

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®		
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			
	2 <sup>e</sup> ou 3 <sup>e</sup> trimestre	sans FR*	Recommandée [1 X 0,5 ml]	Si vaccin Panenza® indisponible			
		avec FR*					
			VACCINATION AVEC UN VACCIN			Vacc. Systématique entourage	STRATEGIES ALTERNATIVES
ENFANT			Fragmenté non-adjuvé	Adjuvé (Focetria® ou Pandemrix® selon leur disponibilité)			
				Panenza®	Focetria®		
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		[2 X 0,5 ml]	si autres vaccins indisponibles [2 X 0,5 ml]	[1 X 0,25 ml]	- Si CI** en raison d'une allergie : - aux protéines aviaires : vaccin <b>Celvapan®</b> (1) - aux autres constituants du vaccin : (2) ou vaccination de l'entourage, si existent des FR*	
	36 mois à 8 ans						
	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]					
			VACCINATION AVEC UN VACCIN			Vacc. Systématique entourage	STRATEGIES ALTERNATIVES
ADULTE			Fragmenté non-adjuvé	Adjuvé (Focetria® ou Pandemrix® selon leur disponibilité)			
				Panenza®	Focetria®		
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]		- Si CI** en raison d'une allergie : - aux protéines aviaires : vaccin <b>Celvapan®</b> (1) - aux autres constituants du vaccin : (2) ou vaccination de l'entourage, si existent des FR*	
	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	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 : - 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); - il n'y a pas de données concernant l'utilisation des vaccins <b>Pandemrix®, Focetria®</b> et <b>Celvapan®</b> par voie sous-cutanée. Ces dispositions <b>ne s'appliquent pas</b> aux sujets sous <b>antiagrégants plaquettaires</b> (ex. : acide acétylsalicylique, cilostazol, clopidogrel, dipyridamole, flurbiprofène, ticlopidine...)						
5. Enfant ou adulte atteint de myopathie ou d'atrophie musculaire	Du fait de l'atteinte musculaire, l'injection intramusculaire peut se révéler impossible à réaliser. Compte tenu des caractéristiques des vaccins : - 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); - il n'y a pas de données concernant l'utilisation des vaccins <b>Pandemrix®, Focetria®</b> et <b>Celvapan®</b> par voie sous-cutanée.						

\* 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 (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 (Focetria® ou Pandemrix® selon leur disponibilité)				
			Panenza®	Focetria®			Pandemrix®
6. Adulte atteint de pathologie oncologique ou hématologique	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		
7. Enfant atteint de pathologie oncologique ou hématologique	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 <i>Celvapan</i>® (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		
8. Adulte ayant bénéficié d'une transplantation de cellules souches hématopoïétiques (allo ou autogéniques)	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 - si circulation virale peu active, la vaccination sera réalisée 3 mois après la greffe - si circulation virale importante, la vaccination interviendra dès la sortie d'aplasie post greffe		Recommandée [2 X 0,5 ml]		Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si transplantation de moins de 3 mois : pas de vaccination, sauf conditions précisées en section 8.</li> <li>- Si transplantation de plus de 5 ans : les dispositions qui s'appliquent sont celles de la section 2</li> <li>- Si CI** en raison d'une allergie :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- aux protéines aviaires : vaccin <i>Celvapan</i>® (1)</li> <li>- aux autres constituants du vaccin : (2)</li> </ul> </li> </ul>	
9. Enfant ayant bénéficié d'une transplantation de cellules souches hématopoïétiques (allo ou autogéniques)	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 <i>Celvapan</i>® (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		
10. Enfant ou adulte atteint de déficit immunitaire héréditaire	Déficit en lymphocyte B complet	Quel que soit l'âge	Non recommandée		Oui		
	Autres déficits	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 <i>Celvapan</i>® (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 et plus		Recommandée [2 X 0,5 ml]	Oui		
11. Enfant ou adulte ayant bénéficié d'une transplantation d'organe	Transplantation de moins de 3 mois		Non recommandée		Oui		
	Transplantation de plus de 3 mois - si la circulation du virus A(H1N1)2009 est peu active, la vaccination sera réalisée 6 mois après la greffe - 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	<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 <i>Celvapan</i>® (1)</li> <li>- aux autres constituants du vaccin : (2)</li> </ul> </li> </ul>
		36 mois et plus	Recommandée [2 X 0,5 ml]			Oui	
12. Enfant ou adulte atteint de maladie inflammatoire ou auto-immune	Maladies inflammatoires ou auto-immunes systémiques listées dans l'ALD 21 et 25 (formes graves de vascularites systémiques, périartérite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodémie 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 sous immunosuppresseur (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 <i>Celvapan</i>® (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			
13. Enfant ou adulte vivant avec le VIH	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 <i>Celvapan</i>® (1)</li> <li>- à d'autres constituants du vaccin : (2)</li> </ul> </li> <li>- ou vaccination de l'entourage</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.