|  |  |
| --- | --- |
| U:\PrevHPV\Logos&signatures\Logo couleurs.png | **Vaccination contre HPV**  **NOTE D’INFORMATION DESTINÉE AUX PARENTS** |

|  |
| --- |
| **Points essentiels**   * 80 % de la population est exposée aux infections par les Papillomavirus Humains (HPV). * La vaccination contre les HPV est recommandée pour les garçons et les filles âgés de 11 à 14 ans et nécessite 2 injections du vaccin (un rattrapage est possible jusqu’à 19 ans ; dans ce cas 3 injections du vaccin sont nécessaires). * **Une journée de vaccination gratuite est proposée au sein du collège de votre (vos) enfant(s).** |

L’infection par les **Papillomavirus Humains** (= Human Papillomavirus, HPV) est l’infection transmissible la plus courante dans le monde. Elle peut provoquer des lésions de deux types : des verrues génitales (appelées condylomes) et des lésions précancéreuses qui peuvent mener à des cancers du col de l’utérus, du vagin, de la vulve, du pénis, de l’anus et de l’oropharynx.

Seule la vaccination, réalisée depuis plusieurs années, permet de réduire les risques de développer ces affections. Il est scientifiquement prouvé qu’elle protège à 90 % des risques de cancer du col de l’utérus. Pour que l’efficacité de cette vaccination soit optimale, la vaccination doit être réalisée le plus tôt possible, avant le début de la sexualité active. L’Organisation Mondiale de la Santé et le Haut Conseil de la Santé Publique recommandent que la vaccination des filles et des garçons soit réalisée entre 11 et 14 ans. Deux injections doivent être faites à six mois d’intervalle. Il existe un rattrapage possible pour les 15-19 ans n’ayant pas été vaccinés, avec 3 injections.

En comparaison aux autres pays européens où le taux de couverture vaccinale est élevé, l’accès à la vaccination contre les Papillomavirus Humains en France n’est pas facilité, et ce à deux niveaux :

1. Au niveau financier, la vaccination nécessite plusieurs rendez-vous auprès du médecin généraliste, le vaccin n’est pas totalement remboursé par la sécurité sociale, mais les mutuelles peuvent compléter le remboursement, même si la vaccination peut également s’effectuer gratuitement dans certains centres de vaccination.
2. Au niveau organisationnel, le parcours d’accès à la vaccination nécessite une prescription médicale, l’achat du vaccin dans une pharmacie puis un retour chez le médecin pour l’administration des injections.

La majorité des pays européens où la couverture vaccinale est élevée, a instauré une vaccination systématique en milieu scolaire. Dans ce contexte, plusieurs institutions françaises œuvrant dans le domaine de la santé, ont confié à huit équipes de recherche sur le territoire français (voir liste p.4), la construction et la mise en œuvre d’un projet de recherche interventionnelle nommé « PrevHPV » visant à améliorer la couverture vaccinale contre les Papillomavirus Humains en France. C’est dans ce cadre que nous souhaitons organiser au sein du collège de votre enfant une journée de vaccination contre les HPV afin de réaliser la première injection du vaccin gratuitement (la deuxième injection sera à réaliser auprès d’un professionnel de santé).

Le chef d’établissement a donné son accord pour qu’une journée de vaccination puisse être organisée au sein du collège. L’infirmier(e) scolaire de l’établissement de votre enfant est aussi informé(e) de la journée de vaccination, vous pouvez également le (la) contacter si vous avez des questions ou besoin de conseils.

Pour vous informer ou parler des infections HPV et de la vaccination, vous pouvez contacter votre médecin traitant ou consulter le site <https://vaccination-info-service.fr/>.

Vous trouverez ci-dessous un ensemble d’informations que nous vous conseillons de lire attentivement.

**Quel est l’objectif de la journée de vaccination ?**

L’objectif est de proposer à chaque adolescent du collège âgé de plus de 11 ans, scolarisé de la 6ème à la 3ème et n’ayant jamais été vacciné contre les Papillomavirus Humains, de bénéficier de la première injection du vaccin gratuitement.

**Comment la journée de vaccination va-t-elle se dérouler ?**

Durant cette journée, un médecin et une infirmière du centre de vaccination se déplaceront exceptionnellement dans le collège de votre enfant. Une salle sera mise à disposition dans le collège pour réaliser les vaccinations. Les élèves seront conduits dans la salle selon l’organisation du référent au sein du collège, puis ils s’entretiendront individuellement avec le médecin.

Tout d’abord, l’infirmière vérifiera que les formulaires de « consentement à la vaccination » sont bien complétés par les deux parents et que votre enfant ne présente pas de contre-indication à la vaccination et qu’il n’a pas déjà été vacciné contre les Papillomavirus Humains. Si des éléments d’informations sont manquants ou si votre enfant présente des contre-indications, la vaccination ne pourra pas être réalisée. Si toutes les informations attestent la possibilité de vacciner l’adolescent, l’injection du vaccin « Gardasil9® » par voie intramusculaire sera effectuée par le médecin du centre de vaccination puis il inscrira la date et la preuve de la vaccination dans le carnet de santé de votre enfant.

Vaccination réalisée ou non, un courrier sera ensuite remis à votre enfant pour vous informer de la bonne réalisation du geste ou des raisons ayant motivé la non-réalisation de la vaccination.

Dans le cas où la vaccination a bien été réalisée, une ordonnance sera également remise à votre enfant mentionnant le délai pour pouvoir faire l’injection suivante. Ensuite, il vous faudra récupérer le vaccin à la pharmacie (à l’aide de l’ordonnance fournie par le centre de vaccination) et prendre contact avec votre médecin traitant (ou tout autre professionnel de santé habilité ou le centre de vaccination le plus proche) pour la réalisation de la seconde injection.

**Votre enfant est-il obligé de participer à la journée de vaccination ?**

La vaccination de votre enfant au sein du collège est totalement volontaire.

Si vous et votre enfant acceptez cette vaccination, vous et votre enfant pourrez revenir sur votre décision à tout moment avant la réalisation de l’injection.

Vous ou votre enfant pouvez décider de ne pas participer. Dans ce cas, ni vous ni votre enfant ne serez pénalisés en quoi que ce soit.

Si votre enfant rencontre des problèmes de santé particuliers et/ou si vous souhaitez être présent lors de la vaccination, votre enfant ne pourra pas participer à cette journée de vaccination.

**Quels sont les contraintes et les risques éventuels à participer à la journée de vaccination ?**

Les élèves devront apporter leur carnet de santé le jour de la vaccination. Ils seront mobilisés pendant une durée d’environ 30 à 40 minutes. Cette durée comprend la vérification du carnet de santé par le médecin, la vaccination, le temps de surveillance, et le remplissage d’un questionnaire de satisfaction.

Les risques liés à cette vaccination sont les mêmes que si vous réalisiez la vaccination chez un autre professionnel de santé (médecin, infirmier, sage-femme, centre de vaccination).

Suite à l’injection, il est possible que votre enfant ressente un des effets indésirables connus après administration du Gardasil9® qui est non dangereux et transitoires tels que la survenue d’une légère douleur, une rougeur, un petit gonflement au point d'injection ou des maux de tête. Dans des cas très rares (moins de 10 %), la survenue de nausées, de fièvre, de fatigue, de sensation de vertiges, de démangeaisons, ou de bleus a été signalée. De façon exceptionnelle (moins de 1 %) d’autres effets indésirables ont été observés tels que des vomissements, des frissons, un malaise ou une [réaction allergique](https://eurekasante.vidal.fr/lexique-medical/R.html#reaction-allergique).

Si votre enfant présente l’un de ces effets, vous devrez prendre contact avec votre médecin traitant ou contacter le centre de vaccination le plus proche.

**Les informations que vous fournirez resteront-elles confidentielles ? Et comment seront-elles protégées ?**

Les informations fournies aux professionnels du centre de vaccination resteront strictement confidentielles.

Dans les formulaires de consentement, nous vous demandons de nous fournir les coordonnées de votre médecin traitant afin de lui indiquer que la première injection du vaccin aura été réalisée et en fonction de l’âge, le nombre d’injections (1 ou 2) restant à réaliser.

***Nous vous remercions d’avoir pris le temps de lire cette note d’information.***

***Nous vous invitons à compléter les deux exemplaires de « Consentement à la vaccination » qui suivent et à les retourner au collège. Un exemplaire vous sera retourné après l’intervention du centre de vaccination.***

\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| U:\PrevHPV\Logos&signatures\Logo couleurs.png | **CONSENTEMENT À LA VACCINATION**  **Vaccin anti-HPV - Gardasil 9® - 1ère injection**  **FORMULAIRE N°1 : À REMETTRE AU COLLÈGE POUR VÉRIFICATION, À CONSERVER PAR LE CENTRE DE VACCINATION** | | |
| Je soussigné(e), ……………………………………………………………………………..………….……………… *(Votre nom et prénom)*   atteste avoir pris connaissance de la note d’information distribuée par le collège.  Représentant légal agissant en qualité de :  père  mère  autre : …………………………….  Responsable de l’enfant ……………………………………….…………………………………….. *(Nom et prénom de l’enfant)*  Né(e) le …… / …… / ………. *(Date de naissance de l’enfant)*  En classe de :  6°\_\_  5°\_\_ 4°\_\_  3°\_\_ *(Préciser la classe exacte)*  Votre adresse : *……………………………………………………..………………..………………..………………..…………………..*  Votre numéro de téléphone : …….. / …….. / …….. / …….. / …….. | | | |
|  **Nous AUTORISONS** le médecin du Centre de Vaccination à vacciner notre enfant en réalisant la 1ère injection du Gardasil9® (vaccin contre les Papillomavirus Humains).  Nous avons compris qu’il s’agit d’une initiation de la vaccination et que le schéma vaccinal complet nécessite une 2ème injection (si notre enfant a moins de 15 ans) et/ou une 3ème injection (si notre enfant a 15 ans ou plus) que nous nous engageons à réaliser par la suite auprès de notre médecin traitant ou de tout autre professionnel de santé habilité.   Notre enfant a moins de 15 ans, la 2ème injection sera à effectuer dans 6 mois   Notre enfant a 15 ans ou plus, la 2ème injection sera nécessaire dans 2 mois, puis la 3ème injection 6 mois après la 1ère injection   **Nous AUTORISONS** le centre de vaccination à informer notre médecin traitant que notre enfant a bénéficié de la 1ère injection du vaccin contre les Papillomavirus Humains  *(Dans le cas où vous n’avez pas de médecin traitant, merci de nous l’indiquer en cochant la case suivante* *)*  **Nom de votre médecin traitant** : ……………………………………………………………………………………………………………  Adresse : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ***IMPORTANT :*** *Lorsque le centre de vaccination se déplacera dans le collège de votre enfant, pensez à lui donner* ***son carnet de santé*** *dans une enveloppe cachetée afin que le médecin puisse le vérifier et le compléter.* | | | |
|  **Nous N’AUTORISONS PAS** le médecin du Centre de Vaccination à vacciner notre enfant.  Si vous le souhaitez, précisez les raisons (ex : Mon enfant est déjà vacciné ou en cours de vaccination, le rendez-vous déjà prévu, je ne souhaite pas faire vacciner mon enfant contre HPV, allergie aux vaccins...) :  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | |
| **Le :** …….. /…….. /………  **A :** ………………..……. (Ville) | | **Signatures des représentants légaux :** | |
| Parent 1 :  Lien de parenté : | Parent 2 :  Lien de parenté : |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **À compléter par le médecin du centre de vaccination le jour de la vaccination**  Nom/Prénom de l’adolescent : ……………………………………………………………………………………..   |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | **OUI** | **NON** | | L’adolescent est âgé de 11 ans et plus |  |  | | Absence de vaccination contre les HPV |  |  | | Les parents (ou représentants de l’autorité parentale) sont d’accord pour l’initiation de la vaccination du Gardasil9® en collège et ont complété le formulaire « Consentement à la vaccination » |  |  | | Absence de contre-indication à la vaccination contre HPV (Allergies, Hypersensibilité aux substances actives ou à l’un des excipients du vaccin, maladie fébrile aiguë sévère à la date de l’injection) |  |  |    Toutes les cases « OUI » sont cochées => La vaccination peut être réalisée chez cet adolescent.   **Une ou plusieurs cases « NON »** sont cochées => La vaccination **ne peut pas être réalisée** chez cet adolescent dans le cadre du projet.  Date : …….. /…….. /……….  Signature du médecin :  **L’Équipe Mobile de vaccination remet à l’adolescent dans une enveloppe scellée les documents suivants :**   |  |  | | --- | --- | | Si l’adolescent est vacciné : | Si l’adolescent n’est pas vacciné : | |  Son carnet de santé renseigné   Un courrier post-vaccination à destination des parents   Un courrier post-vaccination à destination du médecin traitant   Une notice destinée à la pharmacie d’officine   Une ordonnance pour l’injection suivante   L’exemplaire N°2 du consentement des parents |  Son carnet de santé   Un courrier de non-vaccination avec le motif pour lequel la vaccination n’a pas été effectuée   L’exemplaire N°2 du consentement des parents |  |  | | --- | | **Commentaires :**  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| U:\PrevHPV\Logos&signatures\Logo couleurs.png | **CONSENTEMENT À LA VACCINATION**  **Vaccin anti-HPV - Gardasil 9® - 1ère injection**  **FORMULAIRE N°2 : À REMETTRE AU COLLÈGE POUR VÉRIFICATION, À RETOURNER AUX PARENTS** | | |
| Je soussigné(e), ……………………………………………………………………………..………….…………… *(Votre nom et prénom)*   atteste avoir pris connaissance de la note d’information distribuée par le collège.  Représentant légal agissant en qualité de :  père  mère autre : ……………………………..  Responsable de l’enfant ……………………………………….………………………………… *(Nom et prénom de l’enfant)*  Né(e) le …… / …… / ………. *(Date de naissance de l’enfant)*  En classe de :  6°\_\_  5°\_\_ 4°\_\_  3°\_\_ *(Préciser la classe exacte)*  Votre adresse : *……………………………………………………..…………………..*  Votre numéro de téléphone : …….. / …….. / …….. / …….. / …….. | | | |
|  **Nous AUTORISONS** le médecin du Centre de Vaccination à vacciner notre enfant en réalisant la 1ère injection du Gardasil9® (vaccin contre les Papillomavirus Humains).  Nous avons compris qu’il s’agit d’une initiation de la vaccination et que le schéma vaccinal complet nécessite une 2ème injection (si notre enfant a moins de 15 ans) et/ou une 3ème injection (si notre enfant a 15 ans ou plus) que nous nous engageons à réaliser par la suite auprès de notre médecin traitant ou de tout autre professionnel de santé habilité.   Notre enfant a moins de 15 ans, la 2ème injection sera à effectuer dans 6 mois   Notre enfant a 15 ans ou plus, la 2ème injection sera nécessaire dans 2 mois, puis la 3ème injection 6 mois après la 1ère injection   **Nous AUTORISONS** le centre de vaccination à informer notre médecin traitant que notre enfant a bénéficié de la 1ère injection du vaccin contre les Papillomavirus Humains  *(Dans le cas où vous n’avez pas de médecin traitant, merci de nous l’indiquer en cochant la case suivante* *)*  **Nom de votre médecin traitant** : ……………………………………………………………………………………………………..  Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………  ***IMPORTANT :*** *Lorsque le centre de vaccination se déplacera dans le collège de votre enfant, pensez à lui donner* ***son carnet de santé*** *dans une enveloppe cachetée afin que le médecin puisse le vérifier et le compléter.* | | | |
|  **Nous N’AUTORISONS PAS** le médecin du Centre de Vaccination à vacciner notre enfant.  Si vous le souhaitez, précisez les raisons (ex : Mon enfant est déjà vacciné ou en cours de vaccination, le rendez-vous déjà prévu, je ne souhaite pas faire vacciner mon enfant contre HPV, allergie aux vaccins...) :  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | |
| **Le :** …….. /…….. /……….  **A :** ………………..……. (Ville) | | **Signatures des représentants légaux :** | |
| Parent 1 :  Lien de parenté : | Parent 2 :  Lien de parenté : |