

**Tableau synthétisant l'extension des compétences vaccinales des professionnels de santé concernant les vaccins du calendrier vaccinal**

Professionnels	Médecins		Sages-femmes		Pharmaciens y compris exerçant en LBM et PUI				Infirmiers y compris exerçant en LBM et PUI			
	Tout public		Tout public		Moins de 11 ans		11 ans et plus		Moins de 11 ans		11 ans et plus	
Publics concernés	Prescription	Administration	Prescription	Administration	Prescription*	Administration*	Prescription*	Administration*	Prescription	Administration	Prescription*	Administration
Compétences												
<b>Maladie ou agent infectieux concerné</b>												
Coqueluche	OUI	OUI	NON	NON	NON	OUI	OUI	NON	NON	OUI <sup>a</sup>	OUI	OUI
Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite	OUI	OUI	NON	NON	NON	OUI	OUI	NON	NON	OUI <sup>a</sup>	OUI	OUI
Fièvre jaune <i>(uniquement dans les centres agréés)</i>	OUI <sup>b</sup>	OUI <sup>c</sup>	NON	NON	NON	OUI <sup>b</sup>	OUI <sup>c</sup>	NON	NON	OUI <sup>a</sup>	OUI <sup>b</sup>	OUI <sup>c</sup>
Grippe saisonnière	OUI	OUI	NON	NON	NON	OUI	OUI	NON	NON	OUI <sup>a</sup>	OUI	OUI
Infections invasives à haemophilus influenza B	OUI	OUI	NON	NON	NON	SANS OBJET	SANS OBJET	NON	NON	OUI <sup>a</sup>	SANS OBJET	SANS OBJET
Hépatite A	OUI	OUI	NON	NON	NON	OUI	OUI	NON	NON	OUI <sup>a</sup>	OUI	OUI
Hépatite B	OUI	OUI	NON	NON	NON	OUI	OUI	NON	NON	OUI <sup>a</sup>	OUI	OUI
Infections invasives à méningocoques	OUI	OUI	NON	NON	NON	OUI	OUI	NON	NON	OUI <sup>a</sup>	OUI	OUI
Infections à papillomavirus humain (HPV)	OUI	OUI	NON	NON	NON	OUI	OUI	NON	NON	OUI <sup>a</sup>	OUI	OUI
Infections invasives à pneumocoques	OUI	OUI	NON	NON	NON	OUI	OUI	NON	NON	OUI <sup>a</sup>	OUI	OUI
Rage en préexposition	OUI	OUI	NON	NON	NON	OUI	OUI	NON	NON	OUI <sup>a</sup>	OUI	OUI
Rotavirus	OUI <sup>b</sup>	OUI <sup>c</sup>	NON	NON	NON	SANS OBJET	SANS OBJET	NON	NON	OUI <sup>a</sup>	SANS OBJET	SANS OBJET
Rougeole oreillons et rubéole (ROF)	OUI <sup>b</sup>	OUI <sup>c</sup>	NON	NON	NON	OUI <sup>b</sup>	OUI <sup>c</sup>	NON	NON	OUI <sup>a</sup>	OUI <sup>b</sup>	OUI <sup>c</sup>
Tuberculose (BCG) <i>(en structures collectives)</i>	OUI <sup>b</sup>	OUI <sup>c</sup>	NON	NON	NON	OUI <sup>b</sup>	OUI <sup>c</sup>	NON	NON	OUI <sup>a</sup>	OUI <sup>b</sup>	OUI <sup>c</sup>
Varicelle	OUI <sup>b</sup>	OUI <sup>c</sup>	NON	NON	NON	OUI <sup>b</sup>	OUI <sup>c</sup>	NON	NON	OUI <sup>a</sup>	OUI <sup>b</sup>	OUI <sup>c</sup>
Zona	OUI <sup>b</sup>	OUI <sup>c</sup>	SANS OBJET	SANS OBJET	SANS OBJET	OUI <sup>b</sup>	OUI <sup>c</sup>	SANS OBJET	SANS OBJET	SANS OBJET	OUI <sup>b</sup>	OUI <sup>c</sup>
Covid 19	OUI	OUI	OUI <sup>d</sup>	OUI <sup>d</sup>	OUI <sup>d</sup>	OUI	OUI	OUI <sup>d</sup>	OUI <sup>d</sup>	OUI <sup>d</sup>	OUI	OUI
Mpox	OUI	OUI	OUI <sup>d</sup>	OUI <sup>d</sup>	OUI <sup>d</sup>	OUI	OUI	OUI <sup>d</sup>	OUI <sup>d</sup>	OUI <sup>d</sup>	OUI	OUI

**Uniquement dans les centres de vaccination spécifiques**

LBM : Laboratoire de biologie médicale / PUI : pharmacie à usage intérieur (Hôpitaux)

\* Sous réserve d'avoir reçu une formation spécifique sur la vaccination

a/ sur prescription de l'acte d'injection par un médecin ;

b/ à l'exception des personnes immunodéprimées ;

c/ en lien avec le médecin prescripteur chez les immunodéprimés ;

d/ à toute personne de 5 ans et plus, ciblée ou non par les recommandations (texte réglementaire en cours de publication).