

# Étude pilote de faisabilité des tests de grossesse multiniveaux dans le cadre du suivi des services d'avortement par télé-médecine

**CONTEXTE:** Les patientes d'avortement médicamenteux par télé-médecine généralement sont invitées à utiliser les tests urinaires de grossesse à haute sensibilité pour confirmer le caractère complet de leur avortement. Mais ces tests doivent être administrés quelques semaines après pour produire des résultats exacts. Les tests urinaires de grossesse multiniveaux (tests MLPT, selon les sigles en anglais), qui produisent des résultats exacts en l'espace d'une semaine, offrent une autre solution prometteuse, mais leur utilisation en télé-médecine n'a pas été évaluée.

**MÉTHODES:** De novembre 2017 à mai 2018, 165 femmes admises et consentantes qui s'étaient adressées à l'organisation safe2choose — prestataire de services d'avortement par télé-médecine à l'échelle internationale — pour un avortement médicamenteux ont été inscrites à une étude pilote. Elles ont été envoyées un colis contenant des médicaments abortifs, deux tests MLPT et les instructions à suivre. Pour vérifier une baisse des hormones de la grossesse, les femmes devaient faire un test avant leur avortement et un autre test après. Les données relatives à 118 participantes ayant répondu à un questionnaire d'évaluation en ligne deux semaines après l'envoi du colis, ont été analysées pour examiner leur expérience et leur satisfaction concernant le service.

**RÉSULTATS:** Les participantes qui avaient répondu au questionnaire étaient originaires de 11 pays, dont le Mexique, les Philippines et Singapour. Quatre-vingt-treize pour cent avaient utilisé les deux tests MLPT et, parmi elles, 91 % les avaient utilisés aux intervalles adéquats. Parmi les 95 % de participantes dont le deuxième test indiquait des niveaux d'hormone de grossesse en baisse, 86 % avaient interprété correctement leurs résultats comme indiquant qu'elles n'étaient plus enceintes. Le niveau de satisfaction était élevé, et toutes les participantes indiquaient que l'information fournie leur avait été utile. Plus de neuf sur 10 faisaient remarquer qu'elles seraient disposées à réutiliser les MLPT.

**CONCLUSIONS:** L'incorporation des MLPT dans les services d'avortement par télé-médecine est faisable et associée à un haut degré de satisfaction. L'habilitation aux femmes à gérer ses propres soins de suivi pourrait améliorer grandement l'expérience générale de l'intervention par télé-médecine.

*Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique, numéro spécial de 2020, <https://doi.org/10.1363/46e9620>*

*Par Erica Chong, Wendy R. Sheldon, Danielle Lopez-Green, Cecilia Gonzalez H., Bárbara Hernández Castillo, Marián Gullías Ogando, Nirdesh Tuladhar et Jennifer Blum*

Au moment où la recherche a été menée, Erica Chong et Wendy R. Sheldon étaient directrices et Jennifer Blum était vice-présidente des Programmes et initiatives stratégiques chez Gynuity Health Projects, à New York. Danielle Lopez-Green était responsable de la relation client, Cecilia Gonzalez H. était responsable informatique, Bárbara Hernández Castillo était responsable de la distribution et Marián Gullías Ogando était responsable technique et de formation chez safe2choose.org. Nirdesh Tuladhar était directeur exécutif chez Women First Digital.

De nombreux pays du monde ont enregistré une hausse de la demande d'avortement médicamenteux par le biais de la télé-médecine,<sup>1-5</sup> particulièrement durant la pandémie de COVID-19.<sup>6,7</sup> La télé-médecine appliquée à l'avortement médicamenteux s'appuie sur les technologies de l'information et de communication afin de faciliter l'accès aux médicaments abortifs et leur utilisation. Cela peut comprendre la fourniture d'informations, de conseils et de soins cliniques, au rang desquels l'évaluation de l'admissibilité au traitement, la dispensation des médicaments abortifs et les instructions d'utilisation.

De plus en plus de données probantes démontrent que la prestation de services d'avortement médicamenteux à distance est sûre, efficace et largement acceptée par les femmes qui souhaitent se faire avorter.<sup>1-5, 8-11</sup> Selon une récente analyse systématique de la littérature sur les services d'avortement par télé-médecine incluant des patientes de pays à revenu faible ou intermédiaire, l'efficacité de l'avortement médicamenteux se situent entre 94 % et 96 %; ces

taux sont comparables à ceux communiqués pour les soins d'avortement présentiels<sup>8</sup>. Par ailleurs, presque toutes les patientes en télé-médecine d'Australie et des États-Unis ont indiqué avoir été satisfaites de ces services<sup>2,3</sup>.

Si grâce aux technologies de communication les soins liés à l'avortement médicamenteux peuvent être en grande partie fournis tout aussi efficacement à distance qu'en personne<sup>2,3,12</sup>, la prestation de soins de suivi à distance se heurte à quelques obstacles. Le suivi de l'avortement médicamenteux a pour principal objectif de confirmer l'interruption de la grossesse. En général, un suivi en personne est réalisé entre 1 ou 2 semaines après la prise des médicaments abortifs au moyen d'une échographie, d'un examen pelvien ou d'un test sanguin de grossesse<sup>13</sup>. Dans les recommandations internationales publiées par les organisations de santé et des prestataires, il est toutefois généralement admis que ces examens sont coûteux et inutiles sur le plan médical<sup>12-14</sup>. L'avortement médicamenteux étant très efficace,<sup>15</sup> tel suivi présentiel n'est pas nécessaire pour

la majorité des patientes. Pourtant, tant les prestataires que les patientes souhaitent fréquemment être rassurés quant à l'efficacité de la intervention<sup>12,16-18</sup>.

Parmi les autres méthodes de suivi de l'avortement médicamenteux figurent la vérification de la présence de symptômes de grossesse (évaluation symptomatique) et l'utilisation d'un test de grossesse de sensibilité élevée environ 3 à 4 semaines après la prise des médicaments<sup>2,9,11</sup>. L'évaluation symptomatique peut ne pas offrir les garanties recherchées, et une longue attente est nécessaire avec les tests de sensibilité élevée avant d'obtenir la confirmation du résultat de l'avortement. Par conséquent, ces méthodes de confirmation ne contribuent pas forcément à soulager l'anxiété de la femme et pourraient retarder ou empêcher la prestation d'autres soins dans les rares cas où la grossesse se poursuit en raison de l'échec de l'avortement médicamenteux.

Une stratégie pour surmonter ces difficultés et améliorer potentiellement la qualité et l'efficacité du suivi de l'avortement médicamenteux en télé-médecine consiste à utiliser des *multilevel pregnancy tests*, MLPT en anglais (tests de grossesse multiniveaux). Ces tests mesurent la concentration approximative de *human chorionic gonadotropine*, hCG (gonadotrophine chorionique humaine), une hormone produite dans l'urine durant la grossesse<sup>13</sup>. L'utilisation des MLPT dans le cadre du suivi de l'avortement médicamenteux s'effectue généralement comme suit: un premier test est effectué avant la prise des médicaments abortifs, puis un second test 1 à 2 semaines plus tard. Une baisse de la concentration d'hCG indique que la grossesse a été interrompue, tandis qu'une concentration stable ou en hausse révèle la nécessité de procéder à une évaluation additionnelle. Compte tenu du fait que les niveaux d'hCG chutent naturellement à la fin du premier trimestre de grossesse, il convient d'utiliser les MLPT uniquement au début du premier trimestre.

Dans le cadre du suivi de l'avortement médicamenteux, le MLPT *dBest* a fait l'objet de nombreuses études dans divers pays, notamment en Moldavie, en Ouzbékistan, en Tunisie et au Vietnam. Ce test est un dispositif en plastique contenant des bandelettes traitées à tremper dans un échantillon d'urine. Ce test semi-quantitatif affiche des résultats pour cinq niveaux d'hCG (25, 100, 500, 2 000 et 10 000 mUI/ml) et fait preuve d'une efficacité élevée, avec une sensibilité de 100% pour l'identification d'une grossesse en cours jusqu'à 63 jours depuis la date de la dernière menstruation<sup>13,17-22</sup>. À ce jour, toutes les études sur l'utilisation de ce MLPT dans le cadre du suivi de l'avortement comprenaient une première explication en personne de l'utilisation du dispositif par un prestataire de santé. Dans la plupart des cas, les femmes étudiées devaient retourner à l'établissement de santé après avoir pris les médicaments pour comparer le résultat de leur MLPT au résultat d'un examen clinique standard. Une récente méta-analyse des conclusions de ces études indique que pour la plupart des femmes, l'utilisation de ce type de MLPT représente un substitut efficace à une visite de suivi en personne.<sup>13</sup>

Compte tenu des avantages qui présente le MLPT *dBest*, nous avons émis l'hypothèse que son utilisation, au lieu de l'évaluation symptomatique ou du test de grossesse de sensibilité élevée, pourrait améliorer la qualité des services d'avortement par télé-médecine. Pour vérifier cette hypothèse, nous avons conçu une étude pilote afin d'examiner l'utilisation des MLPT auto-administrés et la satisfaction à leur égard dans le cadre du suivi des femmes bénéficiant de services d'avortement par télé-médecine. À notre connaissance, il s'agit de la première étude évaluant l'utilisation des MLPT dans le cadre d'un service d'avortement par télé-médecine.

### Service d'avortement par télé-médecine

Afin d'élaborer et de mener cette étude pilote, *Gynuity Health Projects* s'est associée à *safe2choose*, une entreprise sociale à but non lucratif qui promeut la santé reproductive et l'accès à l'avortement sécurisé à l'échelle mondiale. Le site Internet de *safe2choose* vise à conseiller les femmes qui souhaitent avoir recours à un avortement par la prise de médicaments ou par aspiration manuelle. Ses conseillers multilingues fournissent des informations et des conseils sur l'avortement par courriel ou *live chat* et, si nécessaire, des orientations vers des prestataires de soins de santé de confiance.

Au moment de l'étude, *safe2choose* expédiait des médicaments abortifs par colis postal à des femmes dans plus de 35 pays, notamment en Inde, en Indonésie, au Mexique, au Nigéria et à Singapour, que l'avortement y soit légal ou non. Les services d'avortement médicamenteux, dont le coût s'élève à 90 US\$, ont été proposés selon un barème dégressif, en fonction des moyens financiers des patientes.

### MÉTHODES

#### Recrutement de l'échantillon

Les participantes ont été recrutées de novembre 2017 à mai 2018. Les femmes ayant consulté le site Internet de *safe2choose* ont rempli un bref formulaire de consultation en ligne; l'étude pilote était ouverte aux femmes dont la grossesse datait de 56 jours ou moins depuis la date de leur dernière menstruation qui s'étaient adressées à *safe2choose* pour un avortement médicamenteux et savaient lire l'anglais ou l'espagnol. Bien que des études aient démontré que l'avortement médicamenteux dehors d'une clinique demeure très efficace jusqu'à 77 jours d'âge gestationnel<sup>23,24</sup>, nous avons fixé la limite à 56 jours afin de tenir compte du délai d'expédition et de la précision indiquée du MLPT *dBest* jusqu'à 63 jours d'âge gestationnel. Une description de l'étude a été présentée aux femmes admissibles. Celles ayant accepté de rejoindre l'étude ont signé un formulaire par voie électronique afin de donner leur consentement éclairé. Toutes les femmes admises et consentantes ont été inscrites à l'étude, qui a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche Allendale et enregistrée sur le site Internet *ClinicalTrials.gov* sous le code d'identification NCT03207880.

Sur les 1 266 femmes potentielles ayant répondu aux critères d'admissibilité à l'étude, 740 (58%) ont fourni leur

consentement par voie électronique. Parmi celles-ci, 165 (22%) ont effectué une commande auprès de safe2choose, qui leur a envoyé un colis postal contenant des médicaments abortifs.

### Protocole des avortements et des tests

Le colis de l'étude contenait le protocole de l'avortement médicamenteux combiné, à savoir un comprimé de 200 mg de mifépristone et quatre comprimés de 200 µg de misoprostol (plus quatre additionnelles), ainsi que deux MLPT. L'Organisation mondiale de la Santé recommande l'administration de 200 mg de mifépristone par voie orale, suivie 24 à 48 heures plus tard de 800 µg de misoprostol (quatre comprimés de 200 µg) par voie vaginale, sublinguale ou buccale<sup>14</sup>. Les quatre comprimés additionnels de misoprostol étaient envoyés en cas du caractère incomplet de l'avortement. Par ailleurs, chaque colis comprenait deux coupelles jetables pour le recueil des urines pour réaliser les deux MLPT, une notice d'utilisation des tests (en anglais et en espagnol) pour le suivi de l'avortement médicamenteux, ainsi qu'une fiche servant à consigner les résultats des tests. Les participantes ont également reçu un courriel contenant des consignes spécifiques concernant l'utilisation et l'interprétation des MLPT, ainsi qu'un lien à une vidéo YouTube explicative, étape par étape, d'une durée de 90 secondes. Aucune consultation synchronisée n'a été proposée. En revanche, les participantes ont été informées qu'elles pouvaient contacter safe2choose par courriel ou *live chat* à tout moment en cas de questions.

Les participantes ont été invitées à réaliser le premier test MLPT immédiatement avant d'avalier le comprimé de mifépristone et à consigner le résultat sur la fiche. Les participantes ont noté quel niveau d'hCG parmi les cinq (25, 100, 500, 2 000 ou 10 000) correspondait le mieux au résultat de leur test; une sixième option sur la fiche (0) représentait une plage de concentration d'hCG inférieure à 25 mUI/ml. Il a été conseillé aux participantes de prendre quatre comprimés de misoprostol par voie sublinguale 24 à 48 heures plus tard en gardant les comprimés sous leur langue pendant 30 minutes, puis en avalant les éventuels fragments restants. En cas de saignements et de crampes ou douleurs moins importants que prévu, il leur a été recommandé de prendre deux autres comprimés de misoprostol trois heures après la première dose et, si nécessaire, encore deux autres comprimés de misoprostol trois heures plus tard.

Les participantes ont été invitées à effectuer un second test MLPT une semaine après le premier, à consigner le résultat sur la fiche et à comparer les deux niveaux. Un niveau d'hCG inférieur à celui du premier test indiquait aux participantes un avortement complet et qu'elles n'étaient plus enceintes. En revanche, en cas d'un niveau de hCG identique ou supérieur lors du second test, il leur a été recommandé de contacter safe2choose afin de procéder à une consultation. Un guide de conseil a été développé pour aider le personnel de safe2choose à répondre aux questions relatives à la prise en charge clinique des test MLPT.

### Évaluation

Deux semaines après la réception de leur colis contenant les médicaments, les participantes ont reçu un questionnaire par courriel d'une enquête d'évaluation. Ce questionnaire avait pour but de recueillir des informations sur l'utilisation des tests MLPT et la satisfaction des participantes à leur égard, sur l'utilité des différents supports fournis, sur les résultats des tests, et sur le statut actuel de la grossesse. Safe2choose a envoyé aux participantes jusqu'à deux courriels leur rappelant de répondre au questionnaire. À titre de compensation, les participantes ayant répondu au questionnaire de suivi ont reçu un remboursement allant jusqu'à 30 US\$, en fonction de la somme payée pour le service d'avortement médicamenteux de safe2choose. Les tests MLPT ont été fournis gratuitement.

Le questionnaire était composé de 39 questions, pour la plupart fermées. La majorité comportaient l'option « autre » pour saisir une réponse qui ne figurait pas dans les options fournies. Le reste des questions étaient ouvertes. On a estimé la durée de remplir la questionnaire à environ 10 à 15 minutes, ou moins si la femme a sauté quelques questions (par exemple, si elle n'avait pas utilisé les deux tests MLPT).

Les objectifs de l'étude ont été examinés à la lumière: du niveau d'intérêt pour l'utilisation des tests MLPT dans le cadre du suivi des services d'avortement par télémédecine (si la femme avait reçu le colis ou non), de l'utilisation des tests pour déterminer l'issue de l'avortement, de la capacité des participantes à utiliser et à interpréter correctement les tests, des mesures prises par les participantes à la suite de leur interprétation des résultats, et de la satisfaction des femmes à l'égard des tests MLPT et des supports correspondants. La satisfaction à l'égard des tests a été évaluée à l'aide de questions posées sous divers angles dans le questionnaire d'évaluation. L'impact des tests sur la satisfaction générale relative au absence de ces tests a été mesuré selon une échelle à trois niveaux de satisfaction (baisse, égale ou meilleure); l'utilité des résultats des tests a également été mesurée selon une échelle à trois niveaux (très utiles, assez utiles ou pas du tout utiles). Les participantes ont indiqué si elles seraient prêtes à utiliser les tests à l'avenir (oui, non, indéterminées). Une question semi-structurée sur le ressenti des participantes après la lecture des résultats du second test proposait plusieurs options de réponse, ainsi que l'option ouverte « autre ».

Outre le questionnaire, nous avons obtenu des données à partir du formulaire de consultation en ligne, et aussi d'un formulaire rempli par le personnel de safe2choose indiquant le nombre de fois où chaque participante a contacté safe2choose, le mode de contact et son motif.

Lors de la détermination de la taille de l'échantillon pour cette étude pilote, nous avons été guidés par les contraintes de coûts et de temps, la diversité potentielle de la population des participantes, les différents résultats d'intérêt et le faible taux de réponse attendu. Sur la base de ces considérations, nous avons conclu que les données de 100 participantes seraient suffisantes<sup>25</sup>. Il a donc été

décidé dans le cadre de cette étude de chercher à collecter des données jusqu'à arriver à 100 questionnaires complétés pendant une période de 12 mois, selon l'éventualité se présentant en premier. Sur les 165 participantes qui s'étaient adressées à safe2choose pour solliciter un avortement médicamenteux, huit se sont vues leur colis saisis et une n'était pas allée le récupérer. Sur les 156 participantes restantes ayant reçu leur colis, 76% ont rempli le questionnaire en totalité ou en partie. L'échantillon de l'analyse comprenait donc 118 participantes. Étant donné que certaines participantes avaient déjà entamé la procédure au moment où nous avons recueilli notre 100e questionnaire, nous avons légèrement dépassé notre échantillon cible.

**TABLEAU 1. Pourcentage et nombre de participantes à une étude pilote visant à évaluer la faisabilité de l'utilisation des tests de grossesse multiniveaux dans des services d'avortement par télémedecine, par caractéristique sélectionnée, en fonction de participation à l'étude, 2017–2018**

| Caractéristique   | Ayant donné leur consentement (N = 740) | Ayant répondu au questionnaire (n = 118) |
|---|---|--|
| <b>Âge moyen (fourchette)†</b>  | 24,29 (12–40)                           | 24,89 (17–40)                            |
| <b>Années de scolarité effectuées</b>                                       |   |  |
| < 6   | 15,2 (110)                              | 8,5 (10)                                 |
| 6–11  | 13,8 (100)                              | 10,3 (12)                                |
| ≥ 12  | 71,0 (515)                              | 81,2 (95)                                |
| Données manquantes  | 2,0 (15)                                | 0,8 (1)                                  |
| <b>Pays de résidence</b>  |   |  |
| Mexique   | 35,7 (264)                              | 63,6 (75)                                |
| Philippines   | 25,0 (185)                              | 8,5 (10)                                 |
| Inde  | 10,4 (77)                               | 0,8 (1)                                  |
| Malaisie  | 6,4 (47)                                | 5,9 (7)                                  |
| Singapour   | 4,5 (33)                                | 8,5 (10)                                 |
| Autre‡  | 18,1 (134)                              | 12,7 (15)                                |
| <b>Âge gestationnel au moment de la consultation en ligne (en semaines)</b> |   |  |
| ≤ 5   | 55,8 (413)                              | 49,2 (58)                                |
| 6   | 21,2 (157)                              | 27,1 (32)                                |
| 7   | 14,2 (105)                              | 20,3 (24)                                |
| 8   | 8,8 (65)                                | 3,4 (4)                                  |
| <b>Méthode de confirmation de la grossesse</b>                              |   |  |
| Test urinaire   | 76,0 (549)                              | 65,5 (76)                                |
| Test sanguin  | 14,8 (107)                              | 25,0 (29)                                |
| Échographie   | 9,2 (66)                                | 9,5 (11)                                 |
| Données manquantes/autre§   | 2,4 (18)                                | 1,7 (2)                                  |

†Nous avons classé les participantes âgées de 12 ans et moins comme ayant 12 ans; cette classification concerne six participantes dans le groupe ayant donné seulement son consentement. Nous avons classé les participantes âgées de 40 ans et plus comme ayant 40 ans; 14 participantes étaient concernées dans le groupe ayant donné son consentement seulement et deux dans le groupe ayant consenti et répondu au questionnaire de suivi. Les données relatives à l'âge des participantes étaient manquantes pour 11 femmes qui ont consenti seulement et pour une femme qui a rempli le questionnaire. ‡Arabie saoudite, Bahreïn, Corée du Sud, Émirats arabes unis, France, Hong Kong, Hongrie, Nigéria, Sri Lanka, Taïwan et Thaïlande. §« Test de l'eau de Javel », « travail physique », « secret », « symptômes » ou indéterminé. NB: les répartitions en pourcentage excluent les données manquantes. Les pourcentages ayant été arrondis, leur total n'est pas nécessairement égal à 100,0%.

## Analyse

Nous nous sommes appuyés sur les tests khi carré ou les tests exacts de Fisher pour comparer les caractéristiques des participantes ayant répondu au questionnaire et celles des participantes ne l'ayant pas fait. Parmi les femmes l'ayant répondu, nous avons également comparé le ressenti et la satisfaction à l'égard des tests MLPT des celles qui pensaient ne plus être enceintes et celles qui pensaient l'être encore. Le test exact de Fisher a été utilisé lorsque au moins une cellule contenait moins de cinq observations; autrement, nous avons eu recours aux tests khi carré. Nous avons considéré les valeurs p bilatérales inférieures à 0,05 comme statistiquement significatives.

Pour deux questions ouvertes, à savoir « Avez-vous d'autres remarques? » et « Avez-vous des suggestions? », deux des co-auteurs ont examiné et codé les réponses de façon indépendante, avant d'analyser et de résoudre les éventuelles incohérences. Cette étude n'ayant pas été conçue comme une étude qualitative, les auteurs ont attribué des codes généraux « positives », « neutres » et « négatives » aux remarques et aux thématiques récurrentes, et identifié les mots clés. Ils ont par ailleurs sélectionné des extraits qui illustraient lesdites thématiques à intégrer.

## RÉSULTATS

### Caractéristiques de l'échantillon

Les 118 répondantes qui avaient rempli le questionnaire – l'échantillon de l'analyse – étaient âgées de 25 ans en moyenne et étaient originaires de 11 pays; la plupart résidaient au Mexique (64%), aux Philippines (9%) et à Singapour (9%; Tableau 1). Près de 50% ont estimé l'âge gestationnel au moment de la consultation en ligne à cinq semaines ou moins, et 66% ont indiqué avoir utilisé un test urinaire pour confirmer leur grossesse. Au total, des 114 participantes qui ont répondu à la question, 83% ont payé jusqu'à 90 US\$ pour bénéficier du service de safe2choose, et 17% n'ont rien payé (non illustré); la dépense la plus faible s'élevait à 8 US\$ et le prix moyen payé était de 29 US\$.

De manière générale, par rapport à l'ensemble de femmes qu'avaient consenti, celles qui avaient rempli le questionnaire étaient plus instruites; avaient effectué la consultation en ligne à un âge gestationnel plus précoce; et avaient confirmé leur grossesse par un test sanguin. Les participantes originaires du Mexique représentaient près d'un tiers des participantes ayant donné leur consentement, mais près des deux tiers de l'échantillon de l'analyse. Dans l'ensemble, la majorité des participantes ayant consenti et répondu au questionnaire avaient suivi au moins 12 ans de scolarité et avaient cherché interrompre la grossesse à six semaines d'âge gestationnel ou moins. Aucune différence significative n'a été observée concernant les caractéristiques démographiques entre les deux groupes, excepté en ce qui concerne la méthode de confirmation de la grossesse: plusieurs femmes qui avaient seulement consenti ont déclaré avoir eu recours à un test urinaire de grossesse ou à une échographie que celles ayant répondu au questionnaire.

**TABLEAU 2. Expérience de l'avortement médicamenteux des participantes ayant répondu au questionnaire de suivi et caractéristiques de communication avec safe2choose chez les participantes auxquelles un colis contenant des médicaments abortifs a été envoyé**

| Expérience   | %            |
|--|--------------|
| <b>FEMMES AYANT RÉPONDU AU QUESTIONNAIRE DE SUIVI (n = 118)</b>                    |              |
| <b>Administration de mifépristone (n = 117)</b>                                    | 100,0        |
| <b>Administration de misoprostol (n = 117)</b>                                     | 99,1         |
| <b>Nbre pris de comprimés de misoprostol (n = 115)</b>                             |              |
| < 4  | 3,5          |
| 4  | 81,7         |
| > 4  | 14,8         |
| <b>Saignements abondants pendant deux jours ou plus (n = 118)</b>                  | 62,7         |
| <b>Pas de recours à d'autres soins médicaux avant l'enquête de suivi (n = 115)</b> | 90,4         |
| <b>Aucun symptôme de grossesse observé (n = 118)†</b>                              | 58,5         |
| <b>Perception du caractère complet de l'avortement (n = 117)</b>                   |              |
| Complet  | 82,1         |
| Incomplet/incertitude  | 17,9         |
| <b>Motifs de perception d'un avortement complet (n = 96)‡</b>                      |              |
| Ne se sent pas enceinte  | 42,7         |
| A consulté un prestataire qui a confirmé l'avortement complet                      | 14,6         |
| Résultats des tests MLPT   | 83,3         |
| Résultat d'un autre test de grossesse  | 11,5         |
| <b>Motifs de perception d'un avortement incomplet (n = 21)‡</b>                    |              |
| Se sent encore enceinte/symptômes de grossesse                                     | 19,0         |
| Résultats des tests MLPT   | 52,4         |
| Résultat d'un autre test de grossesse  | 14,3         |
| Non confirmé par un médecin/tests MLPT pas encore effectués                        | 19,0         |
| Saignements persistants  | 4,8          |
| <b>FEMMES AUXQUELLES LE COLIS DE MÉDICAMENTS A ÉTÉ ENVOYÉ (n = 165)</b>            |              |
| <b>Nbre moyen de contacts avec safe2choose par participante (fourchette)</b>       |              |
| Courriel   | 3,81 (0–16)§ |
| Live chat  | 0,36 (0–8)†† |
| <b>Sujets abordés lors de la prise de contact</b>                                  |              |
| Exécution/livraison de la commande ou procédures de l'étude                        | 80,6         |
| Procédure d'avortement ou conseil médical  | 61,2         |
| Confirmation des étapes clés ou soutien psychologique                              | 30,3         |
| Utilisation des tests MLPT   | 12,1         |
| Interprétation des résultats des MLPT  | 14,5         |

†Parmi les symptômes cités figuraient une sensibilité au niveau des seins, des nausées, une envie fréquente d'uriner et un épuisement/une fatigue.  
‡Les participantes pouvaient citer plusieurs motifs. §Sept cas avec des données manquantes. ††Huit cas avec des données manquantes. NB: le nombre de répondantes est différent en raison des données manquantes dans le questionnaire. MLPT = multilevel pregnancy test (test de grossesse multiniveaux).

### Expériences de l'avortement médicamenteux

Toutes les participantes ayant répondu au questionnaire et ayant indiqué avoir pris des médicaments ont pris la mifépristone (antiprogéstine empêchant la poursuite de la

**TABLEAU 3. Pourcentage de participantes ayant utilisé tests de grossesse multiniveaux dans le cadre d'un avortement médicamenteux, par expérience**

| Expérience   | %    |
|--|------|
| <b>Nbre de tests MLPT utilisés (n = 116)</b>                                 |      |
| 0  | 3,4  |
| 1  | 3,4  |
| 2  | 93,1 |
| <b>Chaque test MLPT, quand a-t-il été réalisé ?</b>                          |      |
| Premier avant la prise de mifépristone (n = 112)                             | 90,2 |
| Second au moins une semaine après le premier test (n = 104)                  | 98,1 |
| <b>Type d'instructions accompagnant les tests considéré très/assez utile</b> |      |
| Fiche de patiente (n = 108)  | 94,4 |
| Instructions envoyées par courriel (n = 114)                                 | 94,7 |
| Vidéo explicative (n = 88)   | 90,9 |
| <b>Résultats des tests MLPT (n=103)†</b>                                     |      |
| Niveau du second inférieur au premier  | 95,1 |
| Niveau du second identique au premier  | 4,9  |
| <b>Si le niveau du second est inférieur (n = 98)</b>                         |      |
| Résultats interprétés correctement, n'est plus enceinte                      | 85,7 |
| Pense être encore enceinte   | 6,1  |
| Pas sûre de l'interprétation des résultats                                   | 8,2  |
| <b>Si le niveau du second est identique (n = 5)</b>                          |      |
| Résultats interprétés correctement, peut-être encore enceinte                | 20,0 |
| Pense ne plus être enceinte  | 40,0 |
| Pas sûre de l'interprétation des résultats                                   | 40,0 |
| <b>Aucune difficulté à utiliser les tests (n = 111)</b>                      | 99,1 |
| <b>Aucune difficulté à comprendre les résultats des tests (n = 111)</b>      | 82,0 |
| <b>A contacté safe2choose sur indication des résultats des tests (n=7)‡</b>  | 57,1 |

†Exclut deux cas des femmes qui n'étaient pas sûres des résultats d'au moins un test et trois cas n'ayant pas indiqué de valeurs. ‡Comprend cinq participantes ayant indiqué des niveaux stables, et deux qui n'étaient pas sûres quant aux résultats du premier ou du deuxième test. NB: MLPT = multilevel pregnancy test (test de grossesse multiniveaux).

grossesse). Toutes à l'exception d'une (99%) ont aussi pris du misoprostol (prostaglandine stimulant des contractions; Tableau 2). Au total, 82% des 115 répondantes ayant répondu à la question ont signalé avoir pris uniquement les quatre premiers comprimés de misoprostol. Les 4% ayant pris moins de quatre comprimés (y compris la participante ne l'ayant pas pris) ont indiqué avoir pris moins que la dose recommandée en raison de saignements ou d'un avortement « en bonne voie » (non illustré). Dix pour cent ont indiqué avoir eu recours à des soins médicaux avant d'avoir répondu au questionnaire de suivi en raison de saignements abondants, de douleurs, d'une fièvre ou de la crainte d'être toujours enceintes.

Bien que 41% des répondantes aient signalé la persistance de quelques symptômes de grossesse (par exemple, une sensibilité au niveau des seins, des nausées, une envie fréquente d'uriner et un épuisement ou de la fatigue), 82% des 117 répondantes pensaient que l'avortement avait fonctionné. Parmi celles ayant indiqué un motif de

**TABLEAU 4. Pourcentage de participantes, par ressenti et satisfaction à l'égard des tests de grossesse multiniveaux, en fonction de la perception du caractère complet de l'avortement**

| Mesure  | N'est plus enceinte | Peut être encore enceinte |
|---|---------------------|---------------------------|
| <b>Sentiment ressenti à la suite du deuxième test,‡</b>                             | (n= 91)             | (n= 17)                   |
| Soulagement***  | 76,9                | 29,4                      |
| Sentiment neutre/indifférence   | 16,5                | 17,6                      |
| Stress/nervosité***   | 2,2                 | 35,3                      |
| Confusion**   | 14,3                | 47,1                      |
| <b>Utilité des informations des tests*,‡</b>  | (n= 88)             | (n= 17)                   |
| Très utiles   | 92,0                | 70,6                      |
| Assez utiles  | 8,0                 | 29,4                      |
| Pas du tout utiles  | 0,0                 | 0,0                       |
| <b>Satisfaction générale à l'égard du service safe2choose grâce aux tests MLPT§</b> | (n= 89)             | (n= 17)                   |
| Baisse de satisfaction  | 1,1                 | 5,9                       |
| Satisfaction inchangée  | 10,1                | 17,6                      |
| Meilleure satisfaction  | 88,8                | 76,5                      |
| <b>Pourrait utiliser des tests MLPT à l'avenir§</b>                                 | (n= 90)             | (n= 17)                   |
| Oui   | 94,4                | 88,2                      |
| Non   | 1,1                 | 5,9                       |
| Indécise  | 4,4                 | 5,9                       |

\*p<0,05. \*\*p<0,01. \*\*\*p<0,001. ‡Les participantes pouvaient donner plusieurs réponses. §Parmi les participantes ayant effectué deux tests MLPT. ¶Parmi les participantes ayant répondu au questionnaire de suivi. NB: Le test exact de Fisher a été utilisé lorsque, pour chaque test MLPT, au moins une cellule contenait moins de cinq observations; autrement, nous avons eu recours aux tests khi carré. Le test exact de Fisher a été utilisé pour comparer un sentiment neutre/l'indifférence, le stress/la nervosité, la préférence et l'impact futur des tests MLPT sur la satisfaction. Les valeurs p bilatérales <0,05 ont été jugées statistiquement significatives. Les répartitions en pourcentage ayant été arrondies, leur total n'est pas nécessairement égal à 100,0%. MLPT = test de grossesse multiniveaux.

cette conviction, le motif le plus couramment cité était les résultats des tests MLPT (83%), suivi de l'absence de symptômes de grossesse (43%). Parmi les 18% de participantes ayant émis des doutes quant à la caractéristique complète de l'avortement au moment de l'enquête, la plupart (18 sur 21) ont contacté safe2choose pour obtenir des conseils (non illustré). Parmi les trois femmes ne l'ayant pas fait, une s'est tournée vers un prestataire, la deuxième n'avait pas encore effectué le second test, et la troisième avait remarqué une baisse des niveaux d'hCG sur le second test, mais ne savait pas si elle devait s'y fier ou non.

Les conseillères de safe2choose ont communiqué par courriel et *live chat* avec les participantes ayant reçu le colis. Le courriel était beaucoup plus souvent utilisé que le *live chat* (nombre moyen de contacts, 3,8 et 0,4, respectivement). La plupart des participantes (81%) ont contacté safe2choose pour des problèmes liés à leur commande ou aux questions sur les modalités de l'étude (par exemple, le paiement, la livraison, l'envoi ou non de photos des tests MLPT utilisés); 61% ont posé des questions sur les détails d'un avortement (par exemple, sur les symptômes d'une grossesse en cours, la posologie des médicaments) ou les soins après avortement (par exemple, la contraception). Près d'un tiers des participantes ont confirmé les étapes

clés de l'étude (par exemple, la réception du colis ou l'indication de la baisse des niveaux des tests MLPT), ou se sont tournées vers un soutien psychologique en cas de viol ou de sentiment de culpabilité après l'avortement. Peu de participantes ont posé des questions sur les tests MLPT à proprement parler. Pour celles l'ayant fait, leurs questions portaient davantage sur l'interprétation des résultats (15%) que sur l'utilisation des tests (12%).

### Expériences concernant les tests MLPT

Les participantes ayant évalué leur utilisation des tests ont presque toutes utilisé les deux (93%) aux intervalles de temps appropriés (Tableau 3, page 5). Les participantes qui n'ont pas eu recours aux tests (3%) ont justifié leur démarche en indiquant qu'elles avaient changé d'avis, que les tests MLPT semblaient trop compliqués, ou qu'elles n'avaient pas compris les instructions et pensaient que les tests devaient être réalisés plus tard (par exemple à l'arrêt des saignements; non illustré). Concernant les trois types de supports fournis (par exemple, la fiche de patiente, les instructions par courriel et la vidéo explicative), 91% à 95% des participantes ont estimé que les supports étaient très utiles ou assez utiles, bien qu'un pourcentage un peu moindre de participantes semblaient avoir privilégié la vidéo aux autres supports.

Parmi les participantes ayant indiqué les résultats des deux tests, 95% avaient obtenu pour le second test un niveau d'hCG inférieur au premier; 5% ont signalé un niveau identique et aucune n'a indiqué un niveau supérieur. Si 86% des participantes dont le niveau d'hCG s'est révélé inférieur au second test ont correctement interprété les résultats comme signifiant qu'elles n'étaient plus enceintes, 6% ont pensé le contraire et 8% n'étaient pas certaines de leur signification. Parmi les rares participantes à avoir obtenu des niveaux stables, 20% ont correctement interprété les résultats comme signifiant qu'elles pouvaient être encore enceintes, 40% ont pensé qu'elles n'étaient plus enceintes et 40% n'étaient pas certaines de leur signification. Sur les sept participantes ayant eu des niveaux stables d'hCG ou des difficultés à lire les résultats d'au moins un test MLPT, quatre (57%) ont contacté safe2choose conformément aux instructions. Sur les trois participantes n'ayant pas contacté safe2choose, toutes ont signalé avoir eu des saignements abondants pendant au moins deux jours, et deux ont constaté l'absence de symptômes de grossesse (non illustré). L'ensemble des 111 répondantes, à l'exception d'une, n'ont pas indiqué avoir rencontré de difficultés à utiliser les tests, et 82% à avoir du mal à interpréter leurs résultats.

Après avoir obtenu les résultats des tests MLPT, un plus grand pourcentage de participantes qui pensaient ne plus être enceintes par rapport à celles qui pensaient l'être encore, ont indiqué être soulagées (77% contre 29%; Tableau 4), et des moindres pourcentages ont signalé avoir ressenti du stress (2% contre 35%) ou de la confusion (14% contre 47%). De même, un plus grand pourcentage de participantes qui pensaient avoir eu un avortement complet qu'un avortement incomplet ont indiqué que les infor-

mations des tests étaient très utiles (92% contre 71%). La grande majorité des participantes des deux groupes ont fait part d'une meilleure satisfaction à l'égard du service de safe2choose (89% et 77%) grâce à l'utilisation des tests MLPT, et qu'elles seraient prêtes à les utiliser à l'avenir (94% et 88%).

### Réponses aux questions ouvertes

Aux questions « Avez-vous d'autres remarques ? » et « Avez-vous des suggestions ? », 50 participantes ont émis 64 remarques et suggestions. Parmi celles-ci, 80% étaient positives, 28% étaient négatives, 9% étaient les deux (aussi bien positives que négatives) et 2% étaient neutres.

Les suggestions et remarques positives comportaient des messages de reconnaissance et de satisfaction, comme cette femme mexicaine de 24 ans qui a écrit : « Je suis très reconnaissante du temps et de l'attention qui m'ont été accordés. Je me suis sentie soutenue tout au long de la procédure ». Les remarques faisaient référence à des aspects spécifiques des soins, comme l'attention, le soutien, une approche dénuée de jugement et la fourniture d'informations. Une jeune mexicaine de 18 ans a écrit « safe2choose est une organisation soucieuse du bien-être des femmes, je suis heureuse que tout se soit bien passé. Je suis tellement reconnaissante envers safe2choose pour m'avoir donné des informations rapidement. Merci de votre sincérité et de votre tolérance et de ne pas avoir porté de jugement sur ma décision ». Les suggestions et remarques négatives étaient le plus souvent associées à un sentiment de confusion concernant la procédure, à des doutes sur la légitimité du service de safe2choose, au manque d'informations, à des délais de réponse, et à des problèmes d'expédition et de paiement.

Seules neuf remarques mentionnaient les tests MLPT, et elles étaient tout aussi positives que négatives. En plus de qualifier le service de « très bon », une participante mexicaine de 23 ans a déclaré « [L]es tests m'ont permis de connaître le résultat du traitement. C'est rassurant de voir les résultats au début et à la fin ». Une autre participante mexicaine, également âgée de 23 ans, a apprécié l'utilisation des tests MLPT en affirmant « J'ai été apaisée et rassurée de savoir que les tests étaient efficaces, mais aussi d'avoir la certitude de ne plus être enceinte ». Cette réponse contraste avec celle d'une Thaïlandaise de 25 ans qui a conseillé à safe2choose de « proposer un test de grossesse moins compliqué. » Enfin, autre participante mexicaine de 27 ans a rédigé un commentaire mitigé, « Toute la procédure était parfaite. Je n'ai eu des doutes que pour le second test. »

### DISCUSSION

L'intégration des tests MLPT au service d'avortement médicamenteux par télémedecine constituait une option souhaitable associée à une satisfaction élevée de la plupart des participantes. Dans notre étude, la première à notre connaissance à ne pas intégrer la présence d'un prestataire de santé pour expliquer les consignes d'utilisation des tests, 91% des participantes ayant utilisé les deux tests l'ont fait aux intervalles de temps appropriés. De plus, une

majorité d'entre elles ont correctement interprété les résultats des tests. Dans les précédentes études portant sur ce type de tests, un prestataire communiquait en personne les consignes d'utilisation et d'interprétation. Notre étude pilote indique que les consignes écrites et vidéo semblent suffire pour garantir une utilisation et une interprétation correctes, ce qui est intéressant car ce type de test est considéré comme plus compliqué à utiliser que les tests urinaires de grossesse de sensibilité élevée.

Au moment de l'enquête de suivi, 18% des participantes ne savaient pas avec certitude si l'avortement était complet. La plupart ont demandé conseil à safe2choose. Ce chiffre est rassurant, car cela signifie que les femmes qui gèrent elles-mêmes le suivi de leur avortement ont la possibilité de demander de l'aide, si nécessaire. Parmi les femmes ayant signalé un niveau d'hCG inférieur lors du second test MLPT, l'incertitude relevée chez 14% (6% qui ont pensé être encore enceinte plus 8% qui n'étaient pas sûres comment interpréter les résultats) pourrait être réduite à l'aide de supports explicatifs simplifiés. Dans notre raisonnement justifiant la proposition de consignes vidéo, notre intention était d'aider les personnes qui apprennent mieux avec des visuelles, mais aussi celles ayant un faible niveau d'instruction. Les futures versions des consignes écrites pourraient être plus graphiques à cette même fin.

L'avortement médicamenteux par mifépristone et misoprostol est si efficace que, dans la plupart des cas, il n'est pas nécessaire d'effectuer un test pour confirmer sa efficacité. Cependant, patientes et prestataires peuvent apprécier d'avoir à disposition des moyens objectifs pour se rassurer. Même les femmes qui pensaient être encore enceintes ou qui se sentaient confuses et nerveuses après avoir lu les résultats du second test, ont trouvé les informations sur les tests MLPT utiles, et la plupart ont indiqué qu'elles seraient prêtes à utiliser les tests à l'avenir. Les résultats des tests étaient l'élément le plus couramment cité dans la perception des femmes de l'issue de leur avortement, bien plus que la présence ou l'absence de symptômes de grossesse.

Beaucoup de pays n'ont pas accès à la mifépristone<sup>26</sup>, et dans ces contextes, les femmes utilisent le protocole médicamenteux moins efficace, le misoprostol seul. Ainsi, l'utilisation des tests MLPT par ces patientes dans leur cadre du suivi de l'avortement médicamenteux pourrait jouer un rôle important pour identifier la nécessité de recourir à des soins supplémentaires. La sensibilité extrêmement élevée des tests MLPT dans l'identification d'une grossesse en cours pourrait s'avérer particulièrement utile pour confirmer qu'un avortement par misoprostol a fonctionné; ces interventions ont des taux de grossesse persistante plus élevés que celles réalisées avec le protocole de mifépristone plus le misoprostol<sup>27</sup>.

### Limitations

L'une des limitations de la présente étude réside dans le fait que les résultats dépendent entièrement de l'auto-déclaration des participantes. Nous n'avons pas vérifié si les

femmes avaient lu correctement les résultats des tests MLPT (sauf lorsqu'elles avaient envoyé des photos au personnel de safe2choose). En outre, nous n'avons ni demandé ni recueilli de confirmation clinique de l'issue de l'avortement. Cependant, les résultats rapportés des tests MLPT en quant aux niveaux d'hCH qui ont baissé et qui ont resté stables, correspondent à ceux relevés dans la littérature scientifique<sup>13</sup>. En outre, ils concordent avec nos attentes concernant le protocole très efficace associant la mifépristone et le misoprostol<sup>14,28</sup>. Le questionnaire de suivi en ligne était un outil assez rudimentaire qui devait être suffisamment court pour encourager un taux de réponse élevé. Par conséquent, il était impossible de porter un regard nuancé sur la façon dont les participantes ont déterminé le résultat de leur avortement, sur les éléments ayant influencé leur décision et sur l'ordre de priorité de ces éléments, par exemple. Par ailleurs, nous ignorons si les résultats des tests MLPT ont encouragé les participantes à recourir ou non à des soins qui auraient pu leur être nécessaires.

Il est probable que la satisfaction à l'égard d'un aspect quelconque soit confondue avec le soulagement de ne plus être enceinte. De plus, les tests ont été fournis gratuitement, ce qui a pu influencer la satisfaction des participantes. Le taux des participantes perdues de vues, 24%, est relativement élevé pour une étude de recherche, mais assez similaire aux taux documentés dans d'autres études sur les prestataires de services d'avortement médicamenteux par télé-médecine, compris entre 17% et 45%<sup>2-5,10,11</sup>. Les participantes qui n'ont pas répondu au questionnaire n'ont probablement pas utilisé ou compris les tests et ont probablement hésité à faire part de leur doute. Enfin, ces résultats ne sont pas généralisables à d'autres contextes car l'admissibilité a été limitée aux anglophones et aux hispanophones. Les participantes étaient originaires de quatre pays principalement et il existe probablement un biais de sélection, dans la mesure où ce sont elles qui décidaient de prendre part à l'étude. Les résultats de la présente étude pilote suggèrent qu'il pourrait s'avérer utile un essai clinique randomisé à plus grande échelle comparant l'utilisation d'un test de grossesse de sensibilité élevée et les tests MLPT dans le cadre d'un service d'avortement par télé-médecine, inclus l'efficacité, l'acceptabilité et la satisfaction de chaque service.

## CONCLUSIONS

Au mois de juillet 2018, safe2choose a cessé d'envoyer des médicaments abortifs par colis postal, mais l'organisation continue d'offrir les services des informations et conseils. Cependant, de nombreux nouveaux prestataires de services d'avortement par télé-médecine, comme *Women Help Women*, *Women on Web* et *Aid Access*, pourraient trouver les résultats de cette étude utiles. Les services d'avortement par télé-médecine sont toujours plus essentiels, en particulier dans le contexte de la pandémie de COVID-19. Il est indispensable, aussi bien pour les patientes que pour les prestataires, de disposer d'une méthode de suivi à domicile permettant d'obtenir des résultats assez rapidement.

Il ressort de notre étude que les tests MLPT peuvent être intégrés avec succès aux services d'avortement médicamenteux à distance. Ainsi, il sera possible d'améliorer l'expérience de l'avortement et, en cas que la femme est toujours enceinte, de faciliter une identification plus rapide du besoin de soins complémentaires.

## RÉFÉRENCES

1. Aiken ARA et al., Demand for self-managed medication abortion through an online telemedicine service in the United States, *American Journal of Public Health*, 2020, 110(1):90-97, <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2019.305369>.
2. Raymond E et al., TelAbortion: evaluation of a direct to patient telemedicine abortion service in the United States, *Contraception*, 2019, 100(3):173-177, <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2019.05.013>.
3. Hyland P, Raymond EG et Chong E, A direct-to-patient telemedicine abortion service in Australia: retrospective analysis of the first 18 months, *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2018, 58(3):335-340, <http://dx.doi.org/10.1111/ajog.12800>.
4. Aiken ARA et al., Self reported outcomes and adverse events after medical abortion through online telemedicine: population based study in the Republic of Ireland and Northern Ireland, *BMJ*, 2017, 357:j2011, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.j2011>.
5. Gomperts R et al., Provision of medical abortion using telemedicine in Brazil, *Contraception*, 2014, 89(2):129-133, <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2013.11.005>.
6. Mohdin A, Relaxation of UK abortion rules welcomed by experts, *Guardian*, 30 mars, 2020, <https://www.theguardian.com/world/2020/mar/30/relaxation-of-uk-abortion-rules-welcomed-by-experts-coronavirus>.
7. Belluck P, Abortion by telemedicine: a growing option as access to clinics wanes, *New York Times*, 28 avril, 2020, <https://www.nytimes.com/2020/04/28/health/telaboration-abortion-telemedicine.html>.
8. Endler M et al., Telemedicine for medical abortion: a systematic review, *BJOG*, 2019, 126(9):1094-1102, <http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.15684>.
9. Gomperts R et al., Regional differences in surgical intervention following medical termination of pregnancy provided by telemedicine, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2012, 91(2):226-231, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0412.2011.01285.x>.
10. Grossman D et al., Effectiveness and acceptability of medical abortion provided through telemedicine, *Obstetrics & Gynecology*, 2011, 118(2):296-303, <http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0b013e318224d110>.
11. Gomperts RJ et al., Using telemedicine for termination of pregnancy with mifepristone and misoprostol in settings where there is no access to safe services, *BJOG*, 2008, 115(9):1171-1178, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.01787.x>.
12. Raymond EG et al., Commentary: No-test medication abortion: a sample protocol for increasing access during a pandemic and beyond, *Contraception*, 2020, 101(6):361-366, <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2020.04.005>.
13. Raymond EG et al., Serial multilevel urine pregnancy testing to assess medical abortion outcome: a meta-analysis, *Contraception*, 2017, 95(5):442-448, <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2016.12.004>.
14. Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Utilisation des médicaments dans le cadre d'un avortement*, Genève: OMS, 2019, <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/medical-management-abortion/fr/>.
15. Raymond EG et al., First-trimester medical abortion with mifepristone 200 mg and misoprostol: a systematic review, *Contraception*, 2013, 87(1):26-37, <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2012.06.011>.



16. Jackson AV et al., Can women accurately assess the outcome of medical abortion based on symptoms alone? *Contraception*, 2012, 85(2):192–197, <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2011.05.019>.
17. Blum J et al., Randomized trial assessing home use of two pregnancy tests for determining early medical abortion outcomes at 3, 7 and 14 days after mifepristone, *Contraception*, 2016, 94(2):115–121, <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2016.04.001>.
18. Platais I et al., Acceptability and feasibility of phone follow-up with a semiquantitative urine pregnancy test after medical abortion in Moldova and Uzbekistan, *Contraception*, 2015, 91(2):178–183, <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2014.11.004>.
19. Dabash R et al., Self-administered multi-level pregnancy tests in simplified follow-up of medical abortion in Tunisia, *BMC Women's Health*, 2016, 16:49, <http://dx.doi.org/10.1186/s12905-016-0327-1>.
20. Ngoc NTN et al., Acceptability and feasibility of phone follow-up after early medical abortion in Vietnam: a randomized controlled trial, *Obstetrics & Gynecology*, 2014, 123(1):88–95, <http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000000050>.
21. Lynd K et al., Simplified medical abortion using a semi-quantitative pregnancy test for home-based follow-up, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2013, 121(2):144–148, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2012.11.022>.
22. Blum J et al., Can at-home semi-quantitative pregnancy tests serve as a replacement for clinical follow-up of medical abortion? A US study, *Contraception*, 2012, 86(6):757–762, <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2012.06.005>.
23. Dzuba IG et al., A non-inferiority study of outpatient mifepristone-misoprostol medical abortion at 64–70 days and 71–77 days of gestation, *Contraception*, 2020, 101(5):302–308, <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2020.01.009>.
24. Dzuba IG et al., A repeat dose of misoprostol 800 mcg following mifepristone for outpatient medical abortion at 64–70 and 71–77 days of gestation: a retrospective chart review, *Contraception*, 2020, 102(2):104–108, <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2020.05.012>.
25. Hertzog MA, Considerations in determining sample size for pilot studies, *Research in Nursing & Health*, 2008, 31(2):180–191, <http://dx.doi.org/10.1002/nur.20247>.
26. Gynuity Health Projects, *Registering Mifepristone for Indications Other Than First Trimester Abortion: A Landscape Analysis Report*, 2019, <https://www.rhsupplies.org/uploads/txrhscpublications/Registering-mifepristoneforindicationsotherthanfirsttrimesterabortionallandscapeanalysisreport.pdf>.
27. Raymond EG, Harrison MS et Weaver MA, Efficacy of misoprostol alone for first-trimester medical abortion: a systematic review, *Obstetrics & Gynecology*, 2019, 133(1):137–147, <http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000003017>.
28. Chen MJ et Creinin MD, Mifepristone with buccal misoprostol for medical abortion: a systematic review, *Obstetrics & Gynecology*, 2015, 126(1):12–21, <http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000000897>.

## Remerciements

La présente étude a bénéficié d'une subvention de la David and Lucile Packard Foundation. Le bailleur de fonds n'a joué aucun rôle dans la formulation du sujet de l'étude, la conception de l'étude, et la collecte, le stockage ou l'analyse des données. Les auteurs remercient Rodrigo Portugues pour sa contribution à la formulation des questions de l'étude et à la conception de l'étude, et Roxanne Martin pour avoir contribué à la conception des outils de l'étude, ainsi qu'à la coordination et au nettoyage des données.

**Coordonnées de l'auteur:** [echong@gynuity.org](mailto:echong@gynuity.org)