été complètement éliminée de la planète à la fin des années 1970, et la poliomyélite serait en voie de l'être (Comité consultatif national de l'immunisation, 2006b). Le Canada, quant à lui, a été officiellement déclaré exempt de polio en 1994 (CCNI, 2006b). Au Québec, l'inclusion du vaccin combiné contre *Hæmophilus influenzae* de type b dans le calendrier vaccinal des nourrissons, en 1993, a contribué à la quasi-disparition de la plus importante cause de méningite bactérienne chez l'enfant (Duval, 2004). Le développement de nouveaux vaccins permettra aussi de protéger la population contre d'autres infections. Par exemple, le vaccin contre le virus du papillome humain (VPH) assurera une protection contre les types de VPH les plus courants qui causent le cancer du col de l'utérus et les verrues anogénitales.

Malgré le succès des programmes de vaccination, certaines maladies infectieuses sont en recrudescence à cause de la diminution des taux de couverture vaccinale, qui n'atteignent pas les niveaux permettant de contrôler la transmission de ces maladies. Au cours des dernières décennies, la rougeole, la rubéole, la diphtérie et la coqueluche ont touché des milliers de personnes et provoqué des épidémies, voire des décès, notamment en Irlande, dans l'État du Nébraska, en Russie, en Grande-Bretagne, en Suède et au Japon (Comité d'immunisation du Québec, 2004). Les conséquences de la non-vaccination sont donc considérables.

« L'immunisation est la meilleure stratégie de protection contre les maladies évitables par la vaccination » (CCNI, 2006b).

Des éléments du Programme d'immunisation du Québec

Le Programme d'immunisation du Québec vise à réduire le fardeau des maladies évitables par l'immunisation. Il bénéficie de l'expertise du Comité d'immunisation du Québec (CIQ) de l'Institut national de santé publique (INSPQ) pour l'implantation et l'évaluation de ses diverses activités. Il s'appuie également sur le *Protocole d'immunisation du Québec*, sur un système de surveillance des effets secondaires de la vaccination et, éventuellement, sur un registre central de vaccination. Ces trois éléments du programme permettent d'assurer, entre autres, l'efficacité et la sécurité du système de vaccination offert à la population québécoise.

Protocole d'immunisation du Québec

Fondé sur les plus récentes connaissances scientifiques et sur des pratiques exemplaires dans le domaine de la vaccination, le *Protocole d'immunisation du Québec (PIQ)* est le document de référence et l'outil indispensable à tout professionnel vaccinateur. Il décrit, entre autres, les programmes d'immunisation recommandés au Québec et présente les calendriers réguliers et adaptés ainsi que les clientèles ciblées (CIQ, 2004). Les vaccinateurs en santé-voyage doivent également se reporter au *Guide d'intervention santé-voyage : situation épidémiologique et recommandations* (Comité consultatif québécois sur la santé des voyageurs, 2007).

Système de surveillance des effets secondaires de la vaccination

Depuis 1990, le Québec est doté d'un programme de surveillance passive des effets secondaires des produits immunisants (ESPRI), qui recense les déclarations de manifestations cliniques survenues après une vaccination au Québec (CIQ, 2004). Le Canada, quant à lui, tient à jour une base de données nationale sur tous les effets secondaires signalés par les professionnels de la santé et les fabricants (surveillance passive). Il exerce aussi une surveillance des effets secondaires graves de tous les vaccins administrés à des enfants, à l'aide du Programme de surveillance active des effets associés aux vaccins (IMPACT). Ce programme est implanté dans douze hôpitaux pédiatriques du pays, dont trois au Québec. Des études ciblées sont également effectuées au besoin (CCNI, 2006b). Les manifestations cliniques graves, quelles soient locales ou systémiques, sont rares (CIQ, 2004).

En effet, une étude menée auprès d'enfants et d'adolescents aux États-Unis a démontré que, sur plus de sept millions de doses de vaccin administrées au cours d'une période de six ans, l'anaphylaxie survenait dans moins de un cas pour un million de doses administrées (CIQ, 2004).

« *Les infections évitables par la vaccination sont beaucoup plus dangereuses que les vaccins eux-mêmes* » (CCNI, 2006b).

Registre central de vaccination

Au Québec, la *Loi sur la santé publique* prévoit la création d'un registre central de vaccination afin, notamment, d'établir le profil vaccinal complet d'une personne et d'éviter de nombreuses recherches à ce sujet. Il permettra aussi de retracer rapidement les personnes qui ont reçu un vaccin inadéquat et de suivre les taux de couverture vaccinale.

Des stratégies visant à améliorer la couverture vaccinale

Pour freiner la transmission de la maladie dans une population et protéger indirectement les personnes non vaccinées, il faut atteindre et maintenir le plus haut niveau de protection possible dans la collectivité. On obtient l'immunité collective par des taux élevés de couverture vaccinale. Le vaccin contre la rougeole, par exemple, procure l'immunité collective lorsque 95 % de la population a reçu ce vaccin (Gay, 2004). Au Québec, ce taux n'a pas encore été atteint puisque, selon les plus récentes études de la couverture vaccinale, environ 95 % des enfants reçoivent la première dose de vaccin contre la rougeole mais seulement 87 %, la deuxième dose (Boulianne, sous presse ; INSPQ, 2006).

Outre la promotion de la vaccination en général, diverses stratégies peuvent être utilisées pour améliorer la couverture vaccinale et prévenir la recrudescence des maladies évitables dans la population : renseigner la population et diffuser une information juste ; mettre en place un système de relance ; accroître l'accessibilité de la vaccination ; intégrer la pratique des injections multiples ; respecter le calendrier vaccinal et promouvoir la vaccination des voyageurs internationaux et des travailleurs de la santé. Les campagnes automnales de vaccination contre l'influenza sont une autre stratégie qui peut contribuer à augmenter les taux de couverture vaccinale et à réduire les effets défavorables de la grippe dans la population.

Une population dont la majorité est vaccinée protège ses membres les plus vulnérables.

Renseigner la population et diffuser une information juste

Les mythes, les croyances et le manque de connaissances, tant chez les vaccinateurs que dans la population, comptent parmi les principaux obstacles à la vaccination. Il est donc important de bien renseigner la population et de réfuter les mythes en diffusant une information juste, entre autres :

- Les vaccins sont très efficaces : ceux qui sont administrés de façon routinière contre les maladies infantiles ont un taux d'efficacité supérieur à 85 % (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2001).
- Les bienfaits de la vaccination l'emportent sur les risques encourus et les problèmes de santé liés aux maladies infectieuses, de même que sur les conséquences possibles de l'inoculation sur la santé des personnes. Un vaccin peut certes causer des effets secondaires mais, dans la grande majorité des cas, ils sont bénins et passagers (CIQ, 2004 ; Kroger, Atkinson, Marcuse et Pickering, 2006).
- Plusieurs études ont infirmé l'hypothèse d'un lien entre le vaccin combiné RRO (rougeole, rubéole et oreillon) et des troubles du développement, dont l'autisme (CCNI, 2006b ; Demicheli, Jefferson, Rivetti et Price, 2005 ; D'Souza, Fombonne et Ward, 2006).
- Les produits naturels (plantes, vitamines, minéraux, etc.), l'homéopathie et autres médecines parallèles ne peuvent remplacer la vaccination. Ces thérapies ne protègent pas les enfants contre des maladies qui peuvent leur causer un handicap physique ou mental, voire la mort (AIIC, 2001).
- L'allaitement favorise la maturation du système immunitaire de l'enfant. Le lait maternel contient des anticorps qui protègent l'enfant contre certaines infections. Les bébés allaités présentent, entre autres, moins de gastro-entérites, de maladies des voies respiratoires, de rhumes ou d'otites. S'ils contractent ces maladies, elles sont moins graves et nécessitent moins d'hospitalisation que pour les bébés non allaités (INSPQ, 2007). Cependant, l'allaitement maternel ne protège pas contre les maladies évitables par la vaccination. L'enfant allaité devrait donc être vacciné aux âges recommandés (CIQ, 2004 ; INSPQ, 2007). L'allaitement n'est pas non plus une contre-indication de l'immunisation de la mère (CCNI, 2006b ; Kroger *et al.*, 2006).
- Même si les mesures d'hygiène permettent de diminuer les risques d'infection, la vaccination demeure la mesure la plus efficace pour prévenir les maladies évitables par la vaccination.

Renseigner la population et diffuser une information juste contribuent à détruire des mythes, notamment sur l'efficacité des vaccins, les bienfaits de la vaccination versus les risques encourus, l'utilisation des produits naturels, l'allaitement et les mesures d'hygiène.

Il faut également se rappeler que les recommandations faites par des professionnels de la santé influent sur les comportements des personnes en matière de vaccination (Bigman, Remple, Pielak, McIntyre, White et Wu, 2006 ; CCNI, 2006b). Ces recommandations, conjuguées à de l'information juste sur la vaccination, peuvent donc convaincre les clients à risque ou leur entourage de se faire vacciner (Direction de santé publique de Montréal, 2002).

Les recommandations des professionnels de la santé, dont les infirmières, influent sur les comportements des personnes en matière de vaccination.

Mettre en place un système de relance

La mise sur pied d'un système de relance est une autre stratégie qui contribue à améliorer le taux d'immunisation de la population. Son efficacité a été démontrée en ce qui a trait au respect du calendrier vaccinal et à la participation de la population aux campagnes de vaccination, entre autres celle contre la grippe (American Academy of Pediatrics, 2003 ; CCNI, 2006b ; CIQ, 2006b ; Jacobson et Szilagyi, 2005). Plus la relance est personnalisée, plus elle est efficace : par exemple, offrir une carte de rappel au dernier rendez-vous et faire une relance par téléphone, par courrier ou en personne.

L'utilisation d'un système de relance par les vaccinateurs est efficace pour augmenter la couverture vaccinale de la population. Plus la relance est personnalisée, plus elle est efficace.

Accroître l'accessibilité de la vaccination

Faire coïncider les rendez-vous de vaccination avec la prestation d'autres services de santé et profiter de toutes les situations cliniques pour s'enquérir du statut vaccinal du client et, au besoin, vacciner les clients et les proches sont des stratégies qui accroissent l'accessibilité de la vaccination et, par conséquent, améliorent la couverture vaccinale. Vacciner les travailleurs à leur lieu de travail et augmenter la flexibilité des plages horaires ainsi que le nombre de vaccinateurs sont d'autres mesures qui favorisent l'accessibilité de la vaccination (Rousseau, Guay, Archambault, El m'ala et Abdelaziz, 2007).

Intégrer la pratique des injections multiples

La pratique des injections multiples constitue l'une des meilleures pratiques vaccinales et est essentielle à l'atteinte d'une couverture vaccinale optimale (AIIC, 2001 ; Boulianne et Clouâtre, 2005 ; CCNI, 2006b ; Kroger *et al.*, 2006 ; MSSS, 2005b). Elle est indiquée pour toutes les clientèles, y compris les jeunes enfants, les adultes et les voyageurs (CCNI, 2006b). Cette pratique consiste à administrer plusieurs produits immunisants, généralement plus de deux, au cours de la même visite. Elle est recommandée, entre autres, par l'American Academy of Pediatrics (2003), la Société canadienne de pédiatrie (2004), le Comité consultatif national sur l'immunisation (2006b) et le Comité d'immunisation du Québec (2004).

Lorsque les parents sont bien informés, ils préfèrent les injections multiples. En outre, ils suivent volontiers les recommandations du professionnel si ce dernier semble convaincu, répond à leurs questions et apaise leurs craintes (Boulianne et Clouâtre, 2005). Ce sont plutôt les vaccinateurs qui sont réticents à utiliser cette pratique (Halperin, Eastwood et Halperin, 1998 ; Meyerhoff, Jacobs, Greenberg, Yagoda et Castles, 2004 ; Woodin, Rodewald, Humiston, Carges, Schaffer et Szilagy, 1995). Les raisons qu'ils invoquent sont, notamment, l'augmentation du nombre d'injections à administrer, les consentements à obtenir ainsi que le temps de préparation et d'administration requis (Meyerhoff *et al.*, 2004).

Aussi, pour dissiper les nombreux mythes sur la pratique des injections multiples, il est important de donner une information sûre, telle que :

- Il est préférable d'administrer plusieurs vaccins au cours d'un rendez-vous que de les répartir sur plusieurs visites, car le stress provoqué chez l'enfant par une expérience douloureuse peut accroître sa détresse lors d'une intervention ultérieure (Jacobson, Swan, Adegbenro, Lunington, Woland, Poland *et al.* 2001 ; Weisman, Bernstein et Schechter, 1998).
- L'administration de plusieurs vaccins à la fois ne surcharge pas le système immunitaire. L'efficacité et l'innocuité de l'administration combinée de vaccins ont été démontrées. L'administration simultanée de 11 vaccins chez un enfant solliciterait environ seulement 0,1 % du potentiel de réponse de son système immunitaire (Offit, Quarles, Gerber, Hackett, Marcuse, Kollman *et al.*, 2002). De plus, les enfants sont exposés à moins d'antigènes dans les vaccins qu'auparavant. Les vaccins actuels sont purifiés et contiennent moins de protéines et de polysaccharides (CCNI, 2006b).
- Recevoir plusieurs vaccins à la fois ne provoque pas d'effets secondaires plus intenses (Pielak, McIntyre, Remple, Buxton et Skowronski, 2005). Le risque d'avoir des effets secondaires peut être accru, mais ces effets sont concentrés à cet épisode et non répartis sur plusieurs.

La pratique des injections multiples fait partie des meilleures pratiques vaccinales, et ses avantages sont multiples :

- Elle augmente de façon significative le taux d'immunisation de la population.
- Elle favorise une acquisition rapide de la protection contre les maladies évitables.
- Elle maximise la présence des enfants à leur rendez-vous.
- Elle diminue la répartition des vaccins sur plusieurs rendez-vous et favorise l'administration des vaccins conformément au calendrier vaccinal.
- Elle permet de gagner du temps, d'abaisser le niveau de stress de l'enfant et des parents ainsi que de réduire les dépenses.

Respecter le calendrier vaccinal

Respecter le calendrier vaccinal favorise également une meilleure immunisation. De fait, ne pas administrer tous les vaccins prévus au même rendez-vous a de multiples conséquences. Entre autres, la protection n'est pas acquise en temps voulu, la personne court des risques inutiles pour sa santé et la possibilité que l'enfant reçoive toutes les doses prévues au calendrier diminue (Boulianne et Clouâtre, 2005 ; Koslap-Petraco et Parsons, 2003 ; Kroger *et al.*, 2006). Ainsi, la décision du vaccinateur ou des parents de ne pas administrer les deux vaccins prévus normalement à la visite de 18 mois expliquerait 46 % des retards dans le calendrier vaccinal (Boulianne, Deceuninck, Duval, Lavoie, Dionne, Carsley *et al.*, 2003). Par ailleurs, les enfants qui ne reçoivent pas simultanément les vaccins prévus à l'âge de deux mois présentent un risque près de quatre fois plus élevé de ne pas compléter la série vaccinale (Boulianne, sous presse).

Les conséquences de ne pas administrer tous les vaccins prévus au même rendez-vous sont multiples.

Promouvoir la vaccination des voyageurs internationaux et des travailleurs de la santé

La fréquence accrue des voyages internationaux augmente le risque pour une personne de contracter une maladie infectieuse endémique dans le pays visité et de transmettre diverses maladies à son retour au pays (Centers for Disease Control and Prevention, 2005). C'est pourquoi les voyageurs doivent recevoir les vaccins obligatoires ou recommandés selon les pays visités. Il faut aussi inciter les voyageurs à se renseigner sur les risques encourus pendant leurs déplacements, les moyens de les prévenir et la vaccination obligatoire ou recommandée (CDC, 2005 ; CCQSV, 2007 ; Tessier, 1997).

Les voyageurs peuvent contracter des maladies qui existent encore dans d'autres pays et les propager ailleurs.

Les établissements de santé constituent un milieu propice à la transmission de plusieurs maladies infectieuses en raison de leurs clientèles, du nombre de personnes qui y circulent et des contacts entre le personnel et les clients. En effet, les travailleurs de la santé peuvent être une source de transmission. Comme l'immunisation est une des mesures préventives les plus efficaces, les autorités de la santé publique recommandent la vaccination des travailleurs de la santé, y compris le personnel enseignant et les stagiaires (CIQ, 2004). Pour les mêmes raisons, elles recommandent la vaccination antigrippale annuelle de ces personnes. Aux États-Unis, l'Infectious Diseases Society of America a même demandé que la vaccination contre l'influenza soit obligatoire pour tous les travailleurs de la santé (IDSA, 2007).

Promouvoir la vaccination contre l'influenza

La grippe est au nombre des dix principales causes de décès au Canada. Elle est responsable de près de 50 000 hospitalisations et de 1 500 000 jours de travail perdus par année (Chrétien, 2002). Au Québec, l'influenza cause de 1 300 à 1 500 décès chez les personnes atteintes d'affections chroniques, et ses complications entraînent environ 15 000 hospitalisations chaque année. Elle touche entre 15 et 20 % de la population (Direction de santé publique de Montréal, 2006).

L'immunisation est le moyen le plus efficace pour réduire l'impact de la grippe. Les programmes de vaccination contre l'influenza devraient viser à vacciner au moins 80 % des personnes appartenant aux groupes vulnérables reconnus dans le PIQ (MSSS, 2003).

Il a d'ailleurs été démontré que la vaccination des personnes en milieux fermés, tels que les maisons de santé et autres établissements de soins de longue durée, diminue les cas de grippe et de pneumonie, les hospitalisations et les décès (CCNI, 2006b ; Pearson, Bridges et Harper, 2006).

L'immunisation contre l'influenza est le moyen le plus efficace pour réduire l'impact de la grippe (CCNI, 2006b). Le nombre de vies épargnées vaut largement l'investissement dans les campagnes de vaccination (Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2006).

Toutefois, la promotion de la vaccination contre l'influenza ne peut se faire sans la diffusion d'une information fiable, afin de réfuter les mythes véhiculés sur ce sujet. Il est donc important de rappeler que :

- Le vaccin contre la grippe ne peut causer la maladie, car il ne contient que des virus inactivés (CCNI, 2006b).
- Le taux d'efficacité de ce vaccin se situe entre 70 et 90 % pour les personnes en santé de moins de 65 ans, lorsque la concordance entre les souches virales qui circulent et les souches utilisées dans le vaccin est bonne (CCNI, 2006b). Des études ont aussi démontré que la vaccination des personnes âgées contre l'influenza permettait de prévenir 56 % des maladies respiratoires, 50 % des hospitalisations pour cause de pneumonie et 68 % des décès (CCNI, 2006b).
- Le vaccin protège uniquement contre cette maladie et non contre les rhumes et les autres maladies respiratoires (CDC, 2007).
- L'effet secondaire le plus commun est la douleur au site d'injection chez les adultes et les enfants, et la fièvre chez moins de 12 % des enfants âgés de un à cinq ans (CCNI, 2006b).
- Il n'y a pas de lien de causalité entre le thimérosal utilisé comme agent de conservation dans des vaccins et certains troubles neurologiques du développement (CCNI, 2006a, 2006b).
- Le vaccin contre l'influenza protège la personne pour l'année en cours seulement, car sa composition est modifiée chaque année.

Il est important de renseigner la population et de diffuser une information sûre pour réfuter divers mythes, notamment sur l'efficacité et la durée de protection du vaccin contre l'influenza, ses effets secondaires possibles et le lien de causalité entre le thimérosal et l'autisme.

Promouvoir la vaccination : une responsabilité professionnelle de l'infirmière

Depuis l'entrée en vigueur de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, en 2003, les infirmières sont considérées comme des leaders professionnels dans le domaine de la vaccination au Québec. En effet, le législateur a confié aux infirmières la responsabilité de procéder à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la *Loi sur la santé publique*. Peu importe que l'infirmière exerce dans le secteur public ou dans le secteur privé, elle se doit, en tant que vaccinateur, de promouvoir et de recommander la vaccination, après en avoir expliqué les risques et les avantages.

L'infirmière peut vacciner sans ordonnance individuelle ou collective, conformément au PIQ, ce qui lui confère une responsabilité quant à la promotion de la vaccination auprès de la population.

Pour assumer pleinement son rôle de vaccinateur et contribuer à protéger la population québécoise, l'infirmière applique les recommandations du *PIQ* et maintient à jour ses connaissances afin de fournir au client toute l'information et les explications nécessaires pour obtenir son consentement libre et éclairé (CIQ, 2004 ; OIIQ, 2003).

Promouvoir la vaccination auprès de la population conformément aux recommandations du PIQ

Au Québec, l’infirmière doit promouvoir les programmes d’immunisation recommandés dans le PIQ, notamment la vaccination des jeunes enfants, des enfants d’âge préscolaire et scolaire, et des adultes. Cette responsabilité implique également la promotion de la vaccination des voyageurs internationaux et des travailleurs de la santé, ainsi que la promotion de la vaccination contre l’influenza auprès de la population en général, des personnes présentant un risque élevé de complications et des travailleurs de la santé.

Afin d’assurer une couverture vaccinale optimale chez les jeunes enfants et les enfants, l’infirmière doit s’informer des changements apportés à la vaccination, être en mesure de répondre aux questions des parents et leur remettre la documentation pertinente. Elle doit aussi être en mesure d’adapter le calendrier vaccinal et vérifier le statut vaccinal des enfants qui consultent pour un problème de santé. La promotion de la vaccination auprès des jeunes d’âge préscolaire et scolaire contribue à leur protection, car les milieux de garde, les centres de la petite enfance (CPE) et les écoles sont des milieux propices à la transmission de maladies infectieuses.

Outre les clientèles ciblées dans le PIQ, pour lesquelles la vaccination est gratuite, toute personne doit être encouragée à se faire vacciner contre l’influenza (CCNI, 2006a, 2006b ; CIQ, 2004). Les femmes enceintes devraient être vaccinées si l’accouchement est prévu pendant la saison de la grippe, afin de prévenir la transmission de la maladie à leur nouveau-né (CCNI, 2006b). Les personnes atteintes d’affections chroniques devraient aussi être vaccinées.

Quel que soit leur milieu de pratique (ex. : CSSS, CH, clinique privée), les infirmières doivent profiter de toutes les occasions pour consulter, analyser et déceler les retards vaccinaux et mettre à jour le statut vaccinal de la personne.

Maintenir à jour ses connaissances

Le développement des connaissances et l’évolution des produits immunisants justifient, entre autres, que l’infirmière maintienne à jour ses connaissances sur la vaccination. Cette mise à jour est essentielle pour communiquer des messages clairs fondés sur des preuves scientifiques (CCNI, 2006b). D’ailleurs, les articles 17 et 18 du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* établissent la responsabilité de l’infirmière de tenir à jour sa compétence et de fournir des soins et des traitements selon les normes de pratique généralement reconnues. La formation initiale et la formation continue des infirmières doivent donc leur permettre d’acquérir ou de maintenir les compétences nécessaires (CIQ, 2006a).

L’infirmière doit tenir compte des limites de ses habiletés et connaissances, tenir à jour ses compétences professionnelles et fournir des soins et traitements selon les normes de pratique généralement reconnues (Code de déontologie des infirmières et infirmiers).

L’infirmière a donc l’obligation de fournir au client toute l’information et les explications nécessaires pour obtenir son consentement libre et éclairé. À cet égard, elle doit se rappeler que le bien-être du client prime sur ses convictions personnelles et qu’elle doit, par conséquent, examiner ses propres attitudes et croyances en matière de vaccination. Elle ne peut donc occulter des éléments de compréhension et appuyer ses explications sur des croyances personnelles. L’infirmière doit également respecter la décision du client de ne pas se faire vacciner, après qu’elle lui a fourni des conseils avisés et qu’il a soupesé les avantages des vaccins et les risques liés à la maladie que le vaccin permet de prévenir, de même que le faible risque que pose ce vaccin (CCNI, 2006b). L’article 30 du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* est clair sur cette question.

Le bien-être du client doit primer sur les convictions personnelles de l’infirmière qui, par conséquent, doit examiner ses propres attitudes et croyances en matière de vaccination.

Promouvoir la vaccination de l'infirmière

Actuellement, aucune loi ni la *Charte des droits et libertés de la personne* n'obligent les professionnels de la santé à se faire vacciner (Chrétien, 2002 ; MSSS, 2005a). L'immunisation constitue toutefois une mesure volontaire de protection personnelle qui peut protéger d'autres personnes contre certaines maladies en brisant la chaîne de transmission (MSSS, 2005a). C'est pourquoi les autorités de la santé publique recommandent ce moyen de prévention aux travailleurs de la santé, dont font partie les infirmières, les professeures en sciences infirmières ainsi que les enseignantes et les stagiaires en soins infirmiers.

La décision de se faire vacciner repose alors sur des principes éthiques puisque, dans la société, l'avantage que présente la vaccination sur le plan collectif est considéré comme supérieur au risque minimal encouru par la personne vaccinée (Friedson, 2005 ; Olsen, 2006). Dans ce contexte, l'OIIQ recommande fortement à ses membres, y compris les professeures en sciences infirmières ainsi que les enseignantes et les stagiaires en soins infirmiers, de s'assurer d'avoir une immunité de base et de recevoir annuellement le vaccin contre l'influenza. En faisant cette recommandation, l'OIIQ vise à assurer la sécurité des clients par des mesures qui réduisent la transmission de maladies évitables par la vaccination.

Agir selon des principes éthiques implique de se faire vacciner.

Immunité de base

Tel que le recommande le PIQ, l'immunité de base pour les travailleurs de la santé, y compris les professeures en sciences infirmières, les enseignantes et les stagiaires en soins infirmiers, comprend les vaccins contre la diphtérie, la coqueluche acellulaire, le tétanos, la rougeole, la rubéole, les oreillons et la poliomyélite ainsi que le test cutané à la tuberculine (TCT) (CIQ, 2004). Elle inclut également la vaccination contre l'hépatite B et la varicelle, si la situation le requiert.

Immunisation annuelle contre l'influenza

La vaccination annuelle contre l'influenza est capitale pour les travailleurs de la santé qui sont en contact direct avec des clients. Plusieurs instances la recommandent (American Nurses Association, 2005 ; CCNI, 2006b ; CIQ, 2004 ; Gallant, Murray et McNeil, 2006 ; Kroger *et al.*, 2006 ; Talbot, Bradley, Cosgrove, Ruef, Siegel et Weber, 2005). Pourtant, seulement 43 % des travailleurs de la santé au Québec ont reçu le vaccin contre l'influenza en 2004-2005, alors que le taux de couverture souhaité d'ici 2012 est d'au moins 80 % (MSSS, 2006).

L'immunisation étant le moyen le plus efficace pour réduire l'impact de la grippe, recevoir chaque année le vaccin contre l'influenza constitue pour l'infirmière un comportement responsable et professionnel. En raison de ses nombreux contacts avec des clientèles vulnérables, l'infirmière se doit de prendre toutes les mesures nécessaires pour éviter de devenir un vecteur de transmission du virus de l'influenza, ce qui pourrait affecter inutilement les clients et leurs familles, voire aggraver considérablement leur état de santé. En effet, si une grippe occasionnelle n'est pas dramatique pour l'infirmière, elle peut causer des complications graves ou, à l'extrême, la mort des clients les plus vulnérables, et ce, même s'ils sont vaccinés (van den Hoven et Verweij, 2003). L'infirmière vaccinée contre l'influenza évite la propagation de la maladie, voire des épidémies. En se protégeant, elle protège sa famille et ses clients.

L'infirmière qui s'assure d'avoir une immunité de base et de recevoir annuellement le vaccin contre l'influenza, tel que le recommande le PIQ, protège non seulement ses clients et leurs proches, mais aussi sa propre personne et sa famille.

Prise de position de l'OIIQ

Dans une perspective de protection du public, l'OIIQ croit que les infirmières peuvent contribuer à protéger la population du Québec contre les maladies évitables par la vaccination et à réduire leurs conséquences sur la santé des Québécois. En faisant la promotion de la vaccination ainsi qu'en se protégeant elles-mêmes et en protégeant leur clientèle des maladies infectieuses, les infirmières assument pleinement leur rôle et leurs responsabilités auprès de la population du Québec.

À cet égard, l'OIIQ considère que :

- Toutes les infirmières, y compris les professeures en sciences infirmières ainsi que les enseignantes et les stagiaires en soins infirmiers, doivent, quelles que soient leurs propres attitudes et croyances en matière de vaccination, faire preuve de sens critique relativement aux messages véhiculés par divers groupes anti-vaccination, donner de l'information fondée sur des preuves scientifiques et se rappeler que le bien-être du client prime sur leurs convictions personnelles.
- Les infirmières doivent promouvoir la vaccination dans toutes les situations cliniques, la recommander clairement lorsqu'elle est indiquée et procéder à la vaccination des clientèles.
- Les infirmières, y compris les professeures en sciences infirmières ainsi que les enseignantes et les stagiaires en soins infirmiers, particulièrement celles qui sont en contact direct avec les clientèles, doivent s'assurer d'avoir une immunité de base et de recevoir annuellement le vaccin contre l'influenza.
- Les programmes de formation initiale et de formation continue doivent tenir compte des objectifs d'apprentissage et des éléments de contenu proposés par le Comité d'immunisation du Québec dans son rapport *L'infirmière et la vaccination* de 2006.

En publiant cette prise de position, l'OIIQ joint ses efforts à ceux de l'ensemble des experts du domaine de la vaccination, afin de favoriser l'atteinte des objectifs de la santé publique.

Avant tout, ne pas causer de tort: une responsabilité professionnelle.

Références

American Academy of Pediatrics (2003). « Increasing immunization coverage: Policy statement », *Pediatrics*, vol. 112, n° 4, p. 993-996.

American Nurses Association (2005). *ANA Backgrounders: Influenza Season 2005-2006* [www.nursingworld.org/backgrounders/flu0506.htm].

Association des infirmières et infirmiers du Canada (2001). « Vaccination : ce que l'infirmière doit savoir! », *Zoom sur les soins infirmiers*, n° 12.

Bigham, M., Remple, V.P., Pielak, K., McIntyre, C., White, R., et Wu, W. (2006). « Uptake and behavioural and attitudinal determinants of immunization in an expanded routine infant hepatitis B vaccination program in British Columbia », *Canadian Journal of Public Health/Revue canadienne de santé publique*, vol. 97, n° 2, p. 90-95.

Boulianne, N. (sous presse). *Enquête sur la couverture vaccinale des enfants québécois à l'âge d'un an et de deux ans*, Québec, Institut national de santé publique du Québec.

Boulianne, N., et Clouâtre, A.M. (2005). « Oui aux injections multiples! », *Perspective infirmière*, vol. 3, n° 2, p. 26-30.

Boulianne, N., Deceuninck, G., Duval, B., Lavoie, F., Dionne, M., Carsley, J., et al. (2003). « Pourquoi certains enfants sont incomplètement vaccinés à l'âge de deux ans? », *Canadian Journal of Public Health/Revue canadienne de santé publique*, vol. 94, n° 3, p. 218-223.

Centers for Disease Control and Prevention (2005). *Health Information for International Travel 2005-2006 [Yellow Book]*, Philadelphie, Mosby [www2.ncid.cdc.gov/travel/yb/utills/ybBrowseO.asp].

Centers for Disease Control and Prevention (2007). *Questions & Answers: Vaccine Effectiveness* [www.cdc.gov/flu/about/qa/vaccineeffect.htm].

Chrétien, L. (2002). « Un virus à prendre au sérieux », *L'Infirmière du Québec*, vol. 9, n° 3, p. 29-30.

Code de déontologie des infirmières et infirmiers, R.Q., c. I-8, r. 4.1.

Comité consultatif national de l'immunisation (2006a). « Déclaration sur la vaccination antigrippale pour la saison 2006-2007 », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, vol. 32, n° DCC-7.

Comité consultatif national de l'immunisation (2006b). *Guide canadien d'immunisation*, 7^e éd., Ottawa, Agence de santé publique du Canada.

Comité consultatif québécois sur la santé des voyageurs (2007). *Guide d'intervention santé-voyage : situation épidémiologique et recommandations*, 3^e éd., Québec, Institut national de santé publique du Québec.

Comité d'immunisation du Québec (2004). *Protocole d'immunisation du Québec*, 4^e éd., Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique.

Comité d'immunisation du Québec (2006a). *L'infirmière et la vaccination : constats et recommandations*, Québec, Institut national de santé publique du Québec.

Comité d'immunisation du Québec (2006b). *Programme québécois d'immunisation contre l'influenza*, document de consultation, Québec, Institut national de santé publique du Québec.

Demicheli, V., Jefferson, T., Rivetti, A., et Price, D. (2005). *Vaccines for Measles, Mumps and Rubella in Children*, Cochrane Database of Systematic Reviews, n° CD004407.

Direction de santé publique de Montréal (2002, octobre). « Pourquoi certains de vos patients ne sont-ils pas vaccinés contre l'influenza? Le leur avez-vous offert ou recommandé? », *Prévention en pratique médicale*.

Direction de santé publique de Montréal (2006, avril). « Pandémie appréhendée d'influenza, grippe aviaire ou toutes autres MRSI. S'y préparer en conjuguant la prévention au quotidien », *Prévention en pratique médicale*.

D'Souza, Y., Fombonne, E., et Ward, B.J. (2006). « No evidence of persisting measles virus in peripheral blood mononuclear cells from children with autism spectrum disorder », *Pediatrics*, vol. 118, n° 4, p. 1664-1675.

Duval, B. (2004). « Le passé est garant de l'avenir », *Le Médecin du Québec*, vol. 39, n° 10, p. 77-81.

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (2006). *Mythe : les risques auxquels la vaccination expose les enfants sont souvent plus grands que ses bienfaits*, Ottawa, FCRSS, coll. « À bas les mythes ».

Friedson, J.B. (2005, 5 décembre). « Flu vaccination—A moral responsibility for nurses? », *Nursing Spectrum*.

Gallant, D.M.P., Murray, M.A., et McNeil, S. (2006). « Influenza vaccination: A call for a multiple intervention approach », *Canadian Journal of Public Health/Revue canadienne de santé publique*, vol. 97, n° 2, p. 136-138.

Gay, N.J. (2004). « The theory of measles elimination: Implications for the design of elimination strategies », *Journal of Infectious Diseases*, vol. 189, suppl. 1, p. S27-S35.

Halperin, B.A., Eastwood, B.J., et Halperin, S.A. (1998). « Comparison of parental and health care professional preferences for the acellular or whole cell pertussis vaccine », *Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 17, n° 2, p. 103-109.

Infectious Diseases Society of America (2007). *Pandemic and Seasonal Influenza Principles for U.S. Action*, Alexandria (VA), IDSA.

- Institut national de santé publique du Québec (2006). *Étude sur les coûts et l'efficacité du programme de vaccination des enfants de 0-2 ans au Québec*, Québec, INSPQ.
- Institut national de santé publique du Québec (2007). *Mieux vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans*, Québec, INSPQ.
- Jacobson, R.M., Swan, A., Adegbenro, A., Lunington, S.L., Wollan, P.C., Poland, G.A., et Vaccine Research Group (2001). « Making vaccines more acceptable: Methods to prevent and minimize pain and other common adverse events associated with vaccines », *Vaccine*, vol. 19, n° 17-19, p. 2418-2427.
- Jacobson, V.J., et Szilagyi, P. (2005). *Patient Reminder and Patient Recall Systems for Improving Immunization Rates*, Cochrane Database of Systematic Reviews, n° CD003941.
- Koslap-Petraco, M.B., et Parsons, T. (2003). « Communicating the benefits of combination vaccines to parents and health care providers », *Journal of Pediatric Health Care*, vol. 17, n° 2, p. 53-57.
- Kroger, A.T., Atkinson, W.L., Marcuse, E.K., et Pickering, L.K. (2006). « General recommendations on immunization: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 55, n° RR-15.
- Meyerhoff, A., Jacobs, R.J., Greenberg, D.P., Yagoda, B., et Castles, C.G. (2004). « Clinician satisfaction with vaccination visits and the role of multiple injections, results from the COVISE Study (Combination Vaccines Impact on Satisfaction and Epidemiology) », *Clinical Pediatrics*, vol. 43, n° 1, p. 87-93.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, MSSS, Direction générale de la santé publique.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005a). *Immunisation des travailleurs de la santé, des stagiaires et de leurs professeurs : recommandations*, Québec, MSSS, Direction générale de la santé publique.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005b). *Les injections multiples dans le cadre de la pratique vaccinale au Québec*, cahier du formateur, cahier du participant et présentation PowerPoint, Québec, MSSS, Direction générale de la santé publique.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2006). *Guide d'intervention influenza en milieu d'hébergement et de soins de longue durée : prévention, surveillance et contrôle*, Québec, MSSS.
- Offit, P.A., Quarles, J., Gerber, M.A., Hackett, C.J., Marcuse, E.K., Kollman, T.R., et al. (2002). « Addressing parents' concerns: Do multiples vaccines overwhelm or weaken the infant's immune system? », *Pediatrics*, vol. 109, n° 1, p. 124-129.
- Olsen, D.P. (2006). « Should RNs be forced to get the flu vaccine? », *American Journal of Nursing*, vol. 106, n° 10, p. 76-80.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2003). *Guide d'application de la nouvelle Loi sur les infirmières et les infirmiers et de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, Montréal, OIIQ.
- Pearson, M.L., Bridges, C.B., et Harper, S.A. (2006). « Influenza vaccination of health-care personnel: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) and the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 55, n° RR-2.
- Pielak, K.L., McIntyre, C.C., Remple, V.P., Buxton, J.A., et Skowronski, D.M. (2005). « Administration concomitante du vaccin conjugué contre le méningocoque du groupe C et du vaccin contre l'hépatite B chez les pré-adolescents : un seul bras ou les deux? », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, vol. 31, n° 15, p. 165.
- Rousseau, L., Guay, M., Archambault, D., El m'ala, Z., et Abdelaziz, N. (2007). « Existe-t-il des barrières organisationnelles à l'accessibilité à la vaccination contre l'influenza et le pneumocoque? », *Canadian Journal of Public Health/Revue canadienne de santé publique*, vol. 98, n° 2, p. 105-110.
- Société canadienne de pédiatrie (2004). « Recommandations quant à l'usage du vaccin contre l'influenza chez les enfants », *Paediatrics & Child Health*, vol. 9, n° 7, p. 485-486.
- Talbot, T.R., Bradley, S.F., Cosgrove, S.E., Ruef, C., Siegel, J., et Weber, D.J. (2005). *SHEA Position Paper: Influenza Vaccination of Healthcare Workers and Vaccine Allocation for Healthcare Workers During Vaccine Shortages*, Alexandria (VA), Society for Healthcare Epidemiology of America.
- Tessier, D. (1997). « Comment planifier les vaccinations du voyageur quand elles sont multiples et quand il est pressé », *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, vol. 90, n° 4, p. 243-244.
- van den Hoven, M.A., et Verweij, M.F. (2003). « Should we promote influenza vaccination of health care workers in nursing homes? Some ethical arguments in favour of immunization », *Age and Ageing*, vol. 32, n° 5, p. 487-489.
- Weisman, S.J., Bernstein, B., et Schechter, N.L. (1998). « Consequences of inadequate analgesia during painful procedures in children », *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, vol. 152, n° 2, p. 147-149.
- Woodin, K.A., Rodewald, L.E., Humiston, S.G., Carges, M.S., Schaffer, S.J., et Szilagyi, P.G. (1995). « Physician and parent opinions. Are children becoming pincushions from immunizations? », *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, vol. 149, n° 8, p. 845-849.

