

Vous devez cliquer sur l'icône  
audio sur chaque diapositive pour  
démarrer le contenu audio



Juillet 2022

CENTRE INTÉGRÉ  
DE SANTÉ ET DE  
SERVICES SOCIAUX  
DE LAVAL

## Vaccination contre la COVID-19 et l'influenza ADMINISTRATION DES VACCINS

Solange Boucher,  
Conseillères cliniques DSI en soutien à la direction de la vaccination





## INTRODUCTION

Chaque produit immunisant doit être administré selon les recommandations du Programme d'immunisation du Québec (PIQ) afin que la réponse immunitaire soit optimale et que les réactions locales indésirables soient limitées.



## OBJECTIFS DE LA FORMATION

Cette capsule est destinée à tous les professionnels visés qui désirent administrer un vaccin, que ce soit par la voie intramusculaire ou intranasale, chez des usagers de tous les âges selon les modalités en vigueur.



## PLAN DE LA FORMATION

1. Les 7 BONS principes lors de l'administration d'un vaccin
2. Préparation du vaccin
3. Choix du sites d'injection
4. Technique d'administration intramusculaire (IM)
5. Technique d'administration intranasale (IN)    **\*vaccin contre l'influenza**
6. Techniques d'atténuation de la douleur et de l'anxiété
7. Positionnement du bébé et de l'enfant
8. Inscription légale au dossier de l'usager et la preuve vaccinale



DIGNE DE CONFIANCE,  
à chaque instant

# 1. RAPPEL DES 7 BONS

## PRINCIPES D'ADMINISTRATION D'UN VACCIN SELON LES 7 BONS



Avant d'administrer un vaccin, je vérifie les **5 BONS** principes d'usage :

BON USAGER		Vérifier la <b>double identification</b> de la personne en lui demandant son nom, prénom et sa date de naissance	1
BON MOMENT		Vérifier le bon moment ou la bonne raison d'administration en respectant les <b>délais recommandés</b>	2
BON PRODUIT		Choisir le <b>bon vaccin</b> et le <b>bon gabarit</b> en vérifiant sur l'étiquette de la seringue pré-remplie son <b>numéro de lot</b> et sa <b>date de péremption</b>	3
BONNE DOSE		Vérifier la <b>quantité de vaccin</b> à administrer inscrite dans les directives du professionnel	4
BONNE VOIE		Utiliser la <b>bonne technique</b> d'administration et le <b>bon site intramusculaire (IM)</b>	5

Après l'administration du vaccin, j'assure la bonne **SURVEILLANCE** et **DOCUMENTATION** :

BONNE SURVEILLANCE		Surveiller les manifestations cliniques observables dans les 15 minutes et plus suivant l'administration du vaccin	6
BONNE DOCUMENTATION		Inscrire la bonne information sur le <b>formulaire Medésync</b> et sur la <b>preuve vaccinale</b>	7

Source : © AQESSS 2012 - Tous droits réservés  
Direction de la vaccination CISSS de Laval, 2022-01-04



## 2. PRÉPARATION DU VACCIN





## PRÉPARATION DU VACCIN

### Conditions à respecter avant d'administrer un vaccin :

- Sélectionner le bon vaccin et le bon numéro de lot
- S'assurer que la date de péremption et l'heure de conservation ne sont pas dépassées
- La fiole ou la seringue préremplie sont conservées entre 2 et 8 °C dans une glacière
- Les mesures d'asepsie sont rigoureusement respectées, soit:
  - Hygiène des mains avant de manipuler le matériel et de toucher à l'usager
  - Hygiène des mains après avoir toucher à l'usager et après avoir désinfecter sa surface



### En présence d'une bulle d'aire dans une seringue préremplie:

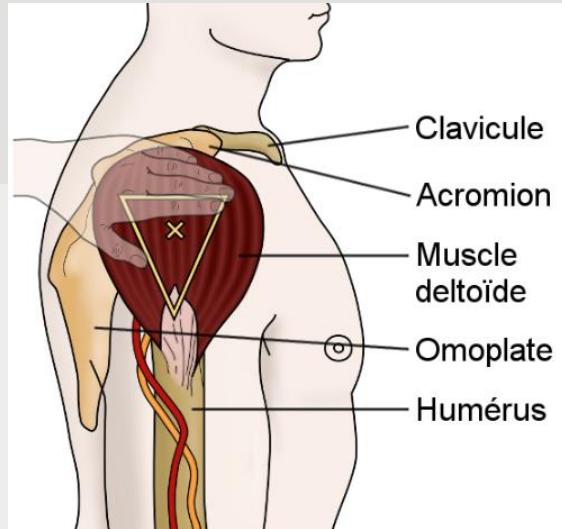
- Il est recommandé de la placer près du piston avant l'injection
- Si nécessaire, tapoter légèrement le corps de la seringue, l'aiguille vers le bas pour que la bulle remonte jusqu'au piston.

Note: La bulle d'air permet l'injection de l'intégralité du contenu de la dose.



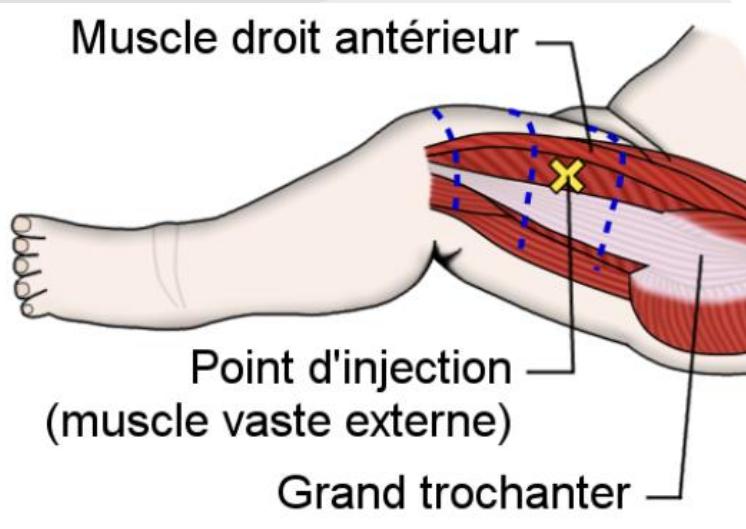


### 3. SITES DE CHOIX pour l'INJECTION intramusculaire (IM)



#### ***Deltoid***

≥ 12 mois

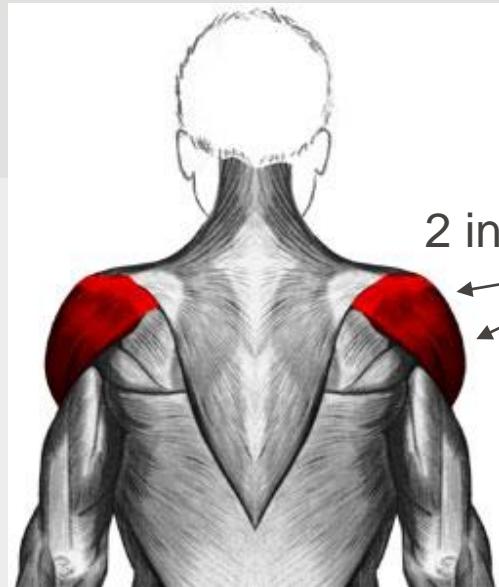


#### ***Vaste externe***

< 12 mois

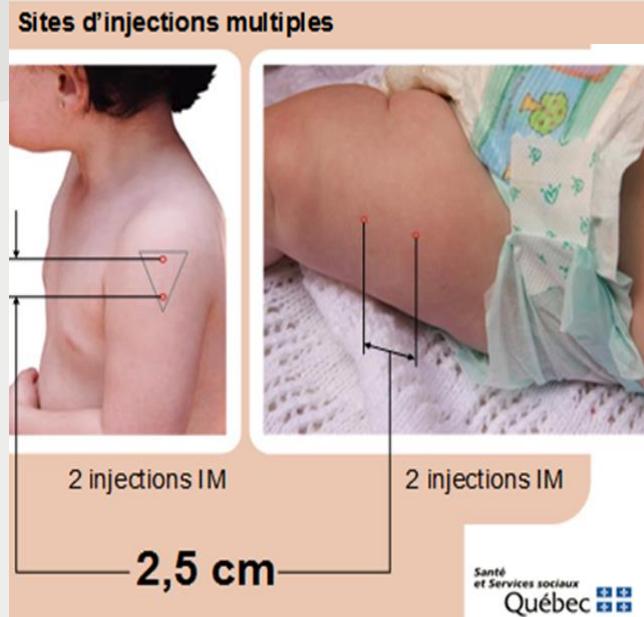


## ADMINISTRATION DE 2 VACCINS DANS UN SEUL MEMBRE



Adulte

Distance séparant les injections = au moins 2,5 cm (1 pouce)



Enfant

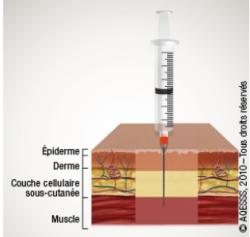
Santé  
et Services sociaux  
Québec

Centre intégré  
de santé  
et de services sociaux  
de Laval

Québec



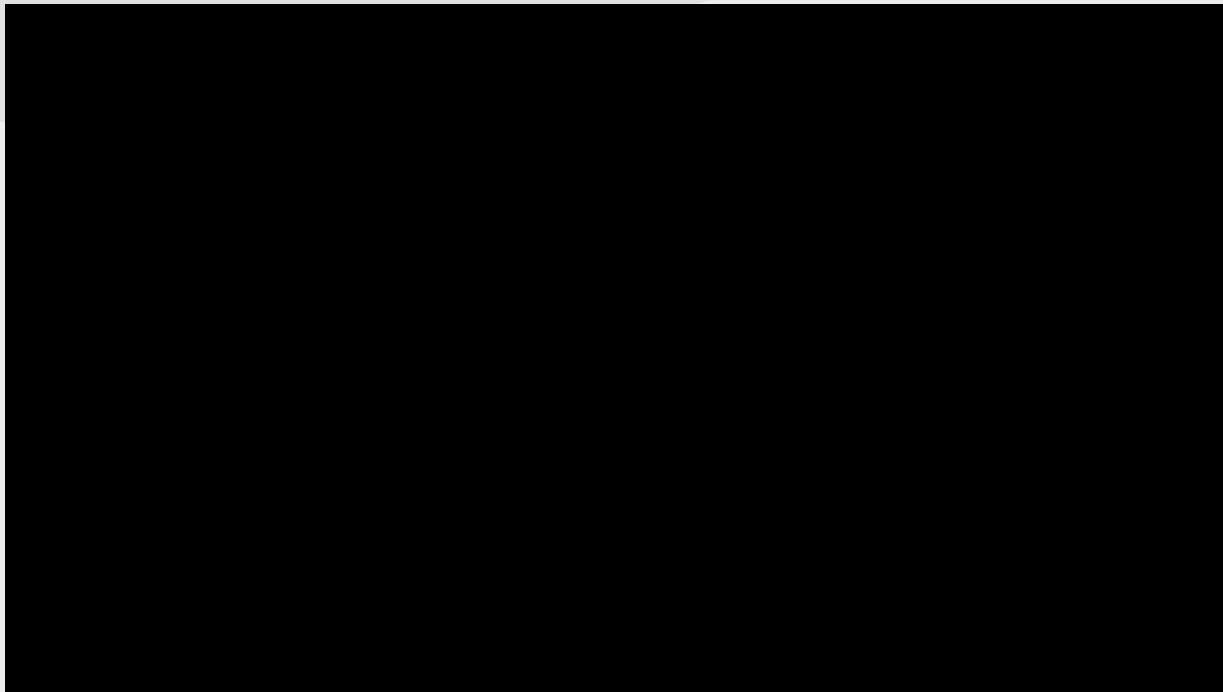
## 4. TECHNIQUE INTRAMUSCULAIRE (IM)

Âge	Site d'injection	Aiguille	Procédure
< 12 mois	Muscle vaste externe  Muscle fessier antérieur	Calibre 25  $\geq 2,2 \text{ cm (}\frac{7}{8} \text{ po)$	 <p>Utiliser une aiguille assez longue pour pénétrer dans le muscle.</p> <p>Tendre fermement la peau entre l'index et le pouce.</p> <p>Enfoncer l'aiguille d'un mouvement sûr et rapide.</p> <p><b>Ne pas aspirer.</b></p> <p>Injecter rapidement le produit.</p>
$\geq 12 \text{ mois}$ et adulte	Muscle deltoïde  Muscle vaste externe	Calibre 25  $\geq 2,5 \text{ cm (}1\text{-}\frac{1}{2} \text{ po)$	Référez-vous à la procédure de < 12 mois.

Tiré du PIQ, chapitre Administration des produits immunisants <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/piq-administration-des-produits-immunisants/techniques-d-administration/>

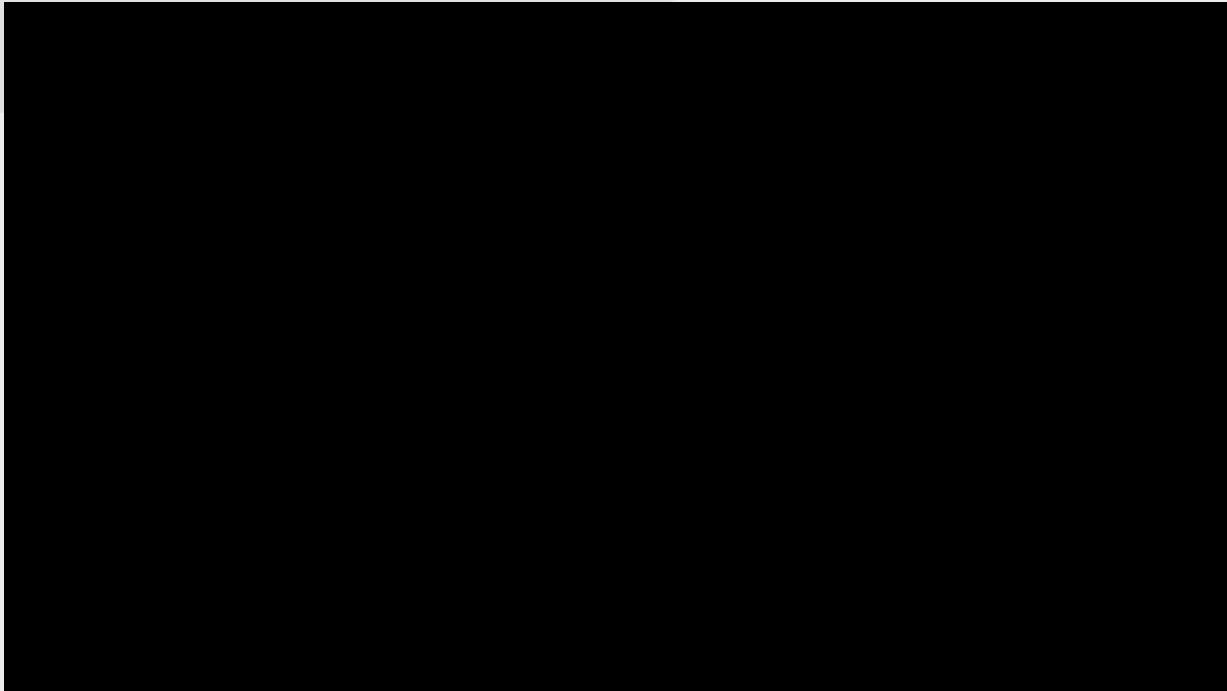
## VIDÉO : TECHNIQUE ADMINISTRATION IM – DELTOÏDE

Consigne: à regarder, aucune narration et aucun son (durée = 1,6 min)



## VIDÉO : TECHNIQUE ADMINISTRATION IM – VASTE EXTERNE

Consigne: à regarder et à écouter (durée = 2,16 min)





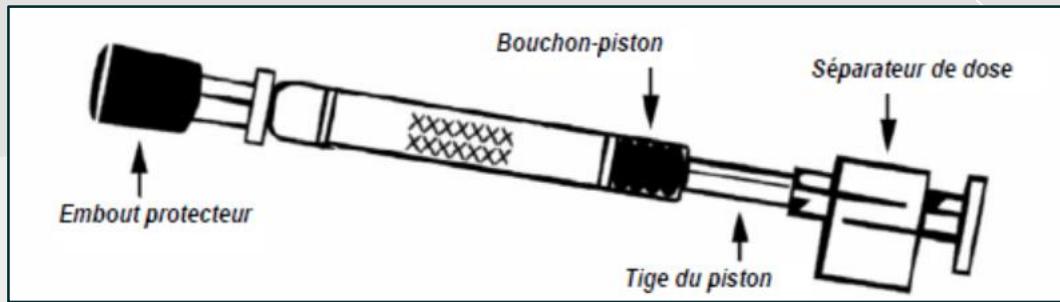
# 5. TECHNIQUE INTRANASALE (narines)

## Site d'administration : Muqueuse nasale

Source :  
ASTRAZENECA, Monographie :  
Flumist Quadrivalent : Vaccin antigrippal (vivant, atténue), p.17.

### Procédure:

- **Ne pas injecter**
- Enlever l'embout protecteur en caoutchouc synthétique.
- Demander à l'usager de se tenir droit, en position assise.
- Introduire l'extrémité du vaporisateur à l'intérieur de la narine.
- Pousser rapidement sur le piston dans un mouvement continu jusqu'à ce que le séparateur de dose bloque le piston.
- Retirer le dispositif de la narine de l'usager. Ensuite, pincer le séparateur de dose et le retirer du piston.
- Vaporiser le reste du vaccin dans l'autre narine.



### À retenir :

- Une inhalation active ou un reniflement n'est pas requis durant l'administration.
- Même si l'usager vacciné éternue immédiatement après, il n'est pas recommandé de reprendre la dose.

# 6. TECHNIQUES D'ATTÉNUATION DE LA DOULEUR ET DE L'ANXIÉTÉ





## MESURES GÉNÉRALES

- ✓ Adopter une attitude calme et rassurante
- ✓ Utiliser un langage neutre
- ✓ Maintenir une position adéquate
- ✓ Positionner adéquatement: dans les bras du parent, dos bien droit ou allonger si tendance à s'évanouir
- ✓ Ne pas aspirer lors de l'injection

## MESURES SPÉCIFIQUES

- ✓ Proposer à la mère d'allaiter son nourrisson avant ou pendant
- ✓ Proposer le biberon au bébé ou une solution sucrée à l'enfant
- ✓ Utiliser des moyens de distraction
- ✓ Promouvoir le soulagement de la douleur et les réactions causées par la vaccination



## 7. POSITIONNEMENT DU BÉBÉ ET DE L'ENFANT



DIGNE DE CONFIANCE,  
à chaque instant



## POSITIONNEMENT DU BÉBÉ POUR UNE INJECTION DANS LE VASTE EXTERNE



Tiré du PIQ, chapitre Administration des produits immunisants

<http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/piq-administration-des-produits-immunisants/positionnement-de-l-enfant/>

Centre intégré  
de santé  
et de services sociaux  
de Laval

Québec



## Position recommandée pour une injection IM dans le deltoïde (position à adopter par l'accompagnateur)



1. Asseoir votre enfant sur votre cuisse, de côté par rapport à vous.
2. Déshabiller votre enfant pour libérer le bras où il recevra le vaccin.
3. Placer son autre bras dans votre dos ou sous votre bras.
4. Tenir fermement ses jambes entre vos cuisses.
5. Tenir le bras où il recevra le vaccin en mettant une légère pression pour éviter qu'il bouge.



1. Asseoir votre enfant sur vos jambes, en appuyant son dos sur votre poitrine.
2. Déshabiller votre enfant pour libérer le bras où il recevra le vaccin.
3. Placer son autre bras sous votre bras.
4. Tenir le bras où il recevra le vaccin en mettant une légère pression pour éviter qu'il bouge.



1. Asseoir votre enfant sur vos jambes, face à vous.
2. Déshabiller votre enfant pour libérer le bras où il recevra le vaccin.
3. Placer son autre bras dans votre dos.
4. Tourner la tête de votre enfant du côté opposé au bras qui recevra le vaccin.
5. Tenir le bras où il recevra le vaccin en mettant une légère pression pour éviter qu'il bouge.



# 8. INSCRIPTION LÉGALE AU DOSSIER

## Formulaire 62-100-007

Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval		NOM À LA NAISSANCE : _____					
Québec		PRÉNOM : _____					
		DATE DE NAISSANCE : _____ / _____ / _____ SEXE : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					
		N° M : _____ EXP : _____					
VACCINATION CONTRE LA COVID-19		ADRESSE : _____					
		VILLE : _____ CODE POSTAL : _____					
		IDI-SPMI : _____					
LIEU DE DISPENSATION DE SERVICE (LDS) : SVP, indiquer le nom du employé ou du lieu : _____							
<input type="checkbox"/> Hôpital de la Cité-de-la-Santé <input type="checkbox"/> RPA <input type="checkbox"/> CVM <input type="checkbox"/> Centre de réadaptation DI-TSA <input type="checkbox"/> CHSLD <input type="checkbox"/> Autre : _____							
Usager apte : _____							
Ind. reg.	N° de téléphone résidence	Ind. reg.	Autre N° de téléphone	Cellulaire	Travail		
Adresse courriel : _____							
Usager majeur inscrit ou minimum de moins de 14 ans : _____							
Personne autorisée à donner l'indication : _____							
<input type="checkbox"/> Mandataire <input type="checkbox"/> Représentant légal <input type="checkbox"/> Curateur <input type="checkbox"/> Curateur public <input type="checkbox"/> Conjoint (marié, union civile, de fait) <input type="checkbox"/> Proche parent <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier							
Ind. reg.	N° de téléphone résidence	Ind. reg.	Autre N° de téléphone	Cellulaire	Travail		
Adresse courriel : _____							
EMPLOYÉ DU RÉSEAU DE LA SANTÉ		RAISONS ADMINISTRATION VACCIN CONTRE LA COVID-19 *Sélectionner la première raison applicable seulement*					
<input type="checkbox"/> Matricule : _____ <input type="checkbox"/> Nom : _____ <input type="checkbox"/> Institution : _____ <input type="checkbox"/> CISSS de Laval <input type="checkbox"/> Autorisation pour l'inscription au service de santé <input type="checkbox"/> Hora CISSS de Laval <input type="checkbox"/> Non-salarie CISSS de Laval. Occupation : _____ <input type="checkbox"/> Off de l'emploi et V de permis (RN)		<input type="checkbox"/> 1-Resident en CHSLD public/privé <input type="checkbox"/> 2-Resident en RPA <input type="checkbox"/> 3-Femmes enceintes <input type="checkbox"/> 4-Evaluateur de la santé (peu importe la condition médicale) <input type="checkbox"/> 5-Malades chroniques (peu importe l'âge) <input type="checkbox"/> 6-Autres					
QUESTIONNAIRE PRÉ-IMMUNISATION							
Se référer au PIO ou au carnet des vaccinateurs							
OUI      NON							
1. Quel âge avez-vous ? _____ Voir le section « Détails des produits immunisants administrés » au verso.							
2. Avez-vous déjà reçu des vaccins contre la COVID-19 ?							
1 <sup>re</sup> dose - Date : _____		Produit : _____		4 <sup>te</sup> dose - Date : _____		Produit : _____	
2 <sup>de</sup> dose - Date : _____		Produit : _____		5 <sup>te</sup> dose - Date : _____		Produit : _____	
3 <sup>de</sup> dose - Date : _____		Produit : _____		6 <sup>te</sup> dose - Date : _____		Produit : _____	
3. Avez-vous déjà eu un test positif à la COVID-19 ? Date du dernier test TAAN ou TDAR positif : TAAN (test d'amplicification des acides nucléiques (en laboratoire)      TDAR (Test de dépistage antigénique rapide (auto-diagnostic)							
4. Avez-vous eu un changement significatif de votre état de santé récemment ou depuis votre dernière dose de vaccin ? En cas de maladie aiguë, severe ou symptomatique de la COVID-19, reporter les symptômes.							
5. Êtes-vous immunodéprimé, dialysé ou prenez-vous des médicaments immunodépresseurs ? Sans ou peu d'effet ; doses régulières indépendamment des ATCC d'infection et la COVID-19 12 ans et plus : 2 doses de rappel							
6. Avez-vous déjà fait une réaction importante après avoir reçu un vaccin ou un autre produit (autre qu'une allergie alimentaire) ayant nécessité une consultation médicale ?							
7. Êtes-vous enceinte ? La vaccination est recommandée pour ce type de clientèle (APN).							
8. Avez-vous reçu des anticorps monoclonaux contre la COVID-19 ou du plasma d'usagers convalescents de la COVID-19 dans les 90 derniers jours ?							

Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval		NOM À LA NAISSANCE : _____
Québec		PRÉNOM : _____
		DATE DE NAISSANCE : _____ / _____ / _____ SEXE : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
		N° M : _____ EXP : _____
VACCINATION CONTRE LA COVID-19		ADRESSE : _____
		VILLE : _____ CODE POSTAL : _____
		IDI-SPMI : _____
CONSENTEMENT / DÉCLARATION		
<input type="checkbox"/> Les renseignements sur les avantages et les risques de la vaccination contre la COVID-19, sur les réactions possibles et sur la conduite à tenir post-vaccination ont été donnés à la personne ou son représentant légal. <input type="checkbox"/> L'usager ou son représentant légal : <input type="checkbox"/> Consent à la vaccination contre la COVID-19 <input type="checkbox"/> Dose de rappel : Consentement obtenu lors de l'administration de la 1 <sup>re</sup> dose de vaccin contre la COVID-19 <input type="checkbox"/> Refuse la vaccination contre la COVID-19 <input type="checkbox"/> Comme-indication : Non indiqué		
VACCINATEUR QUI FAIT L'ÉVALUATION :		
Nom : _____ Titre d'emploi : _____ No de permis : _____ Signature : _____ Date : _____ en date - mois - jour Heure : _____		
DÉTAILS DES PRODUITS IMMUNISANTS ADMINISTRÉS		
SITE D'INJECTION IM		
Arrière	<input type="checkbox"/> COMIRNATY <sup>TM</sup> Pédiatrique (Pfizer) 1 à 11 ans	<input type="checkbox"/> # dose : _____ 0,2 ml intramusculaire
	<input type="checkbox"/> COMIRNATY <sup>TM</sup> (Pfizer) 12 ans et plus	<input type="checkbox"/> # dose : _____ 0,3 ml intramusculaire
	<input type="checkbox"/> SPIKEVAX <sup>TM</sup> (Moderna) 6 à 11 ans autorisé (mes vaccin COMPINNAT Postponée chez les 6-11 ans)	<input type="checkbox"/> # dose : _____ 0,3 ml intramusculaire
	<input type="checkbox"/> SPIKEVAX <sup>TM</sup> (Moderna) 12 ans et plus autorisé (mes vaccin COMPINNAT chez les 12-59 ans)	<input type="checkbox"/> # dose : _____ 0,5 ml intramusculaire <input type="checkbox"/> Dose de rappel : 0,25 ml intramusculaire
PRA	<input type="checkbox"/> COVIFENT <sup>TM</sup> (Medicago) 18 à 84 ans autorisé (exceptionnellement chez les 65 ans et plus)	<input type="checkbox"/> # dose : _____ 0,5 ml intramusculaire <input type="checkbox"/> Dose de rappel : 0,5 ml intramusculaire
	<input type="checkbox"/> NUVAZOVIM <sup>TM</sup> (Novavax) 12 ans et plus	<input type="checkbox"/> # dose : _____ 0,5 ml intramusculaire <input type="checkbox"/> Dose de rappel : 0,5 ml intramusculaire
	No de lot : _____ Date d'expiration : _____	
	<input type="checkbox"/> Aucun vaccin administré. Une période d'attente de 15 minutes. <input type="checkbox"/> 30 minutes post-administration du vaccin a été recommandée à l'usager. Brise la chaîne de froid (BCF) : écrire le BCF dans le champ « Commentaires » de SI-PMI (register de vaccination).	
INTERVENANT QUI A ADMINISTRÉ LE VACCIN :		
Nom : _____ Titre d'emploi : _____ No de permis : _____ Signature : _____ Date : _____ en date - mois - jour Heure : _____		
RÉACTIONS POST-VACCINAIRES IMMÉDIATES (À COMPLÉTER OBLIGATOirement LE CAS ÉCHÉANT)		
Description et interventions :		
<input type="checkbox"/> Appel 911 <input type="checkbox"/> Formulaire « Déclaration de manifestations cliniques après une vaccination » complété et acheminé à la DSPublique. Nom : _____ Titre d'emploi : _____ Date : _____ en date - mois - jour Heure : _____ Signature de l'évaluateur : _____ Salle par (initials) : _____		

## Billet de preuve vaccinale

### VACCINATION CONTRE LA COVID-19

Nom : _____	Date de naissance : Année / mois / jour
Nom du vaccin	Dose Voie adm.
<input type="checkbox"/> COMIRNATY Pédiatrique (Pfizer)	<input type="checkbox"/> 0,2 ml IM
<input type="checkbox"/> COMIRNATY (Pfizer) 12 ans et plus	<input type="checkbox"/> 0,25 ml IM
<input type="checkbox"/> SPIKEVAX (Moderna)	<input type="checkbox"/> 0,3 ml IM
<input type="checkbox"/> COVIFENT <sup>TM</sup> (Medicago) 18 à 84 ans autorisé (exceptionnellement chez les 65 ans et plus)	<input type="checkbox"/> 0,5 ml IM
Autre : _____	

20-279-62 / MAJ 2022-03-03

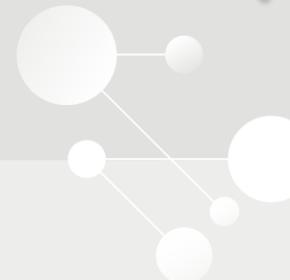
## Donnée à inscrire

## Au dossier

## Registre SI-PMI

## Carnet/preuve

Date d'administration du produit (année, mois, jour)	oui	oui	<b>oui</b>
Heure d'administration du produit (facultatif)	oui	non	non
Nom commercial du produit (ex.: Comirnaty (Pfizer))	oui	oui	<b>oui</b>
Numéro de lot du produit	oui	oui	non
Quantité ou posologie administrée	oui	oui	<b>oui</b>
Site d'injection	oui	oui	non
Voie d'administration	oui	oui	<b>oui</b>
Nom, titre professionnel et signature du vaccinateur	oui	oui	<b>oui</b>
Lieu d'administration du produit (ex. : nom de la clinique)	oui	oui	<b>oui</b>
Manifestations cliniques survenues après la vaccination, s'il y a lieu	oui	non	non
Renseignements sur les avantages et les risques liés à la vaccination	oui	non	non
Consentement obtenu	oui	non	non
Refus de vaccination obtenu	oui	oui	non
Considérations (ex. : contre-indications, précautions)	oui	oui	non
Raison d'administration pour les vaccins lorsque requis	non	oui	non



Source : PIQ, chapitre  
Administration des produits  
immunisants



# Merci !

Après avoir compléter votre auto-formation,  
n'oubliez pas de répondre au questionnaire  
post-formation à la toute fin pour obtenir vos  
heures de formations accréditées.

## OUTILS D'ENCADREMENT AU CISSS DE LAVAL

- ✓ Formulaire 62-100-007 *Vaccination contre la COVID-19*
- ✓ Formulaire 68-000-739 *Vaccination contre la grippe et le pneumocoque*
- ✓ *Cartable Vaccinateur* (disponible sur les sites de vaccination, mise à jour en continue)

## RÉFÉRENCES

- ✓ [Protocole d'immunisation du Québec \(PIQ\)](#)
- ✓ [Atténuation de la douleur et de l'anxiété lors de la vaccination – Questionnaire aux vaccinatrices de l'INSPQ](#)
- ✓ [Réduire la douleur pour mieux faire accepter la vaccination : les recommandations de l'OMS](#)
- ✓ [Diminuer la douleur et l'anxiété liées à la vaccination chez les enfants](#), MSSS du Québec
- ✓ [Outils pour diminuer la douleur et l'anxiété liées à la vaccination chez les enfants](#), MSSS du Québec