

**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



# 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 :

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

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

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

Source : © AQESS 2012 - Tous droits réservés  
Direction de la vaccination CIGSS 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 touché à l'usager et après avoir désinfecter sa surface



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

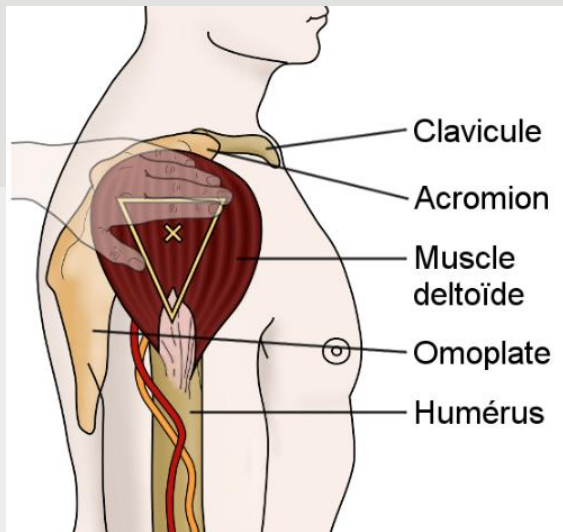
- Il est recommandé de la placer près du piston avant l'injection
- Si nécessaire, tapoter légèrement le corps de la seringue, l'aiguille vers le bas pour que la bulle remonte jusqu'au piston.

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



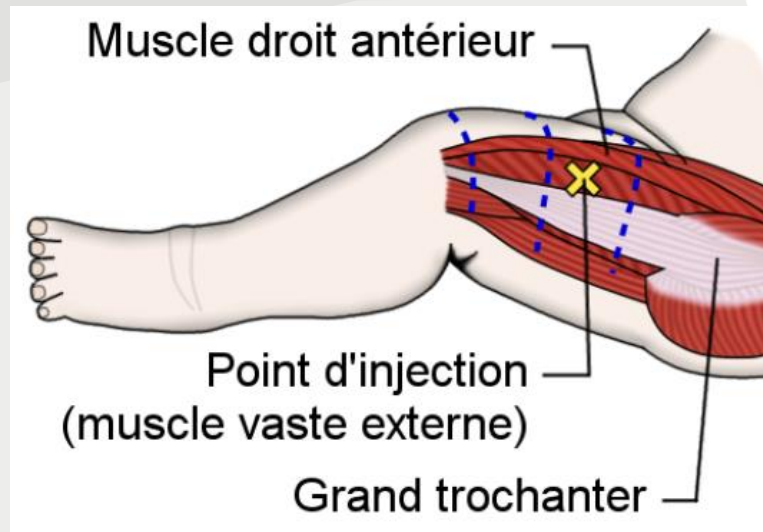


### 3. SITES DE CHOIX pour l'INJECTION intramusculaire (IM)



***Deltoïde***

**≥ 12 mois**

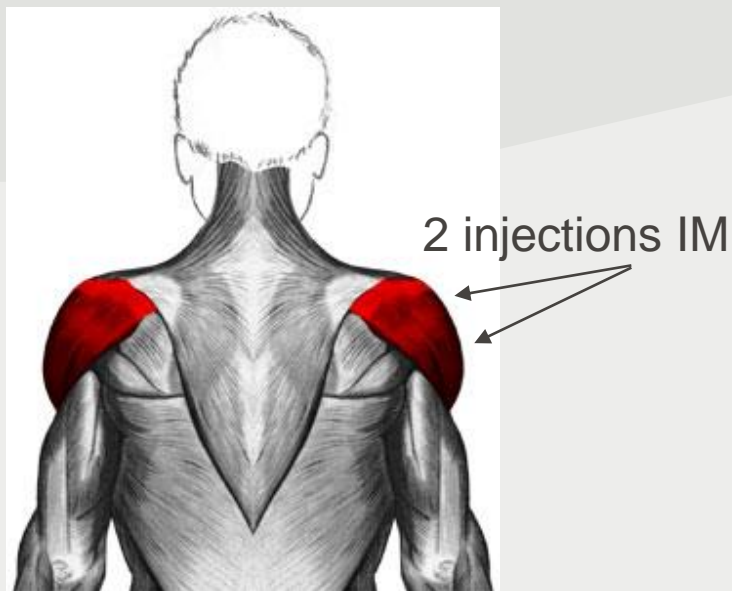


***Vaste externe***

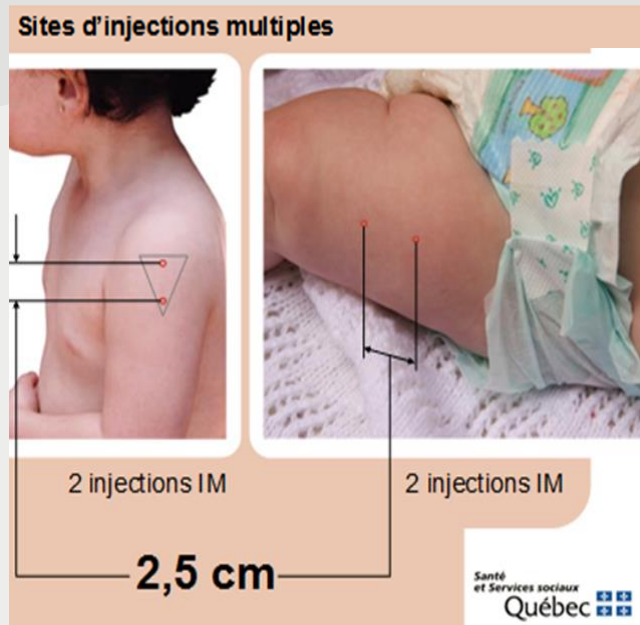
**< 12 mois**



## ADMINISTRATION DE 2 VACCINS DANS UN SEUL MEMBRE



Adulte



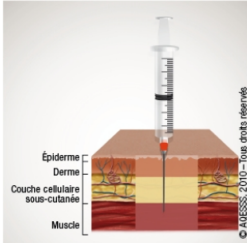
Enfant

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



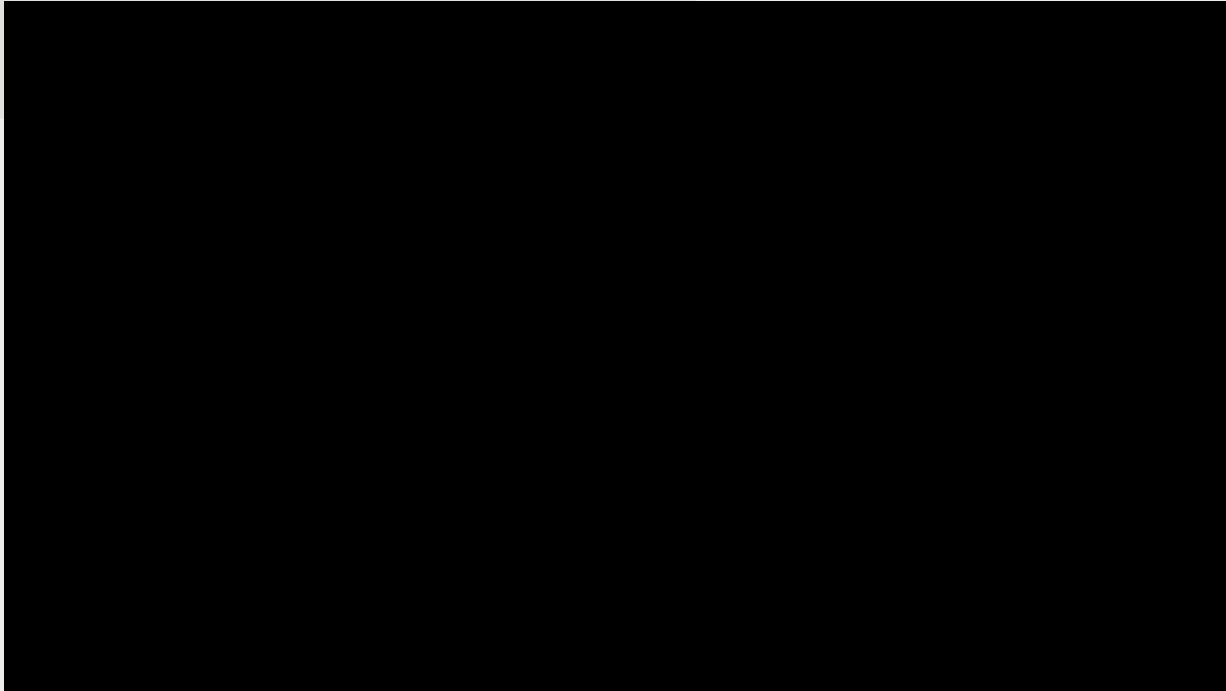


## 4. TECHNIQUE INTRAMUSCULAIRE (IM)

Âge	Site d'injection	Aiguille	Procédure
< 12 mois	Muscle vaste externe	Calibre 25 ≥ 2,2 cm ( $\frac{7}{8}$ po)	 <p>Angle d'insertion de 90°</p> <p>Adapté de CESS, <i>Méthodes de soins informatisées</i></p> <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>
	Muscle fessier antérieur		
≥ 12 mois et adulte	Muscle deltoïde	Calibre 25	Référez-vous à la <b>procédure de &lt; 12 mois.</b>
	Muscle vaste externe	≥ 2,5 cm (1-1 ½ po)	

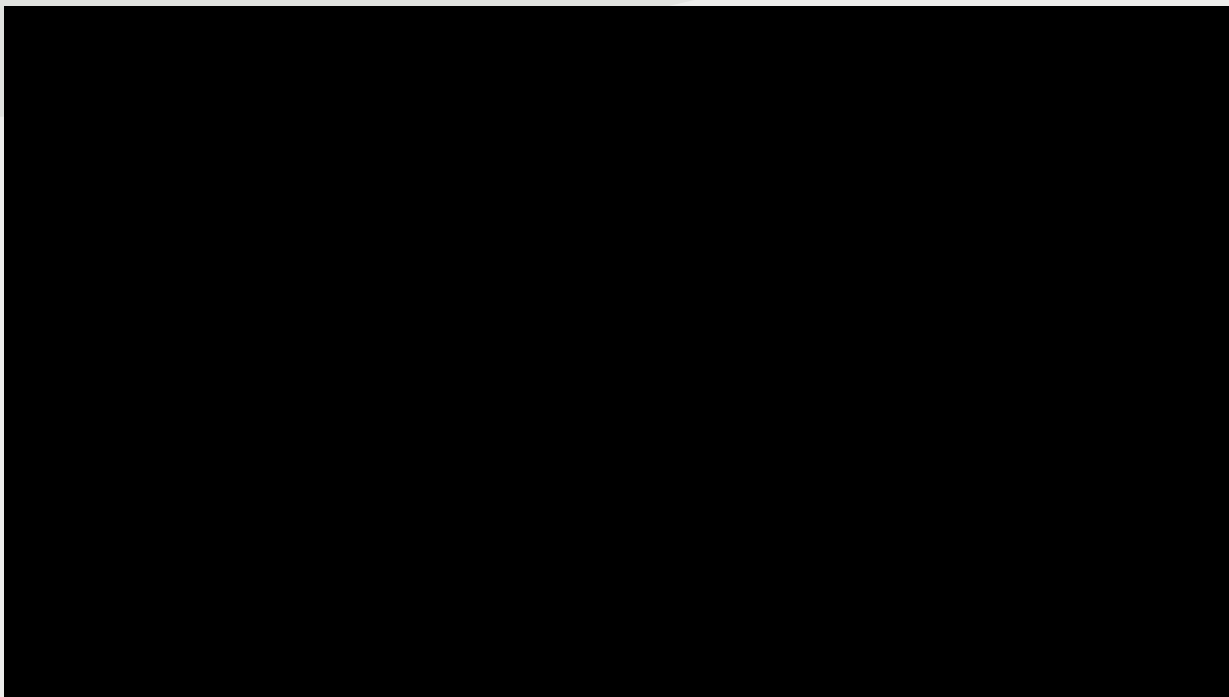
## VIDÉO : TECHNIQUE ADMINISTRATION IM – DELTOÏDE

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)





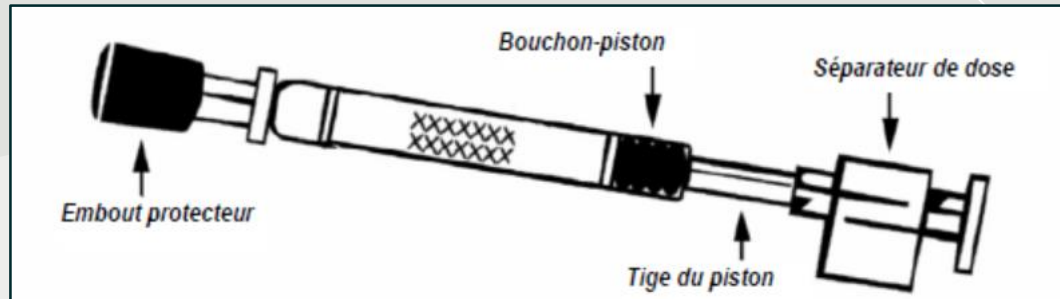
## 5. TECHNIQUE INTRANASALE (narines)

### Site d'administration : Muqueuse nasale

Source :

ASTRAZENECA, Monographie :

Flumist Quadrivalent : Vaccin antigrippal (vivant, atténué), p.17.



### Procédure:

- **Ne pas injecter**
- Enlever l'embout protecteur en caoutchouc synthétique.
- Demander à l'utilisateur 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'utilisateur. 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'utilisateur 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



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



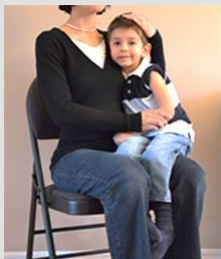
Tiré du PIQ, chapitre Administration des produits immunisants

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





## 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**  
**Québec**

**VACCINATION CONTRE LA COVID-19**

NOM À LA NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SEXE : ☐ F ☐ M  
N.A.M. : \_\_\_\_\_ EXP. : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
ADRESSE : \_\_\_\_\_  
VILLE : \_\_\_\_\_ CODE POSTAL : \_\_\_\_\_  
ID SPI-MI : \_\_\_\_\_

**LIEU DE DISPENSATION DE SERVICE (à décrire) : *Sur, indiquer le nom ou l'endroit d'où le service***

☐ Hôpital de la Cité-de-la-Santé ☐ RPA  
☐ CUM : \_\_\_\_\_ ☐ Centre de réadaptation Di-TSA : \_\_\_\_\_  
☐ CHSLO : \_\_\_\_\_ ☐ Autre : \_\_\_\_\_

**Usager apte**  
Ind. reg. : \_\_\_\_\_ N° de téléphone résidence : \_\_\_\_\_ Ind. reg. : \_\_\_\_\_ Autre N° de téléphone : \_\_\_\_\_  
☐ Cellulaire ☐ Travail

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

**Usager majeur incapable ou mineur de moins de 14 ans :**  
Personne autorisée selon sa déclaration (nom, prénom) : \_\_\_\_\_  
☐ Mandataire ☐ Représentant légal ☐ Curateur ☐ Curateur public ☐ Conjoint (maré, union civile, de fait) ☐ Proche parent  
☐ Parent ☐ 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 : \_\_\_\_\_

**EMPLOYÉS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ**

**RAISONS ADMINISTRATION VACCIN CONTRE LA COVID-19**  
*(Sélectionner la première raison applicable seulement)*

# Matricule : \_\_\_\_\_  
Titre d'emploi : \_\_\_\_\_  
Installation : ☐ CHSLS de Laval → ☐ Autorisation pour transmission au service de santé  
☐ Hars CHSLS de Laval  
☐ Non-assurés CHSLS de Laval, Occupation : \_\_\_\_\_  
☐ Titre d'emploi et N° de permis (PM) : \_\_\_\_\_

☐ 1-Résident en CHSLD public/privé  
☐ 2-Résident en RPA  
☐ 3-Femmes enceintes  
☐ 4-Travailleur de la santé (qui importe la condition médicale)  
☐ 5-Maladies chroniques (qui importe l'âge)  
☐ 6-Autres

**QUESTIONNAIRE PRÉ-IMMUNISATION** *Se référer au PIQ ou au cartable des vaccinateurs* **OUI** **NON**

1. Quel âge avez-vous? \_\_\_\_\_ Voir le section 1 Détails des produits immunisants administrés à la section.

2. Avez-vous déjà reçu des vaccins contre la COVID-19?  
1<sup>re</sup> dose - Date : \_\_\_\_\_ Produit : \_\_\_\_\_ 4<sup>e</sup> dose - Date : \_\_\_\_\_ Produit : \_\_\_\_\_  
2<sup>e</sup> dose - Date : \_\_\_\_\_ Produit : \_\_\_\_\_ 5<sup>e</sup> dose - Date : \_\_\_\_\_ Produit : \_\_\_\_\_  
3<sup>e</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'amplification des acides nucléiques (en laboratoire) TDAR : Test de dépistage antigénique rapide (auto-dépistage)

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, sévère ou symptôme de la COVID-19, reporter la vaccination.

5. Êtes-vous immunodéprimé, dialysé ou prenez-vous des médicaments immunosuppresseurs?  
8 ans et plus : 2 doses reçues indépendamment des ATCD d'infection à 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 (ATM)).

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?

62-100-007  
Date: 2022-06-02  
DOSSIER MÉDICAL

**Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval**  
**Québec**

**VACCINATION CONTRE LA COVID-19**

NOM À LA NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SEXE : ☐ F ☐ M  
N.A.M. : \_\_\_\_\_ EXP. : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
ADRESSE : \_\_\_\_\_  
VILLE : \_\_\_\_\_ CODE POSTAL : \_\_\_\_\_  
ID SPI-MI : \_\_\_\_\_

**CONSENTEMENT / DÉCISION**

☐ 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.  
L'usager ou son représentant légal : ☐ Consent à la vaccination contre la COVID-19  
☐ Dose de rappel : Consentement obtenu lors de l'administration de la 1<sup>re</sup> dose de vaccin contre la COVID-19  
☐ Refuse la vaccination contre la COVID-19  
☐ Contre-indication / Non indiqué : \_\_\_\_\_

**VACCINATEUR QUI A FAIT L'ÉVALUATION :**  
Nom : \_\_\_\_\_ Titre d'emploi : \_\_\_\_\_ No de permis : \_\_\_\_\_  
Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_  
*année - mois - jour*

**DÉTAILS DES PRODUITS IMMUNISANTS ADMINISTRÉS**

ADON	PRODUIT	DOSE	RITE D'INJECTION IM
<input type="checkbox"/> COMIRNATY <sup>®</sup> Pédiatrique (Pfizer) 6-11 ans	<input type="checkbox"/> # dose : 0,2 ml intramusculaire	<input type="checkbox"/> Bras droit (B.D.)	
<input type="checkbox"/> COMIRNATY <sup>®</sup> (Pfizer) 12 ans et plus	<input type="checkbox"/> # dose : 0,3 ml intramusculaire	<input type="checkbox"/> Bras gauche (B.G.)	
<input type="checkbox"/> SPIKEVAX <sup>®</sup> (Moderna) 6-11 ans autorisé (més forçer COMIRNATY Pédiatrique chez les 6-11 ans)	<input type="checkbox"/> # dose : 0,25 ml intramusculaire	<input type="checkbox"/> Cuisse droite (C.D.)	
<input type="checkbox"/> SPIKEVAX <sup>®</sup> (Moderna) 12 ans et plus autorisé (més forçer COMIRNATY chez les 12-29 ans)	<input type="checkbox"/> # dose : 0,5 ml intramusculaire	<input type="checkbox"/> Cuisse gauche (C.G.)	
<input type="checkbox"/> COVIFENZ <sup>®</sup> (Medicago) 18 à 64 ans autorisé (exceptionnellement chez les 65 ans et plus)	<input type="checkbox"/> # dose : 0,5 ml intramusculaire		
<input type="checkbox"/> NUVAKOVID <sup>®</sup> (Novavax) 18 ans et plus	<input type="checkbox"/> # dose : 0,5 ml intramusculaire		

No de lot : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_

☐ Aucun vaccin administré.  
Une période d'attente de ☐ 15 minutes **OUI** ☐ 30 minutes post-administration du vaccin a été recommandée à l'usager.  
☐ Bris de la chaîne de froid (BCF) : écrire lot BCF dans le champ « Commentaires » de SPI-MI (registre de vaccination).

**INTERVENANT QUI A ADMINISTRÉ LE VACCIN :**  
Nom : \_\_\_\_\_ Titre d'emploi : \_\_\_\_\_ No de permis : \_\_\_\_\_  
Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_  
*année - mois - jour*

**RÉACTIONS POST-VACCINALES IMMÉDIATES (À COMPLÉTER OBLIGATOIREMENT LE CAS ÉCHÉANT)**  
Description et interventions : \_\_\_\_\_

☐ Appel 911 ☐ Formulaire « Déclaration de manifestations cliniques après une vaccination » complété et adressé à la DSPublique.  
Nom : \_\_\_\_\_ Titre d'emploi : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_  
Signature de l'évaluateur : \_\_\_\_\_  
*année - mois - jour*

**SAISIE PRÉLIMINAIRE :** \_\_\_\_\_

62-100-007  
Date: 2022-06-02  
DOSSIER MÉDICAL

## Billet de preuve vaccinale

### VACCINATION CONTRE LA COVID-19

Nom :

Date de naissance : Année / mois / jour

Nom du vaccin	Dose Voie adm.	Date Signature du vaccinateur
<input type="checkbox"/> COMIRNATY Pédiatrique (Pfizer)	<input type="checkbox"/> 0,2 ml IM	2022 - ____ - ____
<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"/> 0,5 ml IM	

Autre :

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

**Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval**

**Québec**

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