



HÉPATITE B

**Protégez-vous
contre les
risques
biologiques**



APSSAP



VIA PRÉVENTION

Santé
et Services sociaux
Québec 



apsam

CNESST

L'HÉPATITE B

L'hépatite B est une **infection du foie** causée par un virus. C'est une **maladie sérieuse** qui peut être mortelle dans 1 % des cas. Le virus de l'hépatite B se transmet surtout par relations sexuelles ou par partage de seringues. Dans le milieu de travail, il peut se transmettre par le contact d'une plaie avec le sang d'une personne infectée, par piqûre avec une seringue contaminée, ou encore par morsure avec saignement (rare).

Les symptômes les plus fréquents sont une grande fatigue, des maux de ventre, des nausées, de la fièvre et parfois une jaunisse. **Beaucoup de personnes atteintes par le virus n'ont pas de symptômes de la maladie, et elles peuvent ainsi le transmettre sans le savoir.** Certaines personnes infectées risquent dans le futur d'avoir une cirrhose ou un cancer du foie. **L'hépatite B est la première cause de cancer du foie dans le monde.**

Au Québec, on diagnostique le virus de l'hépatite B chez moins de 1 000 personnes* par année. Moins d'une personne sur vingt risque de faire une hépatite B au cours de sa vie.

LE VACCIN

Le vaccin contre l'hépatite B est sécuritaire et très efficace. Il ne contient aucun virus vivant. Il ne peut donner la maladie. Le vaccin protège environ 90 % de ceux qui reçoivent les trois doses requises, correctement espacées. Ces trois doses sont nécessaires et elles doivent être données dans le muscle du bras pour que leur efficacité soit maximale. Le vaccin est utilisé depuis près de 35 ans et aucun cas d'hépatite B chronique n'a été rapporté parmi les personnes protégées par ce vaccin.

Une fois la vaccination complétée chez les travailleurs pour lesquels elle est recommandée, il faut vérifier si l'organisme a développé un nombre suffisant

d'anticorps. C'est seulement grâce à ce **dosage d'anticorps** que l'on peut connaître le degré d'efficacité du vaccin chez chaque individu. Pour ce faire, une prise de sang doit être effectuée entre un et six mois après la dernière dose de vaccin. Selon les connaissances actuelles et avec le recul, il est admis qu'un individu ayant développé suffisamment d'anticorps (répondeur) est **protégé probablement pour la vie**.

LES EFFETS SECONDAIRES

La majorité des gens n'a aucun effet secondaire après avoir reçu le vaccin. Des **réactions locales** comme la rougeur, le gonflement ou la sensibilité au site d'injection sont possibles. Dans ce cas, il suffit d'appliquer une compresse d'eau froide.

Parfois peuvent s'ajouter des **maaises** comme un mal de tête, une fièvre légère, ou des douleurs musculaires ou articulaires. Ils peuvent être **soulagés en prenant de l'acétaminophène** (ex. : Tylénol, Tempra). **Tous ces symptômes disparaissent d'eux-mêmes en quelques jours.** S'ils persistaient, consultez un médecin et avisez la personne qui vous a administré le vaccin.

Diverses rumeurs ont été véhiculées dans les médias voulant que certaines maladies chroniques puissent être causées par le vaccin. Cependant, les études scientifiques sérieuses n'ont pas démontré de lien entre le vaccin et ces problèmes de santé.

Il existe un très faible risque de réaction allergique grave. Toutefois, si une réaction se produisait, le personnel qui administre le vaccin possède la formation nécessaire pour y remédier immédiatement.

Toute réaction survenue lors de la vaccination antérieure doit être absolument mentionnée au vaccinateur.

* Source : MSSS, *Vigie et surveillance des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse – Rapport annuel 2014.*

AUTORISATION DE VACCINATION

N° DOSSIER

NOM DE L'INFIRMIÈRE

Identification du travailleur

Nom : _____ Prénom : _____

NAS : _____

NAM : _____

Date de naissance : _____ Sexe : F M

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Tél. maison : _____ Tél. travail : _____

Nom et prénom des parents

Père : _____ Mère : _____

Milieu de travail

Nom de l'établissement : _____

N° de l'établissement : _____

Titre de l'emploi : _____ Date d'entrée en fonction : _____

Autorisation de vaccination

Je désire recevoir le vaccin contre l'hépatite B.

Je refuse de recevoir le vaccin contre l'hépatite B.

Notes : _____

Signature : _____ Date : _____

Autorisation de communiquer les renseignements à l'employeur

J'accepte que les renseignements relatifs à cette vaccination soient communiqués à mon employeur.

Je refuse que les renseignements relatifs à cette vaccination soient communiqués à mon employeur.

Signature : _____ Date : _____

RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA VACCINATION CONTRE L'HÉPATITE B

1^{re}
dose

N° dossier : _____ Contre-indications : _____

DATE	VACCIN ADMINISTRÉ	DOSE	SITE ET VOIE D'INJECTION	N° LOT	DATE EXP.	LIEU

Remarques : _____

Signature du vaccinateur : _____

2^e
dose

N° dossier : _____ Contre-indications : _____

DATE	VACCIN ADMINISTRÉ	DOSE	SITE ET VOIE D'INJECTION	N° LOT	DATE EXP.	LIEU

Remarques : _____

Signature du vaccinateur : _____

3^e
dose

N° dossier : _____ Contre-indications : _____

DATE	VACCIN ADMINISTRÉ	DOSE	SITE ET VOIE D'INJECTION	N° LOT	DATE EXP.	LIEU

Remarques : _____

Signature du vaccinateur : _____

Dosage
anticorps/
anti-HBs

N° dossier : _____ Contre-indications : _____

DATE	VACCIN ADMINISTRÉ	DOSE	SITE ET VOIE D'INJECTION	N° LOT	DATE EXP.	LIEU

Remarques : _____

Signature du vaccinateur : _____

**LES RENSEIGNEMENTS CONTENUS DANS CE DOSSIER SONT CONFIDENTIELS,
À MOINS QUE LE TRAVAILLEUR N'AUTORISE LEUR DIVULGATION.**

**Ce dépliant contient un formulaire
d'autorisation de vaccination.**

IMPORTANT

**Vous devez absolument nous
indiquer si vous acceptez ou refusez
le vaccin contre l'hépatite B.**

**Vous devez signer le formulaire
après avoir lu et compris l'information
contenue dans ce dépliant.**

Si vous avez besoin de renseignements additionnels
ou si vous désirez discuter avec un professionnel de la
santé, vous pouvez communiquer avec l'équipe de santé
au travail de votre région.

POUR NOUS JOINDRE



1 844 838-0808



cnesst.gouv.qc.ca



DC100-474-2 (2017-04)