

**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			
Publics concernés	Tout public		Tout public		Moins de 11 ans		11 ans et plus		Moins de 11 ans		11 ans et plus	
Compétences	Prescription	Administration	Prescription	Administration	Prescription*	Administration*	Prescription*	Administration*	Prescription	Administration	Prescription*	Administration
<b>Maladie ou agent infectieux concerné</b>												
Coqueluche	<b>Les médecins peuvent prescrire et administrer tous les vaccins.</b>		OUI	OUI	NON	NON	OUI	OUI	NON	OUI <sup>a</sup>	OUI	OUI
Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite			OUI	OUI	NON	NON	OUI	OUI	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	OUI <sup>b</sup>	OUI <sup>c</sup>	NON	OUI <sup>a</sup>	OUI <sup>b</sup>	OUI <sup>c</sup>
Grippe saisonnière			OUI	OUI	NON	NON	OUI	OUI	NON	OUI <sup>a</sup>	OUI	OUI
Infections invasives à haemophilus influenza B			OUI	OUI	NON	NON	SANS OBJET		NON	OUI <sup>a</sup>	SANS OBJET	
Hépatite A			OUI	OUI	NON	NON	OUI	OUI	NON	OUI <sup>a</sup>	OUI	OUI
Hépatite B			OUI	OUI	NON	NON	OUI	OUI	NON	OUI <sup>a</sup>	OUI	OUI
Infections invasives à méningocoques			OUI	OUI	NON	NON	OUI	OUI	NON	OUI <sup>a</sup>	OUI	OUI
Infections à papillomavirus humain (HPV)			OUI	OUI	NON	NON	OUI	OUI	NON	OUI <sup>a</sup>	OUI	OUI
Infections invasives à pneumocoques			OUI	OUI	NON	NON	OUI	OUI	NON	OUI <sup>a</sup>	OUI	OUI
Rage en préexposition			OUI	OUI	NON	NON	OUI	OUI	NON	OUI <sup>a</sup>	OUI	OUI
Rotavirus			OUI <sup>b</sup>	OUI <sup>c</sup>	NON	NON	SANS OBJET		NON	OUI <sup>a</sup>	SANS OBJET	
Rougeole oreillons et rubéole (ROR)			OUI <sup>b</sup>	OUI <sup>c</sup>	NON	NON	OUI <sup>b</sup>	OUI <sup>c</sup>	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	OUI <sup>b</sup>	OUI <sup>c</sup>	NON	OUI <sup>a</sup>	OUI <sup>b</sup>	OUI <sup>c</sup>
Varicelle			OUI <sup>b</sup>	OUI <sup>c</sup>	NON	NON	OUI <sup>b</sup>	OUI <sup>c</sup>	NON	OUI <sup>a</sup>	OUI <sup>b</sup>	OUI <sup>c</sup>
Zona			OUI <sup>b</sup>	OUI <sup>c</sup>	SANS OBJET		OUI <sup>b</sup>	OUI <sup>c</sup>	SANS OBJET		OUI <sup>b</sup>	OUI <sup>c</sup>
Covid 19	<b>Recommandations en cours d'évolution</b>											
Mpox	<b>Uniquement dans les centres de vaccination spécifiques</b>											

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.