

Le tableau qui suit, indique les dispositions à appliquer préférentiellement, à ce jour, pour la vaccination contre le virus A(H1N1)2009. Il a été établi à partir des recommandations du HCSP du 28/10, du 27/11/2009 et du 11/12/2009.

Les cellules **EN JAUNE** du tableau, correspondent aux mesures qui s'appliquent en **première intention**, à ce jour, indépendamment du calendrier d'approvisionnement des vaccins.

**Dans les cas où deux doses de vaccin sont recommandées, un délai minimum de 3 semaines doit être observé entre les 2 injections.**

| FEMME ENCEINTE  |  |          | VACCINATION AVEC UN VACCIN |   |                          | Vacc. Systématique entourage | STRATEGIES ALTERNATIVES   |
|---|--|----------|----------------------------|---|--------------------------|------------------------------|---|
|   |  |          | Fragmenté non-adjuvé       | Adjuvé (Focetria® ou Pandemrix® selon leur disponibilité) |                          |                              |   |
|   |  |          | Panenza®                   | Focetria®   | Pandemrix®               |                              |   |
| 1. Grossesse  | 1 <sup>er</sup> trimestre  | sans FR* | Non recommandée            |   |                          |                              | Report au 2 <sup>e</sup> trimestre  |
|   |  | avec FR* | Recommandée [1 X 0,5 ml]   | Non recommandée   |                          |                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si CI** en raison d'une allergie :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- aux protéines aviaires : vaccin <b>Celvapan®</b> (1)</li> <li>- aux autres constituants du vaccin : (2)</li> </ul> </li> </ul>   |
|   | 2 <sup>e</sup> ou 3 <sup>e</sup> trimestre   | sans FR* | Recommandée [1 X 0,5 ml]   | Si vaccin Panenza® indisponible                           |                          |                              |   |
|   |  | avec FR* |                            |   |                          |                              |   |
| ENFANT  |  |          | VACCINATION AVEC UN VACCIN |   |                          | Vacc. Systématique entourage |   |
|   |  |          | Fragmenté non-adjuvé       | Adjuvé (Focetria® ou Pandemrix® selon leur disponibilité) |                          |                              |   |
|   |  |          | Panenza®                   | Focetria®   | Pandemrix®               |                              |   |
| 2. Enfant hors situations exposées ci-dessous (sections 4 à 13)                           | < 6 mois quel que soit l'état de santé   |          | Contre-indiquée            |   |                          | Oui                          |   |
|   | 6-23 mois  | sans FR* | [2 X 0,25 ml]              | Non recommandée   |                          |                              | • Si CI** en raison d'une allergie : (1) (2) ou vaccination de l'entourage  |
|   |  | avec FR* |                            |   |                          |                              |   |
|   | 24 mois à 35 mois  |          |                            | si autres vaccins indisponibles [2 X 0,5 ml]              | [1 X 0,25 ml]            |                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si CI** en raison d'une allergie :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- aux protéines aviaires : vaccin <b>Celvapan®</b> (1)</li> <li>- aux autres constituants du vaccin : (2)</li> </ul> </li> <li>ou vaccination de l'entourage, si existent des FR*</li> </ul> |
|   | 36 mois à 8 ans  |          | [2 X 0,5 ml]               |   |                          |                              |   |
|   | 9 ans  |          | [1 X 0,5 ml]               | si autres vaccins indisponibles [1 X 0,5 ml]              |                          |                              |   |
| 10 ans à 17 ans   |  |          | Recommandée [1 X 0,5 ml]   |   |                          |                              |   |
| ADULTE  |  |          | VACCINATION AVEC UN VACCIN |   |                          | Vacc. Systématique entourage | STRATEGIES ALTERNATIVES   |
|   |  |          | Fragmenté non-adjuvé       | Adjuvé (Focetria® ou Pandemrix® selon leur disponibilité) |                          |                              |   |
|   |  |          | Panenza®                   | Focetria®   | Pandemrix®               |                              |   |
| 3. Adulte hors situations exposées ci-dessous (sections 4 à 13)                           | Moins de 60 ans  |          |                            | Recommandée [1 X 0,5 ml]                                  | Recommandée [1 X 0,5 ml] |                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si CI** en raison d'une allergie :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- aux protéines aviaires : vaccin <b>Celvapan®</b> (1)</li> <li>- aux autres constituants du vaccin : (2)</li> </ul> </li> <li>ou vaccination de l'entourage, si existent des FR*</li> </ul> |
|   | 60 ans et plus   |          |                            | Recommandée [2 X 0,5 ml]                                  |                          |                              |   |
| ADULTE ou ENFANT POUR LEQUEL UNE INJECTION INTRAMUSCULAIRE EST DECONSEILLÉE OU IMPOSSIBLE |  |          | VACCINATION                |   |                          |                              |   |
| 4. Enfant ou adulte thrombocytopénique, hémophile ou sous anticoagulant                   | <p>Un vaccin ne pouvant être administré par voie intramusculaire (IM), chez ces sujets, seule la voie sous-cutanée (SC) est possible. Une pression locale directe doit être exercée pendant au moins deux minutes après injection. Compte tenu des caractéristiques des vaccins :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• le vaccin <b>Panenza®</b> peut être utilisé dans ces circonstances (1 dose à 0.5 ml pour les sujets de 10 à 59 ans; 2 doses à 3 semaines d'intervalle pour les sujets de 60 ans et plus; voir le tableau pour les sujets de moins de 10 ans ou pour les cas particuliers des sections 6 à 12) ;</li> <li>• il n'y a pas de données concernant l'utilisation des vaccins <b>Pandemrix®</b>, <b>Focetria®</b> et <b>Celvapan®</b> par voie sous-cutanée.</li> </ul> <p>Ces dispositions <b>ne s'appliquent pas</b> aux sujets sous <b>antiagrégants plaquettaires</b> (ex. : acide acétylsalicylique, cilostazol, clopidogrel, dipyridamole, flurbiprofène, ticlopidine...)</p> |          |                            |   |                          |                              |   |
| 5. Enfant ou adulte atteint de myopathie ou d'atrophie musculaire                         | <p>Du fait de l'atteinte musculaire, l'injection intramusculaire peut se révéler impossible à réaliser. Compte tenu des caractéristiques des vaccins :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• le vaccin <b>Panenza®</b> peut être utilisé dans ces circonstances (1 dose à 0.5 ml pour les sujets de 10 à 59 ans; 2 doses à 3 semaines d'intervalle pour les sujets de 60 ans et plus; voir le tableau pour les sujets de moins de 10 ans ou pour les cas particuliers des sections 6 à 12);</li> <li>• il n'y a pas de données concernant l'utilisation des vaccins <b>Pandemrix®</b>, <b>Focetria®</b> et <b>Celvapan®</b> par voie sous-cutanée.</li> </ul>   |          |                            |   |                          |                              |   |

\* FR = facteur de risque de complications de la grippe : voir l'annexe 2 de la fiche T1-A

\*\* CI = contre-indication absolue à la vaccination :

(1) en raison d'une allergie de type anaphylactique aux protéines aviaires (œuf, viande poulet, ovalbumine) : le vaccin **Celvapan®** préparé sur culture de cellules, pourrait être utilisé dans les situations indiquées. Le vaccin **Celvapan®** est disponible dans les CHU. La vaccination de l'entourage pourrait être envisagée dans les situations indiquées ;

(2) en raison d'une allergie de type anaphylactique à un autre constituant du vaccin, si le produit est clairement identifié et n'entre pas dans la composition de tous les vaccins, le sujet pourrait être vacciné avec un vaccin ne comportant pas le produit incriminé, à la condition de ne pas utiliser un vaccin adjuvé si ce type de vaccin n'est pas recommandé. La vaccination de l'entourage pourrait être envisagée dans les situations indiquées.

| DYSFONCTIONNEMENT IMMUNITAIRE INNE OU ACQUIS<br>(La décision vaccinale doit être prise après contact avec l'équipe médicale qui suit habituellement le patient) |   | VACCINATION AVEC UN VACCIN |  |                          |                           | Vacc. Systématique entourage | STRATEGIES ALTERNATIVES   |
|---|---|----------------------------|--|--------------------------|---------------------------|------------------------------|---|
|   |   | Fragmenté non-adjuvé       | Adjuvé<br>(Focetria® ou Pandemrix® selon leur disponibilité) |                          | Oui                       |                              |   |
|   |   |                            | Panenza®   | Focetria®                |                           |                              |   |
| <b>6. Adulte atteint de pathologie oncologique ou hématologique</b>   | Vaccination à réaliser au moins 15 jours avant, et au minimum 7 jours après une cure de chimiothérapie  |                            | Recommandée [2 X 0,5 ml]                                     |                          | Oui                       |                              |   |
| <b>7. Enfant atteint de pathologie oncologique ou hématologique</b>   | Vaccination à réaliser au moins 15 jours avant, et au minimum 7 jours après une cure de chimiothérapie  | 6 mois à 23 mois           | Recommandée [2 X 0,25 ml]                                    | Non recommandée          |                           | Oui                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si CI** en raison d'une allergie : <ul style="list-style-type: none"> <li>- aux protéines aviaires : vaccin <b>Celvapan®</b> (1)</li> <li>- aux autres constituants du vaccin : (2)</li> </ul> </li> </ul>   |
|   |   | 24 mois à 9 ans            |  | Recommandée [2 X 0,5 ml] | Recommandée [2 X 0,25 ml] | Oui                          |   |
|   |   | 10 ans à 17 ans            |  |                          | Recommandée [2 X 0,5 ml]  | Oui                          |   |
| <b>8. Adulte ayant bénéficié d'une transplantation de cellules souches hématopoïétiques (allo ou autogéniques)</b>  | Transplanté avec pathologie auto-immune induite par la greffe (purpura thrombopénique, lupus).  |                            | Recommandée [2 X 0,5 ml]                                     | Non recommandée          |                           | Oui                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si CI** en raison d'une allergie : (1) (2)</li> </ul>  |
|   | Autres cas<br>- si circulation virale peu active, la vaccination sera réalisée 3 mois après la greffe<br>- si circulation virale importante, la vaccination interviendra dès la sortie d'aplasie post greffe  |                            |  | Recommandée [2 X 0,5 ml] |                           | Oui                          |   |
| <b>9. Enfant ayant bénéficié d'une transplantation de cellules souches hématopoïétiques (allo ou autogéniques)</b>  | Pour les transplantations de plus de 3 mois et de moins de 5 ans  | 6 à 23 mois                | Recommandée [2 X 0,25 ml]                                    | Non recommandée          |                           | Oui                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si CI** en raison d'une allergie : <ul style="list-style-type: none"> <li>- aux protéines aviaires : vaccin <b>Celvapan®</b> (1)</li> <li>- aux autres constituants du vaccin : (2)</li> </ul> </li> </ul>   |
|   |   | 24 mois à 9 ans            |  | Recommandée [2 X 0,5 ml] | Recommandée [2 X 0,25 ml] | Oui                          |   |
|   |   | 10 à 17 ans                |  |                          | Recommandée [2 X 0,5 ml]  | Oui                          |   |
| <b>10. Enfant ou adulte atteint de déficit immunitaire héréditaire</b>  | Déficit en lymphocyte B complet   | Quel que soit l'âge        |  | Non recommandée          |                           | Oui                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si CI** en raison d'une allergie : <ul style="list-style-type: none"> <li>- aux protéines aviaires : vaccin <b>Celvapan®</b> (1)</li> <li>- aux autres constituants du vaccin : (2)</li> </ul> </li> </ul>   |
|   | Autres déficits   | 6 mois à 23 mois           | Recommandée [2 X 0,25 ml]                                    | Non recommandée          |                           | Oui                          |   |
|   |   | 24 mois à 9 ans            |  | Recommandée [2 X 0,5 ml] | Recommandée [2 X 0,25 ml] | Oui                          |   |
|   |   | 10 ans et plus             |  |                          | Recommandée [2 X 0,5 ml]  | Oui                          |   |
| <b>11. Enfant ou adulte ayant bénéficié d'une transplantation d'organe</b>  | Transplantation de moins de 3 mois  |                            |  | Non recommandée          |                           | Oui                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si CI** en raison d'une allergie : <ul style="list-style-type: none"> <li>- aux protéines aviaires : vaccin <b>Celvapan®</b> (1)</li> <li>- aux autres constituants du vaccin : (2)</li> </ul> </li> </ul>   |
|   | Transplantation de plus de 3 mois<br>- si la circulation du virus A(H1N1)2009 est peu active, la vaccination sera réalisée 6 mois après la greffe<br>- si la circulation du virus est intense, la vaccination interviendra 3 mois après la transplantation  | 6 mois à 35 mois           | Recommandée [2 X 0,25 ml]                                    | Non recommandée          |                           | Oui                          |   |
|   |   | 36 mois et plus            | Recommandée [2 X 0,5 ml]                                     |                          |                           | Oui                          |   |
| <b>12. Enfant ou adulte atteint de maladie inflammatoire ou auto-immune</b>   | Maladies inflammatoires ou auto-immunes systémiques listées dans l'ALD 21 et 25 (formes graves de vascularites systémiques, périartérite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive, sclérose en plaques)               | 6 mois à 35 mois           | Recommandée [2 X 0,25 ml]                                    | Non recommandée          |                           | Oui                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si CI** en raison d'une allergie : (1) (2)</li> </ul>  |
|   |   | 36 mois et plus            | Recommandée [2 X 0,5 ml]                                     |                          |                           | Oui                          |   |
|   | Rhumatisme inflammatoire, maladies inflammatoires chroniques intestinales ou autres maladies auto-immunes <b>sous immunosuppresseur</b> (les patients qui ne sont pas sous immunosuppresseur sont pris en charge selon les modalités des sections n°2 ou 3) | 6 mois à 23 mois           | Recommandée [2 X 0,25 ml]                                    |                          |                           | Oui                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si CI** en raison d'une allergie : <ul style="list-style-type: none"> <li>- aux protéines aviaires : vaccin <b>Celvapan®</b> (1)</li> <li>- à d'autres constituants du vaccin : (2)</li> </ul> </li> </ul>   |
|   |   | 24 mois à 9 ans            |  | Recommandée [2 X 0,5 ml] | Recommandée [2 X 0,25 ml] | Oui                          |   |
|   |   | 10 ans et plus             |  |                          | Recommandée [2 X 0,5 ml]  | Oui                          |   |
| <b>13. Enfant ou adulte vivant avec le VIH</b>  | Enfants de 6 à 23 mois  |                            | Recommandée [2 X 0,25 ml]                                    | Non recommandée          |                           |                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si CI** en raison d'une allergie : <ul style="list-style-type: none"> <li>- aux protéines aviaires : vaccin <b>Celvapan®</b> (1)</li> <li>ou vaccination de l'entourage</li> <li>- à d'autres constituants du vaccin : (2)</li> <li>ou vaccination de l'entourage</li> </ul> </li> </ul> |
|   | Non contrôlée par le traitement antirétroviral  | 24 mois à 9 ans            |  | Recommandée [2 X 0,5 ml] | Recommandée [2 X 0,25 ml] | Oui                          |   |
|   |   | 10 ans et plus             |  |                          | Recommandée [2 X 0,5 ml]  | Oui                          |   |
|   | Contrôlée par le traitement antirétroviral  | 24 mois à 9 ans            |  | Recommandée [2 X 0,5 ml] | Recommandée [2 X 0,25 ml] |                              |   |
|   |   | 10 ans et plus             |  | Recommandée [1 X 0,5 ml] |                           |                              |   |

\* FR = facteur de risque de complications de la grippe : voir l'annexe 2 de la fiche T1-A

\*\* CI = contre-indication absolue à la vaccination :

(1) en raison d'une allergie de type anaphylactique aux protéines aviaires (œuf, viande poulet, ovalbumine) : le vaccin Celvapan® préparé sur culture de cellules, pourrait être utilisé dans les situations indiquées. Le vaccin Celvapan® est disponible dans les CHU. La vaccination de l'entourage pourrait être envisagée dans les situations indiquées ;

(2) en raison d'une allergie de type anaphylactique à un autre constituant du vaccin, si le produit est clairement identifié et n'entre pas dans la composition de tous les vaccins, le sujet pourrait être vacciné avec un vaccin ne comportant pas le produit incriminé, à la condition de ne pas utiliser un vaccin adjuvé si ce type de vaccin n'est pas recommandé. La vaccination de l'entourage pourrait être envisagée dans les situations indiquées.