

# Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives

Cinquième édition 2015

## Résumé d'orientation

*Pour un meilleur accès à des soins de qualité en matière de planification familiale*



Photo: WHO

### Résumé d'orientation

Du 9 au 12 mars 2014 et les 24 et 25 septembre 2014, un Groupe chargé d'élaboration des lignes directrices composé de 68 personnes représentant un large éventail de professionnels de la santé s'est réuni à l'initiative de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) afin d'examiner et, le cas échéant, de réviser ses éléments d'orientation relatifs aux *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives, quatrième édition*. Dans le cadre de la révision, le Groupe a passé en revue quatorze thématiques (s'étendant à plus de 575 recommandations). Il a confirmé l'ensemble des autres recommandations présentes dans la quatrième édition pour lesquelles il n'a pas été réalisé d'examen formel en vue de la cinquième édition.

Des recommandations sont formulées pour les points suivants :

- l'utilisation des contraceptifs hormonaux combinés (CHC) par classe d'âge ;
- l'utilisation des CHC chez les femmes durant l'allaitement au sein ;
- l'utilisation des CHC pendant la période post-natale ;
- l'utilisation des CHC chez les femmes présentant des troubles veineux superficiels ;
- l'utilisation des CHC chez les femmes atteintes de dyslipidémies avérées mais ne présentant pas d'autres facteurs de risque cardiovasculaire connus ;
- l'utilisation durant l'allaitement au sein de progestatifs seuls (PS) et de dispositifs intra-utérins à diffusion de lévonorgestrel (DIU-LNG) ;

- l'utilisation d'acétate de médroxyprogestérone retard administré par voie sous-cutanée (AMPR-SC), une nouvelle méthode ajoutée aux lignes directrices ;
- le Sino-Implant (II), une nouvelle méthode ajoutée aux lignes directrices ;
- les pilules pour la contraception d'urgence (PCU) : l'acétate d'ulipristal (UPA), une nouvelle méthode ajoutée aux lignes directrices – l'utilisation d'inducteurs du CYP3A4 et l'obésité, de nouveaux critères pour l'utilisation des PCU ;
- l'utilisation des dispositifs intra-utérins (DIU) pour les femmes à risque accru d'infections sexuellement transmissibles (IST) ;
- l'utilisation d'un anneau vaginal libérant de la progestérone, une nouvelle méthode pour les femmes qui allaitent, ajoutée aux lignes directrices
- la contraception hormonale pour les femmes à risque élevé d'infection par le VIH, les femmes vivant avec le VIH et les femmes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral (TAR).

Outre des recommandations, le résumé d'orientation contient une présentation des lignes directrices, une description des méthodes qui ont été utilisées pour élaborer les recommandations de cette cinquième édition et un récapitulatif des changements qui ont été apportés (entre la quatrième et la cinquième édition du document). La version française des *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives, cinquième édition* devrait être disponible en ligne en 2016. Dans l'intervalle, la quatrième édition des lignes directrices, de même que le présent récapitulatif des recommandations, sont consultables en ligne à l'adresse [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/fr/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/fr/)

## Abréviations

A	adoption	IMC	indice de masse corporelle
AIV	anneau contraceptif combiné intravaginal	INNTI	inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inversée
AMPR	acétate de médroxyprogestérone retard	INTI	inhibiteur nucléosidique/nucléotidique de la transcriptase inversée
AMPR-IM	acétate de médroxyprogestérone retard – voie intramusculaire	IP	inhibiteur de la protéase
AMPR-SC	acétate de médroxyprogestérone retard – voie sous-cutanée	IST	infection sexuellement transmissible
ARV	antirétroviral (médicament)	LDL	lipoprotéines de basse densité
AS	allaitement au sein	LED	lupus érythémateux disséminé
β-hCG	sous-unité bêta de la gonadotrophine chorionique humaine	LNG	lévonorgestrel
C	continuation	MAMA	Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée
CD4	classe de différenciation 4	MIP	maladie inflammatoire pelvienne
CDC	Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis d'Amérique	MN	méthodes naturelles
CHC	contraception hormonale combinée	NA	non applicable
CI	coït interrompu	NET-EN	éнанthate de noréthistérone
CIC	contraceptif injectable combiné	NIH	National Institutes of Health (États-Unis d'Amérique)
CIPD	Conférence internationale sur la population et le développement	OMS	Organisation mondiale de la Santé
CIRE	Continuous Identification of Research Evidence (système de recensement des données de la recherche)	ONU	Organisation des Nations Unies
CO	contraceptif oral (pilule)	Patch	patch contraceptif combiné
COC	contraceptif oral combiné (pilule)	PCU	pilule pour la contraception d'urgence
CRPD	United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities (Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées)	PICO	population, intervention, comparaison, outcome (population, intervention, comparaison, résultat)
CYP3A4	enzyme 3A4 du cytochrome P450	PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
DIU	dispositif intra-utérin	PPS	pilule de progestatif seul
DIU-Cu	dispositif intra-utérin au cuivre	PRISMA	Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses (éléments de rapport préférés pour les revues systématiques et les méta-analyses)
DIU-LNG	dispositif intra-utérin à diffusion de lévonorgestrel	PS	progestatif seul
DIU-U	dispositif intra-utérin pour la contraception d'urgence	PSI	progestatif seul injectable
DMO	densité minérale osseuse	SC	sous-cutané
ECR	essai contrôlé randomisé	SI (I)/SI (II)	implants Sino-implant (I) / Sino-implant (II)
EE	éthinyloestradiol	STER	stérilisation (masculine et féminine)
EMA	Agence européenne des médicaments	TAR	traitement antirétroviral
EP	embolie pulmonaire	TEV	thrombo-embolie veineuse
ETG	étonogestrel	TVP	thrombose veineuse profonde
FDA	Food and Drug Administration des États-Unis d'Amérique	TVS	thrombose veineuse superficielle
GRADE	Grading Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (grade donné aux recommandations, examen, élaboration et évaluation – méthode d'évaluation de la qualité des preuves scientifiques)	UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
HbA1c	hémoglobine glyquée	UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
HDL	lipoprotéines de haute densité	UPA	acétate d'ulipristal
IDM	infarctus du myocarde	USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
IM	intramusculaire	UNFPA	United Nations Population Fund
		UNICEF	United Nations Children's Fund
		UPA	ulipristal acetate
		USAID	United States Agency for International Development
		VTE	venous thromboembolism
		WHO	World Health Organization

## Introduction

Le présent document s'inscrit dans le processus visant à améliorer l'accès à des soins de qualité en matière de planification familiale. Les *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*, dont la première édition a été publiée en 1996, exposent les éléments d'orientation actuels de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en ce qui concerne l'utilisation sans risque de diverses méthodes contraceptives au regard de certaines pathologies et caractéristiques. Il s'agit de la cinquième édition de cette publication, la dernière d'une série de mises à jour périodiques.

Dans les présentes lignes directrices, la sécurité de chaque méthode contraceptive est définie en fonction d'un certain nombre de facteurs au regard de pathologies ou de caractéristiques présentant un intérêt sur le plan médical ; il est question de savoir avant tout si la méthode contraceptive aggrave la pathologie ou engendre des risques supplémentaires pour la santé, et ensuite si la situation médicale nuit à l'efficacité de la méthode contraceptive. La sécurité de la méthode doit être appréciée en tenant compte des avantages apportés par la prévention d'une grossesse non intentionnelle.

Les méthodes de planification familiale suivantes sont abordées : contraceptifs oraux combinés<sup>1</sup> mini-dosés ( $\leq 35$  mcg d'éthinylestradiol) (COC), patch contraceptif combiné (P), anneau contraceptif combiné intravaginal (AIV), contraceptifs injectables combinés (CIC), pilules de progestatif seul (PPS), acétate de médroxyprogestérone retard (AMPR), énanthate de noréthistérone (NET-EN), implants au lévonorgestrel (LNG) et à l'étonogestrel (ETG), pilules contraceptives d'urgence (PCU), dispositifs intra-utérins au cuivre (DIU-Cu), DIU libérant du lévonorgestrel (DIU-LNG), DIU au cuivre pour la contraception d'urgence (DIU-U), anneau vaginal libérant de la progestérone, méthodes mécaniques (MM), méthodes naturelles (MN), méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA), coït interrompu (CI) et stérilisation féminine et masculine (STER).

Pour chaque pathologie ou caractéristique présentant un intérêt médical, une catégorie a été attribuée aux méthodes contraceptives ; il existe quatre catégories numérotées de 1 à 4. Selon les personnes, il peut s'avérer nécessaire de tenir compte de plusieurs critères pour déterminer la recevabilité d'un contraceptif. Ces pathologies et caractéristiques comprennent

entre autres : âge, nombre de semaines/mois après l'accouchement, situation au regard de l'allaitement maternel, thrombo-embolie veineuse, troubles veineux superficiels, dyslipidémies, infection puerpérale, antécédents de grossesse extra-utérine, antécédents de pathologie cardio-vasculaire grave, migraines, pathologie hépatique grave, utilisation d'un inducteur du CYP3A4, utilisation répétée de PCU, viol, obésité, risque accru d'infections sexuellement transmissibles, risque élevé d'infection par le VIH, vivant avec le VIH, prise d'un traitement antirétroviral.

### Catégories utilisées dans la présente publication pour définir la recevabilité d'un contraceptif :

1	État où l'utilisation de la méthode contraceptive n'appelle aucune restriction.
2	État où les avantages de la méthode contraceptive l'emportent en général sur les risques théoriques ou avérés.
3	État où les risques théoriques ou avérés l'emportent généralement sur les avantages procurés par l'emploi de la méthode.
4	État équivalent à un risque inacceptable pour la santé en cas d'utilisation de la méthode contraceptive.

### Public visé

Cette publication est destinée notamment aux décideurs politiques, aux responsables des programmes de planification familiale et à la communauté scientifique. Elle vise à fournir des éléments d'orientation aux programmes nationaux de planification familiale/santé reproductive pour la préparation de lignes directrices applicables à la fourniture de service en matière de contraception. Elle doit servir d'ouvrage de référence et non être considérée comme les directives elles-mêmes.

À l'échelon du pays et au sein des programmes, les éléments d'orientation consignés dans ce document devront être interprétés de façon à tenir compte de la diversité des situations et des contextes dans lesquels les contraceptifs sont fournis. Au cours de ce processus, il est peu probable que la catégorisation soit modifiée. En revanche, à l'échelon pays, des variantes seront très probablement introduites dans l'application des catégories. En particulier, il faudra prendre en considération le volume des connaissances cliniques et l'expérience des divers types de prestataires ainsi que les ressources disponibles là où s'effectue la prestation de services.

<sup>1</sup> Dans ce contexte, "combiné" désigne l'association d'éthinylestradiol et d'un progestatif.

## Méthodes d'élaboration des lignes directrices

Le Groupe d'élaboration des lignes directrices, qui s'est réuni à l'initiative de l'OMS les 14 et 15 mai 2013, du 9 au 12 mars 2014 et les 24 et 25 septembre 2014, était constitué de 68 personnes représentant un large éventail d'experts et de professionnels de santé. Il avait pour mission d'examiner et, le cas échéant, de réviser les éléments d'orientation de la quatrième édition des *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives* afin de développer la cinquième édition.

Pendant ce processus de révision, le Groupe a examiné en priorité : (a) six thématiques considérées comme importantes pour la discipline et (ou) les thématiques pour lesquelles de nouvelles données susceptibles de justifier une modification de la recommandation existante étaient apparues ; (b) deux thématiques pour lesquelles des recommandations provisoires avaient été publiées à l'issue de la quatrième édition ; (c) les recommandations relatives à la recevabilité des contraceptifs de manière à inclure quatre nouvelles méthodes contraceptives dans la cinquième édition ; et (d) deux thématiques dans le but de clarifier les recommandations de la quatrième édition en ce qui concerne ces sujets, à la demande du Comité d'évaluation des directives. En conséquence, les recommandations relatives à 14 thématiques au total ont été examinées pour la cinquième édition des *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*.

Le Groupe a tenu compte de la qualité globale des données scientifiques disponibles en portant une attention particulière à la solidité et à la cohérence des données, estimées d'après l'approche GRADE (*Grading Recommendations, Assessment, Development and Evaluation*) d'évaluation de la qualité des données factuelles.<sup>2</sup> Afin de formuler des recommandations à l'aide des quatre catégories relatives à la recevabilité d'un contraceptif définies ci-avant, le Groupe a examiné les risques potentiels liés à l'utilisation du contraceptif, les profils de données probantes GRADE, ainsi que les avantages associés à la prévention d'une grossesse non intentionnelle, et a eu recours à une démarche axée sur les valeurs et les préférences, qui a fait de la disponibilité d'un large éventail de moyens de contraception, une

priorité. Le Groupe a pris ses décisions par consensus, ce qui a nécessité des discussions, des débats et des consultations d'experts pour régler toute divergence d'opinions. Pour certaines recommandations, le Groupe a ajouté des notes afin de donner de nouvelles explications ou des éléments d'orientation sur l'interprétation de la classification numérique. Le Groupe a examiné les avantages et risques potentiels de l'utilisation de chaque méthode contraceptive au regard de chacune des pathologies ou caractéristiques personnelles ou physiologiques présentant un intérêt sur le plan médical et qui ont été évaluées (telles que l'âge, l'allaitement au sein ou le tabagisme).

**Actualisation des données.** Bien souvent, soit aucune nouvelle donnée n'a été recensée depuis la publication de la quatrième édition des *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives* (2009), soit les données apparues depuis confirment les résultats des précédents travaux de recherche. En conséquence, dans bien des cas, le Groupe a examiné et confirmé les recommandations publiées dans la quatrième édition, et n'y a apporté aucune modification. Pour les recommandations n'ayant pas fait l'objet de modifications, le Secrétariat de l'OMS a mis à jour les énoncés, les références et les citations se rapportant aux données qui figurent dans les tableaux où sont présentées les méthodes contraceptives dans le document complet.

L'OMS entreprendra un examen des recommandations formulées dans le présent document dans quatre ans. Entre temps, l'OMS continuera de suivre l'ensemble des données étayant ces recommandations et organisera d'autres consultations en fonction des besoins, si jamais de nouvelles données devaient requérir un réexamen des recommandations existantes. Ces mises à jour se justifient particulièrement lorsqu'il s'agit de questions pour lesquelles la base de connaissances est à même d'évoluer rapidement. Ces recommandations provisoires seront disponibles sur les pages web de l'OMS relatives à la santé sexuelle et génésique. L'OMS encourage les recherches visant à apporter des réponses aux questions non résolues, en vue de définir des critères de recevabilité relatifs à l'utilisation de méthodes contraceptives. L'OMS invite également à formuler des commentaires et des suggestions en vue d'améliorer ces éléments d'orientation.

<sup>2</sup> De plus amples informations sont disponibles sur le site Web du groupe de travail GRADE : <http://www.gradeworkinggroup.org/index.htm>

## Récapitulatif des recommandations examinées

Le Groupe d'élaboration des lignes directrices a examiné quatorze thématiques (s'étendant à plus de 575 recommandations) au cours de la révision des *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives* de 2014. La qualité des données disponibles a été évaluée à l'aide de l'approche GRADE et cela a servi de base à la formulation des recommandations (voir la colonne du milieu dans le tableau ci-après). Pour certaines thématiques, nombre de résultats présentant un intérêt et (ou) de méthodes contraceptives ont été étudiés. Dans ce cas, les évaluations GRADE de la qualité des données sont indiquées, sous forme d'évaluation unique ou de fourchette. Le document complet comprend une explication du processus qui a été suivi pour sélectionner ces thématiques et en faire une priorité. Le Groupe a confirmé l'ensemble des autres recommandations qui n'ont pas fait l'objet d'un examen formel pour la cinquième édition des *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*. Un récapitulatif des modifications apportées entre la quatrième et la cinquième édition de ce document est indiquée ensuite.

## Thématiques examinées pour les Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives, cinquième édition

Thématique	Recommandation	Évaluation GRADE de la qualité des données <sup>a</sup>
<b>1. Recommandations relatives à l'utilisation des contraceptifs hormonaux combinés (CHC) par classe d'âge</b>		
(Les CHC comprennent les contraceptifs oraux combinés, les contraceptifs injectables combinés, le patch contraceptif combiné et l'anneau contraceptif combiné intravaginal.)		
< 40 ans	Des premières règles jusqu'à l'âge de 40 ans, les femmes peuvent utiliser les CHC sans restriction (Catégorie 1).	Fourchette : faible à très faible
≥ 40 ans	Les femmes âgées de 40 ans et plus peuvent en général utiliser les CHC (Catégorie 2).	
<b>2. Recommandations relatives à l'utilisation des CHC chez les femmes qui allaitent au sein</b>		
< 6 semaines après l'accouchement	Moins de 6 semaines après l'accouchement, les femmes qui allaitent au sein ne devraient pas utiliser de CHC (Catégorie 4).	Fourchette : faible à très faible
De 6 semaines à 6 mois après l'accouchement	De 6 semaines à 6 mois après l'accouchement, les femmes qui allaitent au sein (allaitement principalement au sein) ne devraient généralement pas utiliser de CHC (Catégorie 3).	
≥ 6 mois après l'accouchement	À partir de 6 mois après l'accouchement, les femmes qui allaitent au sein peuvent en général utiliser les CHC (Catégorie 2).	
<b>3. Recommandations relatives à l'utilisation des CHC chez les femmes pendant la période post-natale</b>		
< 21 jours après l'accouchement, sans autres facteurs de risque de thrombo-embolie veineuse (TEV)	Moins de 21 jours après l'accouchement, les femmes qui ne présentent pas d'autres facteurs de risque de TEV ne devraient généralement pas utiliser de CHC (Catégorie 3).	Fourchette : faible à très faible
< 21 jours après l'accouchement, avec autres facteurs de risque de TEV	Moins de 21 jours après l'accouchement, les femmes qui présentent d'autres facteurs de risque de TEV ne devraient pas utiliser de CHC (Catégorie 4).	
De 21 à 42 jours après l'accouchement, sans autres facteurs de risque de TEV	Entre 21 et 42 jours après l'accouchement, les femmes qui ne présentent pas d'autres facteurs de risque de TEV peuvent en général utiliser les CHC (Catégorie 2).	

Thématique	Recommandation	Évaluation GRADE de la qualité des données <sup>a</sup>
De 21 à 42 jours après l'accouchement, avec autres facteurs de risque de TEV	Entre 21 et 42 jours après l'accouchement, les femmes qui présentent d'autres facteurs de risque de TEV ne devraient généralement pas utiliser de CHC (Catégorie 3).	Fourchette : faible à très faible
> 42 jours après l'accouchement	Plus de 42 jours après l'accouchement, les femmes peuvent utiliser les CHC sans restriction (Catégorie 1).	
<b>4. Recommandations relatives à l'utilisation des CHC chez les femmes présentant des troubles veineux superficiels</b>		
Varices	Les femmes présentant des varices peuvent utiliser les CHC sans restriction (Catégorie 1).	Très faible
Thrombose veineuse superficielle (TVS)	Les femmes présentant une TVS peuvent en général utiliser les CHC (Catégorie 2).	
<b>5. Recommandations relatives à l'utilisation des CHC chez les femmes atteintes de dyslipidémies avérées</b>		
Dyslipidémies avérées sans autres facteurs de risque cardiovasculaire connus	Les femmes atteintes de dyslipidémies avérées sans autres facteurs de risque cardiovasculaire connus peuvent en général utiliser les CHC (Catégorie 2).	Très faible ; examiné pour plus de clarté, à la demande du Comité d'évaluation des directives
<b>6. Recommandations relatives à l'utilisation des progestatifs seuls (PS) et des dispositifs intra-utérins à diffusion de lévonorgestrel (DIU-LNG) chez les femmes qui allaitent au sein</b>		
6a. Utilisation des PS chez les femmes qui allaitent au sein (les PS comprennent les pilules progestatives seules, les implants et les solutions injectables)		
< 6 semaines après l'accouchement	Moins de 6 semaines après l'accouchement, les femmes qui allaitent au sein peuvent en général utiliser les pilules progestatives seules (PPS), les implants au lévonorgestrel (LNG) et les implants à l'étonogestrel (ETG) (Catégorie 2).  Moins de 6 semaines après l'accouchement, les femmes qui allaitent au sein ne devraient généralement pas utiliser de progestatifs seuls injectables (PSI) (AMPR ou NET-EN) (Catégorie 3).	Fourchette : faible à très faible
De 6 semaines à 6 mois après l'accouchement	De 6 semaines à 6 mois après l'accouchement, les femmes qui allaitent au sein peuvent utiliser les PPS, les PSI, les implants au LNG et les implants à l'ETG sans restriction (Catégorie 1).	
≥ 6 mois après l'accouchement	À partir de 6 mois après l'accouchement, les femmes qui allaitent au sein peuvent utiliser les PPS, les PSI, les implants au LNG et les implants à l'ETG sans restriction (Catégorie 1).	
6b. Utilisation des DIU-LNG chez les femmes qui allaitent au sein		
< 48 heures après l'accouchement	Moins de 48 heures après l'accouchement, les femmes qui allaitent au sein peuvent en général utiliser les DIU-LNG (Catégorie 2).	Très faible
De 48 heures à 4 semaines après l'accouchement	De 48 heures à < 4 semaines après l'accouchement, les femmes qui allaitent au sein ne devraient pas se voir poser un DIU-LNG (Catégorie 3).	

Thématique	Recommandation	Évaluation GRADE de la qualité des données <sup>a</sup>
≥ 4 semaines après l'accouchement	À partir de 4 semaines après l'accouchement, les femmes qui allaitent au sein peuvent utiliser les PPS, les PSI, les implants au LNG et les implants à l'ETG sans restriction (Catégorie 1).	Très faible
Infection puerpérale	Les femmes qui allaitent au sein (ou non) et qui présentent une infection puerpérale ne devraient pas se voir poser un DIU-LNG (Catégorie 4).	
<b>7. Recommandations relatives à l'utilisation d'acétate de médroxyprogestérone retard administré par voie sous-cutanée (AMPR-SC) – nouvelle méthode ajoutée aux lignes directrices</b>		
Toutes les recommandations	Les recommandations relatives à l'AMPR-SC seront identiques aux recommandations actuelles relatives à l'AMPR-IM (administré en intramusculaire).	Très faible
<b>8. Recommandations relatives au Sino-implant (II) – nouvelle méthode ajoutée aux lignes directrices</b>		
Toutes les recommandations	Les recommandations relatives au Sino-implant (II) seront identiques aux recommandations actuelles relatives aux implants au LNG.	Fourchette : moyenne à très faible
<b>9. Recommandations relatives aux pilules pour la contraception d'urgence (PCU) : l'acétate d'ulipristal (UPA), une nouvelle méthode ajoutée aux lignes directrices – l'utilisation d'inducteurs du CYP3A4 et l'obésité, de nouveaux critères pour l'utilisation des PCU</b>		
Grossesse	L'utilisation de la PCU ne concerne pas les femmes enceintes.	Très faible
Allaitement au sein	Les femmes qui allaitent au sein peuvent utiliser sans restriction les pilules contraceptives orales combinées (COC) ou le LNG pour une contraception d'urgence (Catégorie 1).  Les femmes qui allaitent au sein peuvent en général utiliser l'UPA pour une contraception d'urgence (Catégorie 2).	
Antécédents de grossesse extra-utérine	Les femmes qui ont fait des grossesses extra-utérines dans le passé peuvent utiliser sans restriction les COC, le LNG ou l'UPA pour une contraception d'urgence (Catégorie 1).	
Antécédents de pathologie cardio-vasculaire grave	Les femmes ayant des antécédents de pathologie cardio-vasculaire grave, dont cardiopathie ischémique, accident vasculaire cérébral ou autre pathologie thrombo-embolique, peuvent en général utiliser les COC, le LNG ou l'UPA pour une contraception d'urgence (Catégorie 2).	
Migraines	Les femmes sujettes aux migraines peuvent en général utiliser les COC, le LNG ou l'UPA pour une contraception d'urgence (Catégorie 2).	
Pathologie hépatique grave	Les femmes souffrant d'une pathologie hépatique grave, dont l'ictère (une caractéristique individuelle qui est le signe d'une pathologie hépatique avant qu'un diagnostic n'ait été posé), peuvent en général utiliser les COC, le LNG ou l'UPA pour une contraception d'urgence (Catégorie 2).	
Utilisation d'un inducteur du CYP3A4	Les femmes prenant des inducteurs du CYP3A4 peuvent utiliser sans restriction les COC, le LNG ou l'UPA pour une contraception d'urgence (Catégorie 1).	

Thématique	Recommandation	Évaluation GRADE de la qualité des données <sup>a</sup>
Utilisation répétée de la PCU	Il n'existe pas de restriction quant à l'utilisation répétée de COC, LNG ou UPA pour une contraception d'urgence (Catégorie 1).	Très faible
Viol	Il n'existe pas de restriction quant à l'utilisation répétée de COC, LNG ou UPA pour une contraception d'urgence en cas de viol (Catégorie 1).	
Obésité	Les femmes obèses peuvent utiliser sans restriction les COC, le LNG ou l'UPA pour une contraception d'urgence (Catégorie 1).	Moyenne
<b>10. Recommandations relatives à l'utilisation des dispositifs intra-utérins (DIU) pour les femmes à risque accru d'infections sexuellement transmissibles (IST)</b>		
Adoption du DIU	Bien des femmes présentant un risque accru d'IST peuvent en général commencer à utiliser un DIU au cuivre (DIU-Cu) ou un DIU-LNG (Catégorie 2). Certaines femmes à risque accru (très forte probabilité individuelle) d'IST ne devraient généralement pas se voir poser un DIU avant d'avoir effectué un dépistage et, le cas échéant, suivi un traitement (Catégorie 3).	Aucun nouvel élément d'information n'ayant été recensé, la qualité des données n'a pas été évaluée selon le processus GRADE ; examiné pour plus de clarté, à la demande du Comité d'évaluation des directives
Continuation du DIU	Les femmes présentant un risque accru d'IST peuvent en général continuer à utiliser un DIU-Cu ou un DIU-LNG (Catégorie 2).	
<b>11. Recommandations relatives à l'utilisation d'un anneau vaginal libérant de la progestérone, une nouvelle méthode ajoutée aux lignes directrices</b>		
Allaitement au sein et ≥ 4 semaines après l'accouchement	À partir de 4 semaines après l'accouchement, les femmes qui allaitent au sein activement peuvent utiliser l'anneau vaginal libérant de la progestérone, sans restriction (Catégorie 1).	Faible
<b>12. Recommandations relatives à l'utilisation de la contraception hormonale pour les femmes à risque élevé d'infection par le VIH, les femmes vivant avec le VIH et les femmes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral (TAR)</b>		
12a. Femmes à risque élevé d'infection par le VIH		
Les femmes présentant un risque élevé de contracter le VIH peuvent utiliser les méthodes de contraception hormonale suivantes sans restriction : COC, contraceptifs injectables combinés (CIC), patches et anneaux contraceptifs combinés, PPS, PSI (AMPR et NET-EN), implants au LNG et implants à l'ETG (Catégorie 1).	Les femmes présentant un risque élevé de contracter le VIH peuvent en général utiliser les DIU-LNG (Catégorie 2).	Fourchette : moyenne à très faible
12b. Femmes vivant avec une infection à VIH asymptomatique ou légère (stade de l'OMS 1 ou 2)		
Les femmes vivant avec une infection à VIH asymptomatique ou légère (stade de l'OMS 1 ou 2) peuvent utiliser les méthodes de contraception hormonale suivantes sans restriction : COC, CIC, patches et anneaux contraceptifs combinés, PPS, PSI (AMPR et NET-EN), implants au LNG et implants à l'ETG (Catégorie 1).	Les femmes vivant avec une infection à VIH asymptomatique ou légère (stade de l'OMS 1 ou 2) peuvent en général utiliser le DIU-LNG (Catégorie 2).	



Thématique	Recommandation	Évaluation GRADE de la qualité des données <sup>a</sup>
12c. Femmes vivant avec une infection à VIH sévère ou à un stade avancé (stade de l'OMS 3 ou 4)		
	<p>Les femmes vivant avec une infection à VIH sévère ou à un stade avancé (stade de l'OMS 3 ou 4) peuvent utiliser les méthodes de contraception hormonale suivantes sans restriction : COC, CIC, patches et anneaux contraceptifs combinés, PPS, PSI (AMPR et NET-EN), implants au LNG et implants à l'ETG (Catégorie 1).</p> <p>Les femmes vivant avec une infection à VIH sévère ou à un stade avancé (stade de l'OMS 3 ou 4) ne devraient généralement pas adopter le DIU-LNG (Catégorie 3) avant que leur maladie ne se soit améliorée et ait évolué vers une forme asymptomatique ou légère (stade de l'OMS 1 ou 2).</p> <p>Les femmes ayant déjà un DIU-LNG posé qui développent une infection à VIH sévère ou à un stade avancé n'ont pas besoin de se faire retirer leur DIU (Catégorie 2 pour la continuation).</p>	Fourchette : moyenne à très faible
12d. Femmes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral (TAR)		
Inhibiteur nucléosidique/nucléotidique de la transcriptase inversée (INTI)	<p>Les femmes prenant un INTI peuvent utiliser les méthodes de contraception hormonale suivantes sans restriction : COC, CIC, patches et anneaux contraceptifs combinés, PPS, PSI (AMPR et NET-EN), implants au LNG et implants à l'ETG (Catégorie 1).</p> <p>Les femmes prenant des INTI peuvent en général utiliser le DIU-LNG (Catégorie 2), sous réserve que leur infection à VIH soit asymptomatique ou légère (stade de l'OMS 1 ou 2). Les femmes vivant avec une infection à VIH sévère ou à un stade avancé (stade de l'OMS 3 ou 4) et sous INTI ne devraient généralement pas commencer à utiliser le DIU-LNG (Catégorie 3 pour l'adoption) avant que leur maladie ne se soit améliorée et ait évolué vers une forme asymptomatique ou légère.</p> <p>Les femmes prenant des INTI qui ont déjà un DIU-LNG posé et qui développent une infection à VIH sévère ou à un stade avancé n'ont pas besoin de faire retirer leur DIU (Catégorie 2 pour la continuation).</p>	Fourchette : faible à très faible
Inhibiteurs non nucléosidiques/nucléotidiques de la transcriptase inverse (INNTI) comprenant éfavirenz ou névirapine	<p>Les femmes qui prennent des INNTI dont l'éfavirenz ou la névirapine peuvent en général utiliser les méthodes de contraception suivantes : COC, CIC, patches et anneaux contraceptifs combinés, PPS, NET-EN, implants au LNG et implants à l'ETG (Catégorie 2). Les femmes sous éfavirenz ou névirapine peuvent utiliser l'AMPR sans restriction (Catégorie 1).</p> <p>Les femmes qui prennent des INNTI dont l'éfavirenz ou la névirapine peuvent en général utiliser le DIU-LNG (Catégorie 2), sous réserve que leur infection à VIH soit asymptomatique ou légère (stade de l'OMS 1 ou 2). Les femmes vivant avec une infection à VIH sévère ou à un stade avancé (stade de l'OMS 3 ou 4) qui sont sous éfavirenz ou névirapine ne devraient généralement pas commencer à utiliser le DIU-LNG (Catégorie 3 pour l'adoption) avant que leur maladie ne se soit améliorée et ait évolué vers une forme asymptomatique ou légère.</p> <p>Les femmes sous éfavirenz ou névirapine qui ont déjà un DIU-LNG posé et qui développent une infection à VIH sévère ou à un stade avancé n'ont pas besoin de faire retirer leur DIU (Catégorie 2 pour la continuation).</p>	Fourchette : faible à très faible

Thématique	Recommandation	Évaluation GRADE de la qualité des données <sup>a</sup>
INNTI comprenant étra- virine et rilpivirine	<p>Les femmes qui prennent les INNTI plus récents, dont l'étravirine et la rilpivirine, peuvent utiliser toutes les méthodes de contraception hormonale sans restriction (Catégorie 1).</p> <p>Les femmes prenant des INNTI plus récents peuvent en général utiliser le DIU-LNG (Catégorie 2), sous réserve que leur infection à VIH soit asymptomatique ou légère (stade de l'OMS 1 ou 2).</p> <p>Les femmes vivant avec une infection à VIH sévère ou à un stade avancé (stade de l'OMS 3 ou 4) prenant des INNTI plus récents ne devraient généralement pas commencer à utiliser le DIU-LNG (Catégorie 3 pour l'adoption) avant que leur maladie ne se soit améliorée et ait évolué vers une forme asymptomatique ou légère.</p> <p>Les femmes prenant des INNTI plus récents qui ont déjà un DIU-LNG posé et qui développent une infection à VIH sévère ou à un stade avancé n'ont pas besoin de faire retirer leur DIU (Catégorie 2 pour la continuation).</p>	Fourchette : faible à très faible
Inhibiteurs de la pro- téase (p. ex. ritonavir et ARV boostés par le ritonavir)	<p>Les femmes sous inhibiteurs de la protéase (p. ex. ritonavir et ARV boostés par le ritonavir) peuvent en général utiliser les méthodes de contraception suivantes : COC, CIC, patches et anneaux contraceptifs combinés, PPS, NET-EN, implants au LNG et implants à l'ETG (Catégorie 2).</p> <p>Les femmes sous inhibiteurs de la protéase (p. ex. ritonavir et ARV boostés par le ritonavir) peuvent utiliser l'AMPR sans restriction (Catégorie 1).</p> <p>Les femmes sous inhibiteurs de la protéase (p. ex. ritonavir et ARV boostés par le ritonavir) peuvent en général utiliser le DIU-LNG (Catégorie 2), sous réserve que leur infection à VIH soit asymptomatique ou légère (stade de l'OMS 1 ou 2). Les femmes vivant avec une infection à VIH sévère ou à un stade avancé (stade de l'OMS 3 ou 4) sous inhibiteurs de la protéase (p. ex. ritonavir et ARV boostés par le ritonavir) ne devraient généralement pas commencer à utiliser le DIU-LNG (Catégorie 3 pour l'adoption) avant que leur maladie ne se soit améliorée et ait évolué vers une forme asymptomatique ou légère.</p> <p>Les femmes sous inhibiteurs de la protéase qui ont déjà un DIU-LNG posé et qui développent une infection à VIH sévère ou à un stade avancé n'ont pas besoin de faire retirer leur DIU (Catégorie 2 pour la continuation).</p>	Fourchette : faible à très faible

Thématique	Recommandation	Évaluation GRADE de la qualité des données <sup>a</sup>
Raltégravir (inhibiteur de l'intégrase)	<p>Les femmes sous l'inhibiteur de l'intégrase raltégravir peuvent utiliser les méthodes de contraception hormonale suivantes sans restriction : COC, CIC, patches et anneaux contraceptifs combinés, PPS, PSI (AMPR et NET-EN), implants au LNG et implants à l'ETG (Catégorie 1).</p> <p>Les femmes sous raltégravir peuvent en général utiliser le DIU-LNG (Catégorie 2), sous réserve que leur infection à VIH soit asymptomatique ou légère (stade de l'OMS 1 ou 2). Les femmes vivant avec une infection à VIH sévère ou à un stade avancé (stade de l'OMS 3 ou 4) qui sont sous raltégravir ne devraient généralement pas commencer à utiliser le DIU-LNG (Catégorie 3 pour l'adoption) avant que leur maladie ne se soit améliorée et ait évolué vers une forme asymptomatique ou légère.</p> <p>Les femmes sous raltégravir qui ont déjà un DIU-LNG posé et qui développent une infection à VIH sévère ou à un stade avancé n'ont pas besoin de faire retirer leur DIU (Catégorie 2 pour la continuation).</p>	Fourchette : faible à très faible

<sup>a</sup> L'évaluation GRADE permet de classer la qualité des données dans les catégories très faible, faible, moyenne et bonne. Lorsqu'une fourchette est indiquée, celle-ci met en évidence que l'évaluation GRADE a été effectuée à partir de nombreux résultats et (ou) entre différentes méthodes contraceptives.

Pour les personnes qui connaissent bien la quatrième édition des Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives, le récapitulatif suivant montre les changements qui ont été apportés dans la cinquième édition. Ces modifications comprennent : des changements dans les catégories, des recommandations pour de nouveaux états et caractéristiques qui sont abordés dans la cinquième édition, des changements dans la dénomination de certaines pathologies (afin de tenir compte de la pratique clinique actuelle) et des informations détaillées relatives aux nouvelles méthodes contraceptives incluses dans la cinquième édition.

**Récapitulatif des changements apportés entre la quatrième et la cinquième édition des Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives**  
(les changements sont indiqués en gras)

État/caractéristiques	COC/ AIV/ Patch	CIC	PPS	AMPR NET-EN	LNG/ ETG	DIU-Cu	DIU-LNG
<b>Allaitement au sein</b>							
a) < 6 semaines après l'accouchement	4	4	<b>2<sup>a</sup></b>	3 <sup>a</sup>	<b>2<sup>a</sup></b>		
b) De 6 semaines à 6 mois (allaitement principalement au sein)	3	3	1	1	1		
c) > 6 mois après l'accouchement	2	2	1	1	1		
<b>Post-partum</b> (femmes qui n'allaitent pas)							
a) < 21 jours			1	1	1		
(i) sans autres facteurs de risque de TEV	3 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>					
(ii) avec autres facteurs de risque de TEV	<b>4<sup>a</sup></b>	<b>4<sup>a</sup></b>					
b) De 21 à 42 jours			1	1	1		
(i) sans autres facteurs de risque de TEV	2 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>					
(ii) avec autres facteurs de risque de TEV	<b>3<sup>a</sup></b>	<b>3<sup>a</sup></b>					
c) > 42 jours	1	1	1	1	1		
<b>Post-partum</b> (allaitement au sein ou non, notamment après une césarienne)							
a) < 48 heures y compris pose immédiate après l'expulsion du placenta						1	<b>Pas d'AS = 1 ; AS = 2</b>
b) 48 heures à < 4 semaines						3	3
c) ≥ 4 semaines						1	1
d) Infection puerpérale						4	4
<b>Troubles veineux superficiels</b>							
a) Varices	1	1	1	1	1	1	1
<b>b) Thrombose veineuse superficielle</b>	2 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	1	1	1	1	1
<b>Dyslipidémies avérées sans autres facteurs de risque cardiovasculaire connus</b>	<b>2<sup>a</sup></b>	<b>2<sup>a</sup></b>	2 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>

État/caractéristiques	COC/ AIV/ Patch	CIC	PPS	AMPR NET-EN	LNG/ ETG	DIU-Cu		DIU-LNG	
						A	C	A	C
<b>IST</b>						A	C	A	C
a) Cervicite purulente en cours, ou infection à chlamydia ou gonococcie en cours	1	1	1	1	1	4	2 <sup>a</sup>	4	2 <sup>a</sup>
b) Autres IST (à l'exclusion du VIH et de l'hépatite)	1	1	1	1	1	2	2	2	2
c) Vaginite (y compris <i>Trichomonas vaginalis</i> et vaginose bactérienne)	1	1	1	1	1	2	2	2	2
d) Risque accru d'IST	1	1	1	1	1	<b>2/3<sup>a</sup></b>	2	<b>2/3<sup>a</sup></b>	2
<b>VIH/SIDA</b>									
Risque élevé de VIH	1	1	1	<b>1<sup>a</sup></b>	1	2	2	2	2
<b>Infection à VIH asymptomatique ou légère (stade de l'OMS 1 ou 2)</b>	1 <sup>a</sup>	1 <sup>a</sup>	1 <sup>a</sup>	1 <sup>a</sup>	1 <sup>a</sup>	2	2	2	2
<b>Infection à VIH sévère ou à un stade avancé (stade de l'OMS 3 ou 4)</b>	1 <sup>a</sup>	1 <sup>a</sup>	1 <sup>a</sup>	1 <sup>a</sup>	1 <sup>a</sup>	3	2 <sup>a</sup>	3	2 <sup>a</sup>
<b>Traitement antirétroviral</b>						A	C	A	C
a) Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI)									
<b>Abacavir (ABC)</b>	1	1	1	1	1	2/3 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	2/3 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
<b>Ténofovir (TDF)</b>	1	1	1	1	1	2/3 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	2/3 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
<b>Zidovudine (AZT)</b>	1	1	1	1	1	2/3 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	2/3 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
<b>Lamivudine (3TC)</b>	1	1	1	1	1	2/3 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	2/3 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
<b>Didanosine (DDI)</b>	1	1	1	1	1	2/3 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	2/3 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
<b>Emtricitabine (FTC)</b>	1	1	1	1	1	2/3 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	2/3 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
<b>Stavudine (D4T)</b>	1	1	1	1	1	2/3 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	2/3 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
b) Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI)									
<b>Éfavirenz (EFV)</b>	2 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	1 = AMPR; 2 = NET-EN <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	2/3 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	2/3 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
<b>Étravirine (ETR)</b>	1	1	1	1	1	2/3 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	2/3 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
<b>Névirapine (NVP)</b>	2 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	1 = AMPR; 2 = NET-EN <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	2/3 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	2/3 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
<b>Rilpivirine (RPV)</b>	1	1	1	1	1	2/3 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	2/3 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
c) Inhibiteurs de la protéase (IP)									
<b>Atazanavir boosté par le ritonavir (ATV/r)</b>	2 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	1 = AMPR; 2 = NET-EN <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	2/3 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	2/3 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
<b>Lopinavir boosté par le ritonavir (LPV/r)</b>	2 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	1 = AMPR; 2 = NET-EN <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	2/3 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	2/3 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>

État/caractéristiques	COC/ AIV/ Patch	CIC	PPS	AMPR NET-EN	LNG/ ETG	DIU-Cu		DIU-LNG	
<b>Darunavir boosté par le ritonavir (DRV/R)</b>	<b>2<sup>a</sup></b>	<b>2<sup>a</sup></b>	<b>2<sup>a</sup></b>	1 = AMPR ; 2 = NET-EN <sup>a</sup>	<b>2<sup>a</sup></b>	<b>2/3<sup>a</sup></b>	<b>2<sup>a</sup></b>	<b>2/3<sup>a</sup></b>	<b>2<sup>a</sup></b>
<b>Ritonavir (RTV)</b>	<b>2<sup>a</sup></b>	<b>2<sup>a</sup></b>	<b>2<sup>a</sup></b>	1 = AMPR ; 2 = NET-EN <sup>a</sup>	<b>2<sup>a</sup></b>	<b>2/3<sup>a</sup></b>	<b>2<sup>a</sup></b>	<b>2/3<sup>a</sup></b>	<b>2<sup>a</sup></b>
<b>d) Inhibiteurs de l'intégrase</b>									
<b>Raltégravir (RAL)</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2/3<sup>a</sup></b>	<b>2<sup>a</sup></b>	<b>2/3<sup>a</sup></b>	<b>2<sup>a</sup></b>

<sup>a</sup> Pour des explications sur la classification, se reporter au tableau correspondant à chaque méthode contraceptive dans le document complet.

#### Anneau intravaginal libérant de la progestérone (les changements sont indiqués en gras)

État/caractéristiques	Catégorie
<b>Grossesse</b>	<b>NA</b>
<b>Allaitement au sein et ≥ 4 semaines après l'accouchement</b>	<b>1</b>

#### Pilules pour la contraception d'urgence (PCU) (les changements sont indiqués en gras)

État/caractéristiques	COC	LNG	UPA
Grossesse	NA <sup>a</sup>	NA <sup>a</sup>	<b>NA<sup>a</sup></b>
Allaitement au sein	1	1	<b>2<sup>a</sup></b>
Antécédents de grossesse extra-utérine	1	1	<b>1</b>
<b>Obésité</b>	<b>1<sup>a</sup></b>	<b>1<sup>a</sup></b>	<b>1<sup>a</sup></b>
Antécédents de pathologie cardio-vasculaire grave (cardiopathie ischémique, accident vasculaire cérébral ou autre pathologie thrombo-embolique)	2	2	<b>2</b>
Migraine	2	2	<b>2</b>
Pathologie hépatique grave (y compris l'ictère)	2	2	<b>2</b>
<b>Inducteurs du CYP3A4 (p. ex. rifampicine, phénytoïne, phénobarbital, carbamazépine, éfavirenz, fosphénytoïne, névirapine, oxcarbazépine, primidone, rifabutine, millepertuis/<i>Hypericum perforatum</i>)</b>	<b>1<sup>a</sup></b>	<b>1<sup>a</sup></b>	<b>1<sup>a</sup></b>
Utilisation répétée de la PCU	1 <sup>a</sup>	1 <sup>a</sup>	<b>1<sup>a</sup></b>
Viol	1	1	<b>1</b>

<sup>a</sup> Pour des explications sur la classification, se reporter au tableau correspondant à chaque méthode contraceptive dans le document complet.



Pour plus d'informations sur le travail de l'OMS sur la planification familiale, veuillez consulter:  
<http://www.who.int/reproductivehealth/fr/>

Pour plus d'informations sur le travail de l'OMS sur VIH, veuillez consulter:  
<http://www.who.int/hiv/fr/>

Department of Reproductive Health and Research  
World Health Organization  
Avenue Appia 20, CH-1211 Geneva 27, Switzerland  
[reproductivehealth@who.int](mailto:reproductivehealth@who.int)

WHO/RHR/15.07

© Organisation mondiale de la Santé 2016

Tous droits réservés. Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Éditions de l'OMS via le site Web de l'OMS à l'adresse [http://www.who.int/about/licensing/copyright\\_form/en/index.html](http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html)

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.