

**L'interruption volontaire de  
grossesse pratiquée à l'aide  
du Mifegymiso<sup>MC</sup>  
(comprimé de mifépristone et comprimés  
de misoprostol)**

Efficacité, innocuité, organisation des soins et considérations  
économiques

Février 2017

Une production de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

*État des connaissances rédigé par*  
**Geneviève Martin**

*Avec la collaboration de*  
**Julien Baril, Cédric Jehanno et Marie-Claude Aubin**

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).

### **Équipe de projet**

#### **Auteure**

Geneviève Martin, Ph. D.

#### **Collaborateurs**

Julien Baril, M.A. (économie)

Cédric Jehanno, B. Sc., MBA

Marie-Claude Aubin, Ph. D.

#### **Direction**

Sylvie Bouchard, B. Pharm., DPH, M. Sc., MBA

#### **Recherche d'information scientifique**

Caroline Dion, M.B.S.I., *bibl. prof.*

#### **Soutien documentaire**

Flavie Jouandon

### **Édition**

#### **Responsable**

Renée Latulippe

#### **Soutien technique**

Hélène St-Hilaire

#### **Révision linguistique**

Josée De Angelis

#### **Traduction**

Mark Wickens

#### **Vérification bibliographique**

Denis Santerre

---

### **Dépôt légal**

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017

Bibliothèque et Archives Canada, 2017

ISSN 1915-3104 INESSS (PDF)

ISBN 978-2-550-77810-3 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2017

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). L'interruption volontaire de grossesse pratiquée à l'aide du Mifegymiso<sup>MC</sup> État des connaissances rédigé par Geneviève Martin. Québec, Qc : INESSS; 2017; 54p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

---

## Accompagnement scientifique

L'accompagnement scientifique est un mécanisme utilisé par l'INESSS pour assurer la qualité de ses travaux. Il consiste à faire réviser la méthodologie et à faire valider le contenu par des personnes qui possèdent un savoir-faire recherché.

Aux fins de l'élaboration du présent état des connaissances, l'accompagnement scientifique a été assuré par :

**D<sup>r</sup> Jocelyn Bérubé**, médecin de famille, clinique de planification des naissances, centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-St-Laurent, secteur Rimouski.

**D<sup>re</sup> Édith Guilbert**, médecin de famille, médecin conseil, Institut national de santé publique du Québec

**D<sup>re</sup> Marie-Soleil Wagner**, obstétricienne-gynécologue, centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, Montréal, membre du Comité d'experts en planning familial de l'Institut national de santé publique du Québec

## Déclaration d'intérêts

Aucun conflit à signaler.

## Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs du présent document ; les conclusions qu'il contient ne reflètent pas forcément les opinions des personnes consultées aux fins de son élaboration.



# TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ .....	I
SUMMARY.....	II
SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....	II
INTRODUCTION.....	1
1 L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE .....	2
1.1 Méthode chirurgicale .....	2
1.2 Méthode médicamenteuse.....	2
1.2.1 Mécanisme d'action des médicaments abortifs .....	3
2 MÉTHODOLOGIE.....	5
2.1 Questions d'évaluation.....	5
2.2 Recherche documentaire et sélection des publications .....	5
3 EFFICACITÉ ET INNOCUITÉ.....	6
3.1 Étude de Nisand et Bettahar, 2015 .....	6
3.2 Étude de Männistö <i>et al.</i> , 2013 .....	6
3.3 Étude de Niinimäki <i>et al.</i> , 2009 .....	7
4 ORGANISATION DES SOINS.....	9
4.1 Les pratiques à l'étranger.....	9
4.2 Données expérientielles.....	9
4.2.1 Profil d'introduction de l'ivg médicamenteuse.....	9
4.2.2 Effet de l'introduction de l'ivg médicamenteuse sur les taux d'ivg et sur l'âge gestationnel auquel les ivg sont pratiquées.....	10
4.2.3 Opinions sur le processus de l'ivg médicamenteuse .....	10
4.3 Intentions futures au Canada .....	12
5 ANALYSE ÉCONOMIQUE .....	35
5.1 Identification de la population à l'étude.....	35
5.2 Parts de marché du Mifegymiso <sup>MC</sup> .....	35
5.3 Coût des interventions .....	36
CONCLUSIONS.....	38
ANNEXE A STRATÉGIES DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE.....	39
ANNEXE B ENCADREMENT À L'INTERNATIONAL, AUX ÉTATS-UNIS ET AU CANADA DE L'USAGE DE LA MIFÉPRISTONE ET DU MISOPROSTOL POUR LES IVG AU COURS DU PREMIER TRIMESTRE DE LA GROSSESSE.....	41
RÉFÉRENCES.....	51

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Caractéristiques des méthodes utilisées pour pratiquer les ivg jusqu'à 12-14 semaines de grossesse.....	4
Tableau 2	Risques (%) d'événements obstétricaux indésirables lors de grossesses subséquentes associés aux ivg médicamenteuses et chirurgicales.....	7
Tableau 3	Incidence (%) des événements indésirables associés aux ivg médicamenteuses et chirurgicales pratiquées à un âge gestationnel de 63 jours ou moins. ....	8
Tableau 4	L'ivg médicamenteuse au cours du premier trimestre de la grossesse (Europe). ....	14
Tableau 5	L'ivg médicamenteuse au cours du premier trimestre de la grossesse (États-Unis).....	24
Tableau 6	L'ivg médicamenteuse au cours du premier trimestre de la grossesse (Australie et Nouvelle-Zélande). ....	30
Tableau 7	Nombre des ivg médicamenteuses pour la première année en fonction des parts du marché de Mifegymiso <sup>MC</sup> .....	36
Tableau 8	Coûts des méthodes utilisées pour pratiquer les ivg à un âge gestationnel de 7 semaines ou moins .....	37

# RÉSUMÉ

L'interruption volontaire de grossesse (ivg) peut être chirurgicale ou médicamenteuse. Celle-ci est pratiquée en ayant recours uniquement à des médicaments, le plus souvent la mifépristone et le misoprostol. Il s'agit des deux médicaments abortifs dont est composé le Mifegymiso<sup>MC</sup>, un produit autorisé sur le marché canadien depuis le 29 juillet 2015.

Le présent état des connaissances fait état des résultats de la revue de la littérature et de l'analyse économique qui ont été faites sur la mifépristone et le misoprostol utilisés pour les ivg au premier trimestre. Les conclusions suivantes ont pu être tirées :

- L'usage de ces produits est répandu dans plusieurs pays **depuis de nombreuses années**, voire des décennies. Ces produits figurent d'ailleurs sur la Liste modèle de médicaments essentiels de l'OMS;
- En Europe et aux États-Unis, **l'introduction complète de ces produits s'est faite graduellement** et n'a pas fait augmenter de manière notable le taux global des ivg dans les endroits où l'ivg chirurgicale était déjà disponible;
- En Angleterre et au Pays de Galles, avoir recours à ces produits a vraisemblablement contribué à **augmenter la proportion globale des ivg pratiquées à un âge gestationnel de moins de 10 semaines**;
- L'ivg médicamenteuse pratiquée avec ces produits et l'ivg chirurgicale ont des caractéristiques qui leur sont propres (durée, effets indésirables, etc.) et qui peuvent représenter des **avantages** ou des **inconvénients**, dépendamment des femmes;
- Des études menées sur des populations nombreuses (plus d'un milliard de femmes) et la surveillance étroite du traitement **prouvent l'efficacité et l'innocuité** de ces produits;
- La **pratique des ivg à l'aide de ces produits diffère parmi les pays**, allant de l'âge gestationnel au moment de l'ivg au suivi qui est effectué ou non avec une échographie;
- **L'étendue du remboursement et les autres considérations économiques** entourant les ivg faites avec ces produits **varient d'un pays à l'autre**, voire au sein d'un même pays, y compris la distribution du médicament par un professionnel de la santé clairement désigné;
- Les diverses méthodes utilisées pour pratiquer les ivg à un âge gestationnel de 7 semaines ou moins engendrent **différents coûts, dont certains ne sont pas encore connus dans le contexte québécois**. À l'heure actuelle, il est donc impossible de statuer sur les coûts différentiels qui découleraient de l'introduction du Mifegymiso<sup>MC</sup> au Québec.

En résumé, le Mifegymiso<sup>MC</sup> est un nouveau produit pharmaceutique au Canada, mais ses composantes (la mifépristone et le misoprostol) font partie de la pharmacopée couramment utilisée à l'étranger pour les ivg. Bien que les modalités de l'organisation des services entourant l'usage de ce produit au Québec restent à déterminer, ainsi que les effets sur l'accès à l'avortement, l'ivg médicamenteuse ainsi pratiquée représenterait vraisemblablement une alternative à l'ivg chirurgicale, comme c'est le cas ailleurs.

## SUMMARY

### Voluntary termination of pregnancy with Mifegymiso™ (mifepristone tablet and misoprostol tablets)

Voluntary termination of pregnancy (VTP) can be accomplished surgically or medically. In the latter case, only drugs are used, usually mifepristone and misoprostol. These are the two abortifacient drugs that constitute Mifegymiso™, which was granted Canadian marketing authorization on July 29, 2015.

This state of knowledge presents the results of the literature review and the economic analysis of the use of mifepristone and misoprostol for first-trimester VTPs. Our conclusions are as follows:

- These drugs have been widely used in several countries **for many years** or even for decades. Moreover, they appear in the WHO Model List of Essential Medicines;
- In Europe and the United States, the **full introduction of these two drugs has been accomplished gradually** and has not considerably increased the overall VTP rate in areas where surgical VTP was already available;
- In England and Wales, the use of these drugs has probably contributed to **increasing the overall proportion of VTPs performed at a gestational age of <10 weeks**;
- Medical VTPs performed with these two drugs and surgical VTPs have their own specific characteristics (length, adverse effects, etc.), which can constitute **advantages** or **disadvantages**, depending on the woman.
- The **efficacy and safety of these drugs have been demonstrated** by large (with >1000 women) studies and close monitoring of the treatment;
- VTPs with these two drugs are performed differently from country to country with regard, among other things, to the gestational age at the time of the VTP and to the follow-up, which may or may not be done with ultrasound;
- The **extent of the coverage and the other economic considerations** concerning VTPs performed with these drugs vary from country to country and even within a given country, as does the dispensing of the drugs by a clearly designated health professional;
- The various methods used to perform VTPs at a gestational age of  $\leq 7$  weeks entail **different costs, some of which are still not known in the Québec context**. Therefore, we cannot, at this time, comment on the incremental costs that would result from introducing Mifegymiso™ in Québec.

In summary, Mifegymiso™ is a new pharmaceutical in Canada, but its components, mifepristone and misoprostol, are in the pharmacopeia commonly used in other countries for VTPs. Despite the fact that the manner in which the services concerning the use of this product in Québec will be organized and the impact on access to abortion have not yet been determined, medical VTP performed with Mifegymiso™ will likely be an alternative to surgical VTP, as is the case elsewhere.

## SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AINS	anti-inflammatoire non stéroïdien
ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists
CLSC	Centre local de services communautaires
CMQ	Collège des médecins du Québec
DoH	Department of Health (Royaume-Uni)
hCG	gonadotrophine chorionique humaine
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
Ivg	interruption volontaire de grossesse
ITS	infection transmissible sexuellement
NHS	National Health Service (Royaume-Uni)
NIHW	National Institute for Health and Welfare (Finlande)
OMS	Organisation mondiale de la Santé
RCOG	Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (Grande-Bretagne)
SOGC	Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
WHO	World Health Organization



---

# INTRODUCTION

---

Depuis de nombreuses années, une alternative à l'interruption volontaire de grossesse (ivg) chirurgicale est disponible, et ce, dans plus de soixante pays. Il s'agit de l'ivg médicamenteuse pratiquée à l'aide de la mifépristone, un antiprogestatif. Ce médicament abortif est approuvé notamment en France (depuis 1988), au Royaume-Uni (1991), en Suède (1992), aux États-Unis (2000), en Nouvelle-Zélande (2001) et en Australie (2012)<sup>1</sup>. La prise de mifépristone est suivie de l'administration d'un analogue de prostaglandine, généralement le misoprostol [Grimes et Creinin, 2004].

Au Canada, le produit Mifegymiso<sup>MC</sup> composé d'un comprimé de mifépristone (200 mg) à prendre oralement et de quatre comprimés de misoprostol (200 µg) à prendre par voie buccale a été autorisé le 29 juillet 2015<sup>2</sup>. C'est dans ce contexte que le ministre de la Santé et des Services sociaux a interpellé l'INESSS afin d'offrir un éclairage au regard de son utilisation.

Ainsi, la présente publication est un état des connaissances sur l'usage de la mifépristone et du misoprostol dans les interruptions de grossesses intra-utérines au premier trimestre. La preuve de l'efficacité et de l'innocuité de ces produits n'étant plus à faire, l'accent a été mis sur l'organisation des soins et sur les considérations économiques entourant l'usage de cette combinaison thérapeutique abortive à l'étranger.

---

<sup>1</sup> Gynuity Health Projects. Mifepristone approvals. 2015. Disponible à : [http://gynuity.org/downloads/biblio\\_ref\\_lst\\_\\_mife.pdf](http://gynuity.org/downloads/biblio_ref_lst__mife.pdf).

<sup>2</sup> Santé Canada. Sommaire de décision réglementaire : MIFEGYMISO [site Web]. 2016. Disponible à : [http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodpharma/rds-sdr/drug-med/rds\\_sdr\\_mifegymiso\\_160063-fra.php](http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodpharma/rds-sdr/drug-med/rds_sdr_mifegymiso_160063-fra.php).

---

# 1 L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

---

L'interruption volontaire de grossesse (ivg) est un avortement provoqué. Cette intervention peut se faire à l'aide d'une chirurgie ou en utilisant uniquement des médicaments. On parle alors d'une ivg médicamenteuse (ou d'une ivg pharmacologique ou d'une ivg médicale ou, encore plus couramment, d'un avortement médical). Elle ne doit pas être confondue avec l'utilisation du misoprostol pour la prise en charge d'une grossesse non évolutive ou avec la contraception d'urgence (aussi nommée pilule du lendemain et dont le but est plutôt de prévenir la grossesse). Les avantages et inconvénients des ivg chirurgicales et médicamenteuses pratiquées jusqu'à 12-14 semaines de grossesse sont résumés dans le tableau 1.

Quelle que soit la méthode employée pour pratiquer l'ivg, l'intervention doit être précédée d'une évaluation de la patiente. Dans ses lignes directrices sur les ivg, le Collège des médecins du Québec (CMQ) [2012] énonce que cette évaluation doit notamment inclure une histoire médicale complète et un examen physique. L'âge gestationnel doit être déterminé avec précision et le recours à l'évaluation clinique (date des dernières menstruations et volume de l'utérus) à cette fin pourrait être suffisant au premier trimestre mais, toujours selon ces lignes directrices, l'échographie est nécessaire afin d'augmenter la sécurité des patientes. De plus, le CMQ énonce que parmi les analyses de biologie médicale qui doivent être faites, figurent un test de grossesse (ou la confirmation de la grossesse par échographie) ainsi que les tests permettant de vérifier le facteur Rhésus (Rh) et ceux qui servent à dépister la chlamydia et la gonorrhée.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) énonce que lorsque les ivg sont pratiquées de manière sécuritaire, les complications qui pourraient représenter une menace pour la vie sont rares. Il peut s'agir, par exemple, d'une hémorragie qui survient parce que les produits de conception ne sont pas expulsés ou retirés (avortement incomplet) [WHO, 2014].

## 1.1 Méthode chirurgicale

L'ivg chirurgicale est la plupart du temps pratiquée par aspiration, dilatation et curetage<sup>3</sup>. Au Québec, l'interruption d'une grossesse de moins de 14 semaines se fait généralement sous anesthésie locale et une sédation-analgésie est offerte. Pour toute ivg chirurgicale, l'équipement de réanimation doit être disponible ainsi que l'équipement et le programme d'assurance-qualité qui sont nécessaires à la stérilisation des instruments chirurgicaux. Les ivg sont effectuées dans des centres hospitaliers ou en milieu extrahospitalier, par exemple dans des centres locaux de services communautaires (CLSC) ou des cliniques médicales [CMQ, 2012].

## 1.2 Méthode médicamenteuse

L'ivg médicamenteuse s'effectue par la prise de médicaments abortifs. Le régime le plus souvent utilisé à travers le monde inclut la mifépristone qui est alors suivie d'un analogue de prostaglandine, habituellement le misoprostol [Grimes et Creinin, 2004]. La combinaison

---

<sup>3</sup> Communication électronique personnelle avec la D<sup>re</sup> Édith Guilbert le 8 février 2017.

mifépristone et misoprostol figure d'ailleurs sur la Liste modèle de médicaments essentiels de l'OMS<sup>4</sup>.

L'usage séquentiel du méthotrexate et du misoprostol ou l'usage du misoprostol seul sont également possibles [Grimes et Creinin, 2004]. Au Québec, depuis 1998, cette combinaison est utilisée (hors indication) en raison de l'absence de la mifépristone sur le marché canadien<sup>5</sup>.

Les femmes qui vivent une ivg médicamenteuse font l'expérience d'un arrêt de grossesse qui est similaire à une fausse couche. C'est pourquoi certains auteurs sont d'avis que les femmes qui veulent garder au minimum leur participation dans l'intervention à proprement parler ne représentent pas de bonnes candidates pour l'ivg médicamenteuse [Bryant *et al.*, 2014].

### 1.2.1 Mécanisme d'action des médicaments abortifs

La mifépristone se lie au récepteur de la progestérone avec une affinité cinq fois plus grande que la progestérone, empêchant ainsi la progestérone endogène d'exercer son rôle primordial dans la poursuite de la grossesse. Le traitement avec la mifépristone entraîne des contractions utérines régulières et augmente la sensibilité aux prostaglandines, comme le misoprostol, qui stimulent aussi la contractilité utérine. De plus, le blocage du récepteur de la progestérone provoque des dommages vasculaires, de la nécrose et des saignements [Bygdeman et Danielsson, 2002]. Les saignements peuvent se produire très vite après la prise de la mifépristone et du misoprostol (dans 60 % des cas, l'avortement se produit dans les 4 heures après la prise du misoprostol, dans 40 % des cas l'avortement se produit dans les 24 à 72 heures) et les saignements durent généralement une dizaine de jours<sup>6</sup>. L'usage de la mifépristone et du misoprostol ne permet pas d'interrompre une grossesse ectopique.

Le méthotrexate interfère plutôt avec la croissance des cellules qui se divisent rapidement et agit donc sur le cytotrophoblaste [Brucker et King, 2017]. Il peut s'écouler quelques jours ou semaines avant que la destruction des cellules trophoblastiques, la mort de l'embryon et le déclin des taux de gonadotrophine chorionique humaine (hCG) et de progestérone placentaire ne surviennent [Bygdeman et Danielsson, 2002].

---

<sup>4</sup> Plus précisément, la Liste modèle [WHO, 2015] est composée de la liste principale et de la liste complémentaire. C'est sur cette dernière que figure la combinaison mifépristone et misoprostol et il y est mentionné que ces deux médicaments requièrent une supervision médicale étroite.

<sup>5</sup> Communication électronique personnelle avec la D<sup>re</sup> Édith Guilbert le 8 février 2017.

<sup>6</sup> Ministère des Affaires sociales et de la Santé (France). IVG médicamenteuse [site Web]. Disponible à : <http://www.ivg.social-sante.gouv.fr/ivg-medicamenteuse.html>.

**Tableau 1 Caractéristiques des méthodes utilisées pour pratiquer les ivg jusqu'à 12-14 semaines de grossesse.**

IVG MÉDICAMENTEUSE	IVG CHIRURGICALE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évite une chirurgie;</li> <li>• Ressemble à une fausse couche;</li> <li>• Le moment où l'ivg est initiée est contrôlé par la femme et l'ivg peut avoir lieu au domicile (<math>\leq 9</math> semaines de grossesse);</li> <li>• Est imprévisible et dure entre quelques heures et quelques jours;</li> <li>• Provoque des saignements et des crampes et possiblement quelques autres effets indésirables comme des vomissements;</li> <li>• Peut nécessiter plus de visites en clinique que l'ivg chirurgicale.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dure quelques minutes;</li> <li>• L'évaluation des produits de conception aspirés permet de vérifier facilement si l'ivg est complète;</li> <li>• Est pratiquée en établissement de santé;</li> <li>• Un dispositif de contraception peut être placé dans l'utérus immédiatement après l'intervention;</li> <li>• Nécessite l'insertion d'instruments médicaux dans l'utérus;</li> <li>• Est associée à un faible risque de lésions<sup>7</sup>;</li> <li>• Le moment de l'ivg est contrôlé par l'établissement de santé et le prestataire de soins de santé.</li> </ul>
<p>PEUT ÊTRE PRÉFÉRÉE DANS LES SITUATIONS SUIVANTES :</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La femme est atteinte d'obésité sévère;</li> <li>• Présence d'une malformation de l'utérus ou d'un fibrome; antécédent de chirurgie du col de l'utérus;</li> <li>• La femme veut éviter la chirurgie;</li> <li>• Un examen pelvien n'est pas faisable ou n'est pas souhaité.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Présence d'une contre-indication à l'ivg médicamenteuse;</li> <li>• Présence d'une contrainte de temps pour le moment de l'intervention.</li> </ul>

Adapté de WHO, 2014.

<sup>7</sup> Plus précisément, il s'agit de perforations de l'utérus ou de lacérations du col de l'utérus (communication électronique personnelle avec la D<sup>re</sup> Marie-Soleil Wagner le 11 février 2017).

---

## 2 MÉTHODOLOGIE

---

Le présent état des connaissances est une synthèse des résultats de la revue de la littérature et de l'analyse économique qui ont été faites sur les produits dont est composé le Mifegymiso<sup>MC</sup> (la mifépristone et le misoprostol) et qui sont utilisés pour les interruptions de grossesses intra-utérines au premier trimestre.

Certes, une recension de données a été faite sur l'efficacité et sur l'innocuité de ces produits dans ce contexte, toutefois pour les raisons mentionnées dans la section 2.2, ces paramètres n'ont pas fait l'objet d'une évaluation exhaustive de notre part. La littérature qui porte sur les pratiques à l'étranger et sur les données expérientielles qui ont trait à l'organisation des soins a davantage été scrutée.

L'état des connaissances ne porte ni sur les cas de grossesses ectopiques (car il s'agit d'une contre-indication absolue du Mifegymiso<sup>MC</sup>), ni sur les cas où l'âge gestationnel est supérieur à 70 jours, ni sur la satisfaction des utilisatrices.

### 2.1 Questions d'évaluation

- Quelles sont les données d'efficacité et d'innocuité du Mifegymiso<sup>MC</sup> en comparaison à l'interruption volontaire de grossesse (ivg) chirurgicale ou à l'ivg médicamenteuse pratiquée avec un autre produit pharmaceutique ?
- Quels sont les effets de l'utilisation du Mifegymiso<sup>MC</sup> sur l'organisation des soins en comparaison à l'ivg chirurgicale ou à l'ivg médicamenteuse pratiquée avec un autre produit pharmaceutique ?
- Quelles sont les données économiques de l'utilisation du Mifegymiso<sup>MC</sup> en comparaison à l'ivg chirurgicale ?

### 2.2 Recherche documentaire et sélection des publications

Les stratégies qui ont servi à la recherche documentaire figurent à l'annexe A. Elles ont été élaborées en collaboration avec une spécialiste en information scientifique et ont été utilisées dans les bases de données MEDLINE, CINAHL et EBM Reviews. De plus, de nombreux sites Web ont été mis à profit. Par exemple, des énoncés de positions ou des lignes directrices (de l'Organisation mondiale de la Santé, de l'American College of Obstetricians and Gynecologists, du Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, du Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists, de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, etc.) et des renseignements provenant des ministères de la santé (aux États-Unis, au Royaume-Uni, en France, etc.) ont été trouvés de cette manière.

La mifépristone et le misoprostol étant utilisés dans plusieurs pays depuis de nombreuses années, la sélection des publications sur l'efficacité et l'innocuité de ces médicaments a été orientée vers les études récentes qui ont été menées sur des milliers de femmes traitées dans des systèmes de santé publics ou publics et privés (plutôt qu'uniquement dans le secteur privé).

---

## 3 EFFICACITÉ ET INNOCUITÉ

---

La comparaison de l'efficacité et de l'innocuité des interruptions volontaires de grossesse (ivg) médicamenteuses à celles des ivg chirurgicales est limitée par le faible nombre d'études randomisées et par le fait que les définitions des paramètres qui sont évalués varient d'une étude à l'autre. À titre d'exemple, les hémorragies peuvent être définies comme étant tantôt des pertes sanguines plus grandes que les menstruations habituelles, tantôt des pertes qui dépassent un seuil déterminé. Dans le même ordre d'idées, une infection peut être définie par la présence de fièvre ou par la nécessité d'une hospitalisation [Bygdeman et Danielsson, 2002].

Malgré tout, la mifépristone est utilisée depuis de nombreuses années et dans plusieurs pays. De plus, la surveillance étroite du traitement avec la mifépristone permet de confirmer son innocuité très élevée [Fiala et Gemzell-Danielsson, 2006].

Les études suivantes qui ont été menées sur des milliers de femmes traitées avec la mifépristone en combinaison avec le misoprostol peuvent, à leur tour, apporter un certain éclairage sur l'efficacité et l'innocuité des ivg pratiquées avec ces médicaments.

### 3.1 Étude de Nisand et Bettahar, 2015

Il s'agit d'une étude observationnelle prospective multicentrique qui visait à décrire l'efficacité et l'innocuité de l'ivg médicamenteuse dans des conditions réelles en France, tant dans le secteur public que privé. Elle a été menée en 2011 et 2012 auprès de 1 421 femmes qui avaient moins de 14 semaines d'aménorrhée.

Les résultats montrent une efficacité élevée de l'ivg médicamenteuse, peu importe le schéma posologique utilisé, avec un **taux de succès de 94,4 %** [intervalle de confiance à 95 % ; de 93,1 % à 95,6 %] **sans avoir eu recours à une chirurgie**.

Les **effets indésirables** les plus fréquemment rapportés ont été des saignements (98,2 %), des douleurs abdominales (82,2 %), des nausées (63,1 %), des maux de tête (38,1 %), des vomissements (36,5 %) et des irruptions cutanées (17,9 %). Les **effets indésirables graves**, comme une endométrite, ont été rares (1,6 %).

### 3.2 Étude de Männistö *et al.*, 2013

À l'aide de registres nationaux en Finlande, les auteurs ont comparé les effets des ivg médicamenteuses et des ivg chirurgicales sur les grossesses subséquentes de femmes qui en étaient à leur première grossesse. L'étude s'est échelonnée de 2000 à 2009 et a porté sur 8 294 femmes dont l'âge gestationnel était de 12 semaines ou moins.

En ce qui concerne chacun des **événements obstétricaux indésirables** étudiés, aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre les deux groupes (tableau 2). Ces résultats suggèrent qu'une ivg médicamenteuse pratiquée chez une femme primigravide présente un risque obstétrical similaire à celui d'une ivg chirurgicale.

**Tableau 2 Risques (%) d'événements obstétricaux indésirables lors de grossesses subséquentes associés aux ivg médicamenteuses et chirurgicales.**

	IVG MÉDICAMENTEUSE	IVG CHIRURGICALE	<i>p</i>
PRÉMATURITÉ	(n = 3 429) 4,0	(n = 4 825) 4,9	0,062
COMPLICATIONS PLACENTAIRES	(n = 3 441) 2,6	(n = 4 853) 2,8	0,747
FAIBLE POIDS À LA NAISSANCE (< 2 500 g)	(n = 3 435) 3,4	(n = 4 844) 4,0	0,138
PETIT POIDS À LA NAISSANCE POUR L'ÂGE GESTATIONNEL	(n = 3 425) 2,6	(n = 4 820) 2,9	0,436

N : population étudiée ; p : signification statistique.

Adapté de Männistö *et al.*, 2013.

### 3.3 Étude de Niinimäki *et al.*, 2009

Toutes les femmes qui ont subi une ivg en Finlande entre 2000 et 2006 à un âge gestationnel de 63 jours ou moins (n = 42 619) ont été incluses dans cette étude de cohorte. Celle-ci est basée sur des registres nationaux qui sont tenus dans ce pays. Les femmes ont été suivies jusqu'à 42 jours après l'intervention afin de comparer l'incidence des **événements indésirables (y compris l'incidence des avortements incomplets)** liés à une ivg médicamenteuse comparativement à une ivg chirurgicale.

Les résultats montrent que les deux types d'ivg sont généralement sécuritaires. Comme le montre le tableau 3, l'incidence des deux événements indésirables les plus communs (hémorragie et avortement incomplet) était plus élevée parmi les femmes ayant eu une ivg médicamenteuse. Par contre, les lésions qui ont nécessité une chirurgie après l'ivg (comme les perforations utérines et les lacérations du col de l'utérus) ont été plus fréquentes chez les femmes qui ont eu une ivg chirurgicale. L'incidence des évacuations ou ré-évacuations par chirurgie après l'ivg était significativement plus élevée avec les ivg médicamenteuses ( $p < 0,001$ ). Aucune différence statistiquement significative n'a été observée dans l'incidence des infections, des maladies thromboemboliques, de la morbidité psychiatrique et des décès entre les deux groupes (tableau 3).

Cette étude a également permis d'évaluer l'incidence des hémorragies, des avortements incomplets et des infections en fonction de l'âge gestationnel. Il en ressort que parmi les femmes qui ont eu recours à une ivg médicamenteuse, l'incidence des hémorragies a diminué significativement avec l'augmentation de l'âge gestationnel ( $p < 0,001$ ); parmi celles qui ont eu une ivg chirurgicale, l'incidence a augmenté mais de façon non significative ( $p = 0,21$ ). Dans les deux groupes de femmes, l'incidence des infections et des avortements incomplets a augmenté significativement avec l'âge gestationnel ( $p < 0,001$  pour les ivg médicamenteuses;  $p < 0,05$  pour les ivg chirurgicales).

**Tableau 3 Incidence (%) des événements indésirables associés aux ivg médicamenteuses et chirurgicales pratiquées à un âge gestationnel de 63 jours ou moins.**

	<b>IVG MÉDICAMENTEUSE</b> (n = 22 368)	<b>IVG CHIRURGICALE</b> (n = 20 251)	<b>P</b>
<b>HÉMORRAGIE</b>	15,6	2,1	< 0,001
<b>AVORTEMENT INCOMPLET</b>	6,7	1,6	< 0,001
<b>(RÉ)ÉVACUATION PAR CHIRURGIE</b>	5,9	1,8	< 0,001
<b>INFECTION</b>	1,7	1,7	0,85
<b>LÉSION NÉCESSITANT UNE CHIRURGIE</b>	0,03	0,60	< 0,001
<b>MALADIE THROMBOEMBOLIQUE</b>	0,08	0,08	0,90
<b>MORBIDITÉ PSYCHIATRIQUE</b>	0,009	0,005	0,62
<b>DÉCÈS</b>	0,009	0,020	0,35

N : population étudiée ; p : signification statistique.

Adapté de Niinimäki *et al.*, 2009.

---

## 4 ORGANISATION DES SOINS

---

### 4.1 Les pratiques à l'étranger

Une recherche d'information a été menée afin de faire connaître les pratiques dans des pays dotés d'un système de santé comparable à celui du Québec et le présent chapitre fait état des renseignements ainsi trouvés. Le tableau 4 résume la situation dans plusieurs pays européens et les deux autres tableaux présentent la réalité aux États-Unis (tableau 5) ainsi qu'en Australie et en Nouvelle-Zélande (tableau 6).

Comme le montrent ces tableaux, la mifépristone et le misoprostol ne sont pas dispensés de la même manière dans tous les pays. De nombreux éléments de l'organisation des soins varient comme l'âge gestationnel auquel l'interruption volontaire de grossesse (ivg) médicamenteuse est pratiquée, l'obligation de prendre les médicaments abortifs devant un médecin et le recours à l'échographie ou à d'autres tests. De plus, les considérations économiques comme l'étendue du remboursement de l'ivg médicamenteuse peuvent différer.

Aux États-Unis, plus précisément, plusieurs assureurs couvrent la mifépristone et le misoprostol dans le but de terminer rapidement une grossesse (si certains critères sont satisfaits). Parmi ces assureurs figurent Aetna<sup>8</sup>, Harvard Pilgrim Health Care<sup>9</sup> et United HealthCare Services<sup>10</sup>. Enfin, les médicaments en question font l'objet de programmes conjoints de remboursement entre le gouvernement fédéral et l'État de la Californie<sup>11</sup> et entre le gouvernement fédéral et l'État du Montana<sup>12</sup>.

### 4.2 Données expérientielles

Des conclusions ont été tirées de l'utilisation, à l'étranger, de la mifépristone et du misoprostol. L'information publiée dans la littérature est résumée dans la présente section.

#### 4.2.1 Profil d'introduction de l'ivg médicamenteuse

Aux États-Unis, l'implantation de l'ivg médicamenteuse dans la pratique s'est produite de façon similaire à ce qui a été observé dans plusieurs pays d'Europe : l'usage de la mifépristone a augmenté au cours des années et au fur et à mesure que les systèmes de santé se sont adaptés aux réglementations et aux protocoles. C'est dire qu'une décennie peut s'écouler avant que la mifépristone ne soit complètement reconnue et intégrée comme un moyen de pratiquer les ivg [Jones et Henshaw, 2002]. Le tableau 4 présente les cas de figure du Danemark, de la Finlande, de l'Islande, de la Norvège, de l'Angleterre et du Pays de Galles ainsi que de l'Écosse.

---

<sup>8</sup> Aetna Inc. Mifepristone (RU 486) [site Web]. Disponible à : [http://www.aetna.com/cpb/medical/data/400\\_499/0465.html](http://www.aetna.com/cpb/medical/data/400_499/0465.html).

<sup>9</sup> Harvard Pilgrim Health Care Inc. Payment policies. Mifepristone (RU486). Disponible à : [https://www.harvardpilgrim.org/portal/page?\\_pageid=253,53700&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL](https://www.harvardpilgrim.org/portal/page?_pageid=253,53700&_dad=portal&_schema=PORTAL).

<sup>10</sup> United HealthCare Services Inc. Mifeprex® (mifepristone, RU-486). Disponible à : [https://www.unitedhealthcareonline.com/ccmcontent/ProviderII/UHC/en-US/Assets/ProviderStaticFiles/ProviderStaticFilesPdf/Tools%20and%20Resources/Policies%20and%20Protocols/Medical%20Policies/Drug%20Policies/Mifeprex\\_mifepristone\\_policy.pdf](https://www.unitedhealthcareonline.com/ccmcontent/ProviderII/UHC/en-US/Assets/ProviderStaticFiles/ProviderStaticFilesPdf/Tools%20and%20Resources/Policies%20and%20Protocols/Medical%20Policies/Drug%20Policies/Mifeprex_mifepristone_policy.pdf).

<sup>11</sup> Harvard T.H. Chan School of Public Health. California Health and Safety Code. Disponible à : <https://www.hsph.harvard.edu/population/abortion/US.abortionlaws/CALIFORNIA.htm>.

<sup>12</sup> Harvard T.H. Chan School of Public Health. Montana Code Annotated. Disponible à : <https://www.hsph.harvard.edu/population/abortion/US.abortionlaws/MONTANA1.htm>.

En Australie, la disponibilité de l'ivg médicamenteuse n'est pas connue avec précision en raison, notamment, de l'absence de données nationales sur le sujet. L'introduction de l'ivg médicamenteuse dans ce pays est limitée par certains facteurs comme les lois en vigueur qui limitent le recours à l'ivg et la nécessité, pour les médecins généralistes, de développer un lien avec les pharmacies communautaires qui entreposent la mifépristone et le misoprostol, ce qui représente une difficulté en région éloignée [Baird, 2015].

En résumé, l'historique de l'introduction de l'ivg médicamenteuse, en Europe comme dans la plupart des autres endroits, fait ressortir la façon dont l'accès à une nouvelle technologie de planification des naissances est modulé par les mécanismes de régulation existants, les modalités de remboursement et les politiques qui entourent les droits en matière d'avortement. La technologie seule ne garantit pas un plus grand choix pour les femmes [Bracken et Winikoff, 2005].

#### 4.2.2 Effet de l'introduction de l'ivg médicamenteuse sur les taux d'ivg et sur l'âge gestationnel auquel les ivg sont pratiquées

L'expérience européenne suggère que l'implantation de l'ivg médicamenteuse aux endroits où l'ivg chirurgicale est pratiquée ne provoque pas d'augmentation notable du taux d'ivg. Si par contre l'ivg médicamenteuse devient disponible aux endroits qui n'étaient pas desservis jusqu'alors, un plus grand nombre de femmes peuvent avoir la possibilité de mettre un terme à leur grossesse [Jones et Henshaw, 2002].

Entre 2005 et 2015, parmi toutes les ivg pratiquées en Angleterre et au Pays de Galles, la proportion de celles pratiquées à moins de 10 semaines d'âge gestationnel est passée de 67 % à 80 % et cela semble avoir été causé par le recours à l'ivg médicamenteuse tôt en grossesse [DoH, 2016] (voir le tableau 4). L'ivg médicamenteuse peut être pratiquée dès que la grossesse est confirmée. Ainsi, sa disponibilité peut motiver les femmes à obtenir une ivg à un âge gestationnel moindre [Jones et Henshaw, 2002].

#### 4.2.3 Opinions sur le processus de l'ivg médicamenteuse

##### 4.2.3.1 Recours à l'échographie

Selon Fiala et ses collaborateurs [2003], il n'est pas adéquat d'utiliser l'échographie à un jeune âge gestationnel, avant que la vésicule vitelline ne soit visible<sup>13</sup>. Dans ce cas, il est plutôt conseillé de mesurer la gonadotrophine chorionique humaine (hCG).

Les résultats de l'échographie utilisée plus particulièrement pour déterminer l'issue d'une ivg médicamenteuse ou le besoin d'avoir recours à une chirurgie peuvent être difficiles à interpréter et donner lieu à des interventions chirurgicales inutiles [Fiala *et al.*, 2003].

Ces auteurs ont montré, par contre, que la mesure de l'hCG est fiable pour établir que la grossesse persiste ou que l'expulsion est incomplète, même en cas de grossesse extra-utérine. En effet, ils ont remarqué qu'il y a une corrélation entre une expulsion réussie et un déclin marqué de la concentration en hCG. Ils ont également observé que l'utilisation, lors du suivi, d'un seuil de réduction de 80 % de la concentration initiale en hCG est associée à une sensibilité élevée. Cela a permis le bon diagnostic pour 98,5 % des femmes qui ont eu une expulsion

---

<sup>13</sup> En effet, l'échographie ne serait pas fiable à ce moment (communication électronique personnelle avec la D<sup>re</sup> Marie-Soleil Wagner le 11 février 2017).

complète. Les auteurs ajoutent que la mesure de l'hCG peut être facilement effectuée dans plusieurs milieux cliniques et qu'elle peut s'avérer plus pratique, pour la femme, qu'une échographie [Fiala *et al.*, 2003].

Dans un article-revue faisant partie d'une série d'activités d'éducation en continu<sup>14</sup>, Bryant et ses collaborateurs [2014] énoncent par ailleurs que :

- Bien que l'échographie soit utilisée de routine aux États-Unis afin d'estimer l'âge gestationnel, cela n'est peut-être pas toujours nécessaire et cela peut engendrer des coûts inutiles. L'ivg médicamenteuse peut être effectuée de façon sécuritaire sans une évaluation échographique préalable.
- Dans plusieurs milieux de pratique aux États-Unis, l'échographie est utilisée lors du suivi après l'ivg médicamenteuse [Wiegerinck *et al.*, 2008], malgré que cela ne soit pas requis. Le fait de dépendre de l'échographie pour confirmer l'issue d'une ivg médicamenteuse restreint le nombre de fournisseurs de soins de santé qui offrent cette intervention [Clark *et al.*, 2007]. La simplification du suivi des ivg médicamenteuses est un élément important de la démarche qui vise à rendre cette intervention plus accessible aux États-Unis. Les modalités les plus prometteuses semblent être la mesure des taux sériques d'hCG, une évaluation téléphonique standardisée et une évaluation clinique elle aussi standardisée et combinée à des tests urinaires de grossesse<sup>15</sup>.

#### 4.2.3.2 Professionnels de soins de santé autres que les médecins

Le Guttmacher Institute, l'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), l'American Public Health Association et l'American Medical Women's Association appuient la mise de l'avant de la formation des infirmières praticiennes, des sages-femmes-infirmières certifiées et des assistants médicaux afin que ces professionnels de la santé fournissent les services d'ivg médicamenteuse [Boonstra, 2013].

L'ACOG [2014] a en effet émis des recommandations en matière de formation et d'éducation sur l'ivg en général, dont :

- inclure l'éducation qui porte sur l'ivg dans le cursus de toutes les écoles médicales;
- étendre la formation au personnel non gynécologue-obstétricien en intégrant l'ivg du premier trimestre dans les programmes de formation des médecins de famille et des cliniciens en pratique avancée<sup>16</sup> (*advanced practice clinicians*) et en s'opposant aux restrictions qui limitent aux médecins la pratique de l'ivg.

#### 4.2.3.3 Télémédecine

La télémédecine peut se résumer à la prestation des soins de santé à distance à l'aide des technologies de l'information et des communications.

Dans un article d'opinion, Raymond et ses collaborateurs [2016] énoncent que l'ivg médicamenteuse est idéale pour être pratiquée via la télémédecine. En effet, l'ivg médicamenteuse avec la mifépristone et le misoprostol ne présente que quelques contre-

---

<sup>14</sup> Il s'agit d'activités d'éducation en continu du département d'obstétrique et de gynécologie de l'Université de Caroline du Nord qui sont destinées aux obstétriciens et gynécologues et aux médecins de famille.

<sup>15</sup> En l'occurrence, des tests urinaires semi-quantitatifs (communication électronique personnelle avec la D<sup>re</sup> Édith Guilbert le 8 février 2017).

<sup>16</sup> Les cliniciens en pratique avancée incluent les infirmières praticiennes (*nurse practitioners*), les assistants des médecins (*physician assistant*) et les sages-femmes-infirmières certifiées (*certified nurse-midwives*).

indications dans les dix premières semaines de grossesse (et elles peuvent toutes être évaluées par d'autres moyens qu'un examen physique), les médicaments sont auto-administrés, l'ivg proprement dite survient à la maison et l'évaluation de l'efficacité se fait par une échographie ou un test de laboratoire (mesure de l'hCG à partir de l'urine ou du sang). Deux exemples de pratique des ivg médicamenteuses via la télémédecine sont décrits dans les lignes suivantes.

En 2008, en Iowa<sup>17</sup>, un centre affilié à un fournisseur de soins en matière d'ivg a initié le premier programme d'ivg médicamenteuse par télémédecine des États-Unis. Selon le protocole suivi, des tests sanguins et une échographie sont faits à la femme dans l'une des cliniques de ce réseau puis les résultats sont envoyés à un médecin qui est dans un site différent. Après avoir analysé les résultats et avoir discuté avec la femme par visioconférence, si le cas est approprié, le médecin autorise la clinique à remettre les médicaments à la femme. Dans sa première année d'activité, ce programme a presque triplé le nombre de sites en Iowa où les services d'ivg sont offerts, passant de 6 à 17. Parmi les 233 femmes alors suivies pour une ivg médicamenteuse, le traitement a été complètement efficace chez 98,7 % d'entre elles. Une femme a eu une transfusion sanguine en salle d'urgence, mais aucun autre effet indésirable n'a été rapporté et le service de télémédecine a grandement satisfait les cliniciens [Grossman *et al.*, 2011]. En fait, ce programme permet aux médecins de procéder aux ivg médicamenteuses aux installations où aucun médecin n'est présent physiquement, et ce, dans le but d'améliorer notamment l'accès à l'ivg à un jeune âge gestationnel. Une étude comparant les résultats deux ans avant et deux ans après l'introduction de ce programme montre que la télémédecine peut améliorer l'accès à l'ivg médicamenteuse, particulièrement pour les femmes qui vivent en région éloignée (à plus de 50 miles d'une clinique offrant l'ivg chirurgicale), et que la télémédecine peut réduire les ivg du second trimestre en favorisant des ivg à un âge gestationnel plus jeune [Grossman *et al.*, 2013].

En Australie, dans certains cas, l'ivg médicamenteuse est offerte au domicile de la femme via une consultation téléphonique et l'envoi postal des médicaments. La femme doit habiter à moins d'une heure d'un établissement de santé et elle ne doit pas résider dans une localité où il est obligatoire que l'ivg médicamenteuse soit pratiquée dans un hôpital (par exemple en Australie-Méridionale ou dans le territoire du Nord). L'échographie et les tests sanguins sont pratiqués près du domicile; un suivi a lieu afin de confirmer que l'ivg est complétée. Les coûts incluent les médicaments, dont les analgésiques et les antibiotiques nécessaires, et sont de 250 \$ (avec une carte Medicare) ou de 600 \$ (sans carte Medicare)<sup>18</sup>.

### 4.3 Intentions futures au Canada

Le College of Physicians and Surgeons of British Columbia et le College of Pharmacists of British Columbia ont récemment exprimé des réserves sur les conditions d'usage du Mifegymiso<sup>MC</sup> émises par Santé Canada, notamment sur la condition selon laquelle le médecin doit fournir, directement à la femme, la première dose du médicament. De fait, la plupart des médecins de la Colombie-Britannique ne sont pas autorisés à vendre et à distribuer les médicaments, ce qui les empêcherait de fournir le Mifegymiso<sup>MC</sup> à leurs patientes, créant ainsi une barrière dans l'accès au traitement.

---

<sup>17</sup> Grossman et ses collaborateurs [2013] précisent que l'Iowa est un État où l'ivg médicamenteuse doit obligatoirement être fournie par un médecin.

<sup>18</sup> Tabbot Foundation. Australia's Medical Termination Provider [site Web]. Disponible à : <http://www.tabbot.com.au/>.

Après avoir échangé sur le sujet avec Santé Canada, il a toutefois été convenu que le Mifegymiso<sup>MC</sup> pourrait être fourni aux patientes selon l'une de ces trois options<sup>19</sup> :

- La patiente peut présenter l'ordonnance au pharmacien de son choix et avoir le médicament livré au bureau du médecin, ce qui est en accord avec la monographie dudit produit;
- La patiente peut présenter l'ordonnance au pharmacien de son choix et prendre le médicament à son domicile selon les directives du médecin, mais sans exigence que l'ingestion se fasse en présence d'un témoin;
- Si, en accord avec la norme du College of Physicians and Surgeons of British Columbia sur la vente et la distribution des médicaments par les médecins, le médecin prescripteur est autorisé à distribuer, alors le médicament peut être vendu et fourni à la patiente, puis ingéré par cette dernière dans le bureau du médecin.

Dans le même ordre d'idées, le Collège des médecins du Québec (CMQ) et l'Ordre des pharmaciens du Québec ont fait savoir, par voie de communiqué<sup>20</sup>, qu'ils sont préoccupés par certaines des exigences précisées dans la monographie officielle du médicament et par Santé Canada, dont celles-ci : l'obligation d'administrer la mifépristone sous surveillance médicale; l'obligation d'une formation et d'un processus de certification pour les professionnels de la santé ayant à prescrire et à distribuer le médicament; l'assurance de la certification du médecin prescripteur lorsqu'un pharmacien reçoit et exécute une ordonnance; la non-responsabilité pour le pharmacien de remettre directement le médicament prescrit et préparé à la patiente (il est plutôt remis au médecin pour administration); les modalités de consentement des patientes.

Le communiqué précise également que :

- les médecins qui veulent prescrire le Mifegymiso<sup>MC</sup> doivent reconnaître l'importance d'une communication efficace entre la patiente, le pharmacien et le médecin;
- actuellement, le médecin prescripteur a la responsabilité de communiquer avec le pharmacien désigné, afin d'établir clairement les procédures entourant la prise du médicament;
- les ordres professionnels s'engagent à informer leurs membres des développements dès que l'organisation des services sera mieux définie.

---

<sup>19</sup> College of Pharmacists of British Columbia. Options for Dispensing Mifegymiso in BC [site Web]. Disponible à : <http://www.bcpharmacists.org/news/options-dispensing-mifegymiso-bc>.

<sup>20</sup> Collège des médecins du Québec (CMQ). Recommandations intérimaires pour le bon usage du Mifegymiso<sup>MD</sup> (« pilule abortive »). 6 février 2017. Disponible à : <http://www.cmq.org/nouvelles-pdf/n-3-2017-02-06-fr-recommandations-interimaires-bon-usage-mifegymiso.pdf?t=1486483964401>.

**Tableau 4 L'ivg médicamenteuse au cours du premier trimestre de la grossesse (Europe).**

Pays	Médicaments abortifs	AG, indications ou contre-indications	Milieu de soins				Suivi	Autre (taux des ivg médicamenteuses, considérations économiques, etc.)	Références
			Médicament (donné par qui, pris où ou pris devant qui ?)	Confirmation grossesse et détermination AG	Échographie et autres tests	Autre information relative au milieu de soins			
Allemagne	Mifé (+ Miso).	Ivg médicamenteuse : permise uniquement jusqu'à la 9 <sup>ème</sup> semaine à la suite du premier jour des dernières menstruations.	79 % des ivg (médicamenteuses ou chirurgicales) ont lieu dans la clinique du médecin et non à l'hôpital.	-	-	Ivg (médicamenteuse ou chirurgicale) : période d'attente obligatoire de 3 jours.	-	<b>Taux des ivg médicamenteuses = 15 %.</b> Ivg (médicamenteuse ou chirurgicale) est sécuritaire et sans complication. Le coût de l'ivg (médicamenteuse ou chirurgicale) est couvert par assurance santé nationale en partie ou en totalité, selon le revenu de la patiente ou selon la raison de l'ivg.	IPPF European Network, 2012
Autriche	Mifé (+ Miso).	-	Ivg (médicamenteuse ou chirurgicale) : doit être pratiquée par un médecin, à l'hôpital ou en clinique, et après une consultation médicale.	-	Ivg (médicamenteuse ou chirurgicale) : vérification du groupe sanguin, vérification du facteur Rh, <b>échographie</b> , test VIH et test hépatite sont requis.	-	-	Ivg (médicamenteuse ou chirurgicale) : couverte par l'assurance santé normale uniquement si pratiquée pour des raisons médicales. Ivg médicamenteuse avec la Mifé n'est pas très commune.	IPPF European Network, 2012
Belgique	Mifé + Miso.	Ivg médicamenteuse : jusqu'à 7 semaines à la suite de la dernière période des menstruations.	Ivg (médicamenteuse ou chirurgicale) : ne peut être pratiquée qu'à l'hôpital ou qu'en clinique et par un médecin. Miso est disponible contre les ulcères et les instructions qui l'accompagnent ne mentionnent pas l'ivg comme indication.	-	-	Le taux d'ivg médicamenteuse relativement faible est dû à la période d'attente obligatoire de 6 jours (donc uniquement les femmes qui sont très tôt dans leur grossesse et promptes à se décider ont le choix entre l'ivg chirurgicale et médicamenteuse). Ivg médicamenteuse est incluse dans la législation sur l'ivg	-	<b>Taux des ivg médicamenteuses = 14 %</b> de toutes les ivg en Belgique. Les frais pour l'ivg médicamenteuse sont identiques à ceux de l'ivg chirurgicale (aspiration). Depuis décembre 2001, remboursement si l'ivg (médicamenteuse ou chirurgicale) est pratiquée dans une clinique privée qui a une entente avec l'INAMI et les femmes qui bénéficient de la sécurité sociale paient une contribution très limitée (4 \$US). Différents scénarios de paiement ou de remboursement selon	IPPF European Network, 2012

						en Belgique. Il n'y a pas de loi séparée sur le sujet. Lorsque Mifé est devenue disponible sur le marché belge, un décret (7 mai 2000) a été émis afin de réguler ses conditions d'utilisation.		l'endroit où l'ivg est pratiquée. La plupart des ivg (médicamenteuses ou chirurgicales) sont faites en clinique privée d'avortement (à but non lucratif).	
Danemark	-	-	-	-	-	-	-	<b>Taux des ivg médicamenteuses</b> = augmentation continue de 2,3 % en 1998 à 63,0 % en 2013.	NIHW, 2015
	-	ivg médicamenteuse : jusqu'à la fin de la 8 <sup>ème</sup> semaine de grossesse.	ivg (médicamenteuse ou chirurgicale) : ne peut être pratiquée que par un médecin et dans certains hôpitaux ou cliniques. Consultation avec le médecin.	-	-	-	-	ivg (médicamenteuse ou chirurgicale) : rien à payer car couverte par le système de santé public, sauf aux Îles Féroé où la patiente doit payer tous les coûts. Jusqu'à la fin de la 8 <sup>ème</sup> semaine de grossesse, la plupart des ivg sont médicamenteuses. De façon plus globale, environ 40 % des ivg sont médicamenteuses.	IPPF European Network, 2012
Finlande	-	-	-	-	-	-	-	<b>Taux des ivg médicamenteuses</b> = augmentation continue de 10,6 % en 2000 à 94,0 % en 2013.	NIHW, 2015
	Mifé + prostaglandine.	-	ivg (médicamenteuse ou chirurgicale) : ne peut être pratiquée que dans un hôpital qui a été approuvé en conséquence par le gouvernement. ivg médicamenteuse : Mifé est prise lors de la 1 <sup>ère</sup> visite en ambulatoire et la prostaglandine est prise le lendemain soit au domicile, soit	-	-	Il n'y a pas de législation qui porte sur l'ivg médicamenteuse.	ivg (médicamenteuse ou chirurgicale) : counseling obligatoire sur la contraception.	En 2010, la plupart des ivg étaient médicamenteuses. <b>Taux des ivg médicamenteuses avant la 12<sup>ème</sup> semaine</b> = 85,5 %; <b>taux des ivg médicamenteuses peu importe l'AG</b> = 78,6 %. L'ivg et la médication sont sans frais (grâce à l'assurance santé nationale) et la patiente ne paie que la visite ambulatoire à l'hôpital (87-148 \$US).	IPPF European Network, 2012

			lors d'une 2 <sup>ème</sup> visite en ambulatoire <sup>21</sup> .						
France	Mifé + prostaglandine (voir la note en bas du tableau).	Ivg médicamenteuse <u>hors établissement de santé</u> : jusqu'à 7 semaines après le début des dernières menstruations si la situation médicale et psychologique le permettent et si la femme peut se rendre en 1 h max à l'établissement de santé en relation avec le médecin ou la sage-femme. Ivg médicamenteuse <u>en établissement de santé</u> : jusqu'à 9 semaines après le début des menstruations.	Ivg médicamenteuse : est pratiquée soit en établissement de santé (hôpital ou clinique), soit en cabinet de ville, en centre de planification ou en centre de santé (hors établissement de santé) <sup>22</sup> . <u>En établissement de santé</u> : Consultation de prise de Mifé devant le médecin, puis consultation de prise de prostaglandine devant le médecin suivie de quelques heures sous surveillance médicale. <u>Hors établissement de santé</u> : Consultation de prise de Mifé devant le médecin ou la sage-femme, puis consultation de prise de prostaglandine devant le médecin ou la sage-femme en consultation ou au domicile de la patiente.	-	Vérifier facteur Rh et donner Ig anti-D si nécessaire.	Ivg (chirurgicale ou médicamenteuse) : deux consultations préalables précèdent les consultations de prise de Mifé et de prostaglandine (info donnée à la patiente à la 1 <sup>ère</sup> consultation et consentement écrit donné lors de la 2 <sup>ème</sup> consultation). Ivg médicamenteuse : des antalgiques sont prescrits lors de la consultation de prise de Mifé ou de prostaglandine.	Ivg (chirurgicale ou médicamenteuse) : consultation de contrôle 14-21 jours après l'avortement (après Mifé si ivg médicamenteuse) afin de vérifier la réussite de l'intervention (par examen physique souvent avec <b>échographie</b> ou mesure de l'hCG) et absence de complication. Vérification de la contraception lors de la consultation de contrôle.	Tous les établissements de santé publics ou privés ne pratiquent pas les ivg médicamenteuses. Certains établissements sont surchargés et les délais peuvent être longs.	Ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2016
	-	-	-	-	-	-	-	Le coût d'une ivg médicamenteuse varie entre 233,24 € et 328,55 €. Le coût d'une ivg chirurgicale varie entre 463,25 € et 664,05 € en fonction de	Service-Public.fr, 2016

<sup>21</sup> Dans le document Abortion – Legislation in Europe, il est écrit que la prostaglandine est prise lors de la première visite en soins ambulatoires et que la mifépristone est prise le lendemain, soit au domicile, soit lors de la deuxième visite en soins ambulatoires [IPPF European Network, 2012]. Une communication électronique personnelle avec Sarah Standaert de l'IPPF European Network en novembre 2016 a permis de confirmer que la mifépristone est bel et bien prise en premier et la prostaglandine en second.

<sup>22</sup> Le cabinet de ville, le centre de planification ou le centre de santé a signé une convention avec un établissement de santé. Ainsi, en cas de nécessité, l'établissement de santé signataire accueille la patiente.

								l'établissement de santé (hôpital ou clinique), du type d'anesthésie (locale ou générale) et de la durée de l'hospitalisation. Depuis le 1 <sup>er</sup> avril 2016, tout le parcours lié à l'ivg (consultations, échographies, analyses, ivg chirurgicale ou médicamenteuse, etc.) est remboursé à 100 % par l'assurance maladie.	
	-	-	-	-	-	-	-	<b>Taux des ivg médicamenteuses</b> = 57 % en France métropolitaine <sup>23</sup> en 2015.	DREES, 2016
Islande	-	-	-	-	-	-	-	<b>Taux des ivg médicamenteuses</b> = 13,6 % (2006); 22,1 % (2007); 54,4 % (2009); 53,2 % (2010); 54,9 % (2011); 57,4 % (2012); 55,0 % (2013).	NIHW, 2015
	-	-	lvg (médicamenteuse ou chirurgicale) : devrait être pratiquée uniquement par un médecin et à l'hôpital. lvg médicamenteuse : pratiquée uniquement à la clinique de gynécologie de l'hôpital universitaire. lvg médicamenteuse : disponible pour toutes les femmes jusqu'à 9 semaines de grossesse.	-	-	-	Counseling sur la contraception est obligatoire après l'ivg (médicamenteuse ou chirurgicale).	Même coût pour l'ivg médicamenteuse ou chirurgicale. Sans frais car couvertes par l'assurance santé nationale; la patiente paie la consultation (examen clinique et tests sanguins = 24 \$US) et non l'ivg. <b>Taux des ivg médicamenteuses</b> = environ 15 %. Le nombre est en augmentation.	IPPF European Network, 2012
Norvège	-	-	-	-	-	-	-	<b>Taux des ivg médicamenteuses</b> = augmentation continue de 13,1 % en 2000 à 82,8 % en 2013.	NIHW, 2015
	-	-	lvg	-	-	-	-	lvg médicamenteuse est	IPPF

<sup>23</sup> C'est-à-dire dans les régions de France métropolitaine comme la Normandie et non dans les départements outre-mer.

				(médicamenteuse ou chirurgicale) : ne peut être pratiquée que par un médecin dans un hôpital public.					largement pratiquée. Ivg (médicamenteuse ou chirurgicale) : rien à payer pour les citoyennes enregistrées et celles qui ont procédé à une demande d'asile.	European Network, 2012
Pays-Bas	-	-		Ivg (médicamenteuse ou chirurgicale) : ne peut être pratiquée que par un médecin dans une clinique autorisée ou dans un hôpital. Un médecin doit déterminer si la femme a pris une décision éclairée.	-	-	Ivg (médicamenteuse ou chirurgicale) : période d'attente obligatoire de 5 jours, sauf exception.	Ivg (médicamenteuse ou chirurgicale) : la clinique ou l'hôpital doit s'assurer que la patiente reçoit l'information sur la contraception.	Ivg médicamenteuse et ivg chirurgicale sont hautement disponibles dans les cliniques. Tous les coûts sont couverts par l'assurance santé nationale.	IPPF European Network, 2012
Royaume-Uni	Tout le territoire du Royaume-Uni	-	Ivg médicamenteuse : jusqu'à après 21 semaines.	-	-	-	-	-	Ivg (médicamenteuse ou chirurgicale) : Rien à payer en principe car est couverte par le service national de santé. Environ 95 % des ivg en Angleterre et au Pays de Galles (données de 2010) et 99 % en Écosse (données de 2007) sont financées par le service national de santé. Les femmes d'Irlande du Nord peuvent se faire avorter en clinique privée en Grande-Bretagne mais doivent payer les coûts.	IPPF European Network, 2012
	Angleterre, Pays de Galles et Écosse	Mifé + Miso (voir la note en bas du tableau). Le schéma posologique du RCOG diffère des schémas énoncés dans les autorisations de mise en marché des médicaments, ce que permet une directive de	Voir la note en bas du tableau pour l'AG.	Ivg (médicamenteuse ou chirurgicale) : tout le traitement (première consultation, puis prise de la Mifé et prise du Miso) doit avoir lieu dans un hôpital du NHS ou dans un établissement agréé.	Ivg (médicamenteuse ou chirurgicale) : la grossesse est confirmée par l'historique clinique et par un test de grossesse fiable avant la première consultation.	Ivg (médicamenteuse ou chirurgicale) : la vérification du facteur Rh est obligatoire et les Ig anti-D doivent être données si nécessaire; le risque de	Ivg (médicamenteuse ou chirurgicale) : une prophylaxie antibiotique doit être offerte; le dépistage C. <i>trachomatis</i> et l'évaluation du risque d'ITS devraient être faits.	Ivg médicamenteuse : les femmes dont l'avortement est complété à domicile doivent bénéficier d'un suivi adéquat afin d'exclure une grossesse qui continue <sup>25</sup> . La décision d'évacuer l'utérus	-	Lignes directrices du RCOG [2011]

<sup>25</sup> Pour la majorité des femmes, il peut être approprié d'être contactée par téléphone au sujet des saignements, des symptômes et du résultat d'un test urinaire de grossesse valable ou d'un dosage sérique de hCG [RCOG, 2011].

		l'EECC.		<p>ivg médicamenteuse : infirmières et sage-femme peuvent délivrer la Mifé et le Miso prescrits par un médecin. Protocole doit permettre, suite à la prise du Miso, si AG de 9 semaines et moins, que la femme quitte l'unité de soins afin que l'ivg se produise à son domicile.</p>		<p>thromboembolie veineuse devrait être évalué; <b>l'échographie</b> préalable de routine n'est pas nécessaire<sup>24</sup>, mais doit être disponible.</p>		<p>après une ivg incomplète devrait être basée sur les signes cliniques et les symptômes et non sur les résultats d'<b>échographie</b>. L'<b>échographie</b> ne doit pas être utilisée de routine pour détecter un avortement incomplet.</p> <p>ivg médicamenteuse : antidouleur (AINS, etc.) devrait être offert de routine; le paracétamol oral n'est pas recommandé; certaines patientes peuvent nécessiter des narcotiques additionnels.</p> <p>ivg chirurgicale ou médicamenteuse : tout moyen de contraception devrait pouvoir être fourni immédiatement après l'ivg.</p> <p>ivg chirurgicale ou médicamenteuse : chaque patiente devrait recevoir l'information verbale et écrite sur les symptômes (et sur une grossesse qui continue);</p>	
--	--	---------	--	---	--	---	--	---	--

<sup>24</sup> Puisque l'ivg médicamenteuse et l'ivg chirurgicale sont maintenant considérées appropriées à tout âge gestationnel qui est accepté pour une ivg, la petite différence qui pourrait exister dans l'estimation de l'âge gestationnel entre l'évaluation clinique et l'échographie n'aurait pas d'effet à savoir quelle méthode d'ivg pourrait être offerte [RCOG, 2011]. Le RCOG est d'avis que l'insistance pour le recours à l'échographie avant l'ivg limite l'offre en Grande-Bretagne.

								recevoir une lettre destinée à un médecin pour dire qu'elle a eu une intervention récente pour avorter; recevoir numéro de ligne téléphonique pour de l'aide 24h/24h et bénéficier d'une consultation de suivi dans les 2 semaines après l'avortement si elle le désire.		
Angleterre et Pays de Galles <sup>26</sup>	Principalement Mifé + prostaglandine.	-	-	-	-	-	-	-	<p>En 2015, 98 % des ivg (médicamenteuses ou chirurgicales) ont été financées par le service national de santé et 2 % ont été pratiquées avec un financement privé.</p> <p>En 2015, 63 % des ivg à un AG inférieur à 9 semaines étaient médicamenteuses, comparé à 34 % en 2005. Le choix de l'ivg médicamenteuse tôt semble avoir contribué à augmenter le pourcentage global des ivg pratiquées à moins de 10 semaines d'AG (67 % en 2005 et 80 % en 2015).</p> <p><b>Taux des ivg médicamenteuses</b> avec Mifé: 4 % (1991); 24 % (2005); 30 % (2006); 34 % (2007); 37 % (2008); 40 % (2009); 43 % (2010); 47 % (2011); 47 % (2012); 48 % (2013); 51 % (2014); 55 % (2015).</p> <p><b>Taux des ivg médicamenteuses</b> (2015) variaient entre 29 % (NHS Brighton &amp; Hove) et 94 % (Merthyr Tydfil).</p>	DoH, 2016

<sup>26</sup> L'information présentée concerne uniquement les soins donnés aux résidents de l'Angleterre et du Pays de Galles et ne porte pas sur toutes les ivg pratiquées en Angleterre et au Pays de Galles.

	Écosse	Principalement antiprogestérone comme Mifé par voie orale, puis 24-72 h après prostaglandine comme Miso par voie vaginale.	Ivg médicamenteuse : jusqu'à 9 semaines.	-	-	-	-	-	-	<b>Taux des ivg médicamenteuses</b> révisé (2014), AG de moins de 9 semaines, toutes les régions d'Écosse = 88,0 %. Les taux régionaux variaient entre 50 % (région Islands) et 99,0 % (région Lothian). <b>Taux des ivg médicamenteuses</b> révisé, tout AG, toutes les régions d'Écosse = augmentation continue de 16,4 % (1992) à 80,3 % (2014).	ISD, 2016
Suède	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>Taux des ivg médicamenteuses</b> = augmentation continue de 4,9 % en 1993 à 77,7 % en 2012.	NIHW, 2015
	-	Ivg médicamenteuses : jusqu'à 63 jours.	Ivg (médicamenteuse ou chirurgicale) : doit être pratiquée par un médecin qualifié et dans un hôpital général ou dans une clinique privée autorisée par le gouvernement.	-	-	-	-	-	-	En 2010, <b>taux des ivg médicamenteuses</b> (avant la fin de la 9 <sup>ème</sup> semaine de grossesse) = 87,5 %. Presque 79 % des ivg (médicamenteuses ou chirurgicales) ont lieu avant la 9 <sup>ème</sup> semaine de grossesse. Coût ivg (médicamenteuse ou chirurgicale) est couvert presque en totalité par l'assurance santé nationale. La patiente ne paie que 37 \$US-54 \$US.	IPPF European Network, 2012
	Mifé + prostaglandine.	Ivg médicamenteuse : jusqu'à 63 jours.	Ivg médicamenteuse : médecins prescrivent la Mifé et la Miso; sages-femmes peuvent administrer la Mifé et le Miso à la patiente.	Ivg (médicamenteuse ou chirurgicale) : <b>échographie</b> utilisée pour la plupart des ivg afin de confirmer l'AG.	Voir la colonne précédente au sujet de l' <b>échographie</b> .	Ivg (médicamenteuse ou chirurgicale) : médecins font le counseling préalable à l'ivg.	Ivg (médicamenteuse ou chirurgicale) : sages-femmes pratiquent habituellement les vérifications après l'avortement.	-	Jones et Henshaw, 2002		
Suisse	Mifé (+ Miso).	Ivg médicamenteuse : habituellement permise jusqu'à 49 jours; jusqu'à 62 jours à certains endroits.	-	-	-	-	-	-	Ivg médicamenteuse : depuis 2000, l'accès à la Mifé est très bon jusqu'à 7 semaines de grossesse. <b>Taux des ivg médicamenteuses</b> : 50 % ou plus. Ivg (médicamenteuse ou chirurgicale) : couvert par l'assurance santé.	IPPF European Network, 2012	

									ivg (médicamenteuse ou chirurgicale) : aucune différence entre les régions rurales et urbaines dans l'accès à l'ivg.
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

AG : âge gestationnel; EECC : European Economic Community Council; hCG : gonadotrophine chorionique humaine; Ig : immunoglobulines; INAMI : Institut national d'assurance maladie-invalidité (Belgique); ITS : infections transmissibles sexuellement; Mifé : mifépristone; Miso : misoprostol; NHS : National Health System; RCOG : Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; VIH : virus de l'immunodéficience humaine.

- : aucune information repérée ou non applicable.

Note : Les conditions à satisfaire pour qu'une ivg soit autorisée dans un pays donné (cas de viol, inquiétudes au sujet de la santé de la mère, nécessité d'obtenir l'approbation de médecins, etc.) ne sont pas présentées dans le tableau.

Protocole à respecter en France [HAS, 2015]:

Âge gestationnel	Schéma posologique	
	Antiprogestérone, suivie 36 à 48 h après...	... d'une prostaglandine
Jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mifépristone 600 mg par voie orale</li> </ul>	misoprostol 400 µg par voie orale ou géméprost 1 mg par voie vaginale
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mifépristone 200 mg par voie orale</li> </ul>	géméprost 1 mg par voie vaginale
8 <sup>ème</sup> et 9 <sup>ème</sup> semaines d'aménorrhée	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mifépristone 600 mg par voie orale ou mifépristone 200 mg par voie orale</li> </ul>	géméprost 1 mg par voie vaginale

Protocole recommandé en Angleterre, au Pays de Galles et en Écosse par le RCOG [2011] :

Âge gestationnel	Schéma posologique	
	Mifépristone, suivie 24 à 48 h après...	... du misoprostol
63 jours ou moins	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mifépristone 200 mg par voie orale</li> </ul>	misoprostol 800 µg par voie vaginale, buccale ou sublinguale. <i>Pour les femmes dont l'âge gestationnel se situe entre 50 et 63 jours, si l'avortement ne s'est pas produit dans les 4 heures suivant la prise du misoprostol, une autre dose de misoprostol de 400 µg par voie vaginale ou orale peut être donnée</i>
49 jours ou moins	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mifépristone 200 mg par voie orale</li> </ul>	misoprostol 400 µg par voie orale
	Mifépristone, suivie 36 à 48 h après...	... du misoprostol
De 9 à 13 semaines	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mifépristone 200 mg par voie orale</li> </ul>	misoprostol 800 µg par voie vaginale, avec un maximum de 4 autres doses de misoprostol de 400 µg par voie vaginale ou orale à des intervalles de 3 heures
De 13 à 24 semaines	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mifépristone 200 mg par voie orale</li> </ul>	misoprostol 800 µg par voie vaginale, avec un maximum de 4 autres doses de misoprostol de 400 µg par voie vaginale ou orale à des intervalles de 3 heures. <i>Si l'avortement ne se produit pas, la mifépristone peut être répétée 3 heures après la dernière dose de misoprostol et le misoprostol peut être recommencé 12 heures après</i>

**Tableau 5 L'ivg médicamenteuse au cours du premier trimestre de la grossesse (États-Unis).**

État concerné	Schémas posologiques (voies, doses, délai)	AG, indications ou contre-indications	Milieu de soins				Suivi	Autre (taux des ivg médicamenteuses, considérations économiques, etc.)	Références
			Médicament (donné par qui, pris où ou pris devant qui ?)	Confirmation grossesse et détermination AG	Échographie et autres tests	Autre information relative au milieu de soins			
Tous les États.	Mifé : 200 mg (par voie orale) + délai de 24-48 h avant Miso : 800 µg (par voie buccale).	AG jusqu'à 70 jours (70 jours ou moins depuis le premier jour des dernières menstruations). Contre-indications : Grossesse ectopique; problèmes avec les glandes surrénales; corticostéroïdes systémiques à long terme; hypersensibilité à Mifé, Miso ou médicaments similaires; trouble de la coagulation ou thérapie avec anticoagulants; porphyrie héréditaire; dispositif intra-utérin en place (il doit être retiré avant de prendre la Mifé).	Miso : prise en un endroit approprié pour la patiente.  Mifé : doit être commandée, prescrite et donnée par ou sous la supervision d'un professionnel de la santé qui prescrit et qui est certifié via le Mifeprex Risk Evaluation and Mitigation Strategy (REMS) Program; le prescripteur doit remplir et faxer au fabricant un formulaire (Prescriber Agreement Form) pour commander la Mifé puis la donner; ne peut être donnée qu'en clinique, bureaux médicaux et hôpitaux; le professionnel de la santé doit obtenir un formulaire (Patient Agreement Form) signé au préalable par la patiente. Le Prescriber Agreement Form contient les lignes directrices que le prescripteur doit suivre (expliquer les risques à la patientes, etc.). La Mifé n'est donc pas disponible dans	-	-	Débuter la <b>contraception</b> dès que l'avortement est complété. <b>Information à la patiente :</b> Professionnels de la santé qui prescrivent Mifé sont contraints, par la FDA, de fournir une copie du guide d'information Mifeprex Medication Guide à chaque patiente. Ce guide informe les professionnels de la santé qui n'ont pas soigné la patiente que cette dernière est sous traitement Mifeprex (Mifé). Une copie de la Patient Agreement Form est donnée à la patiente. Ce document indique à la patiente qui contacter d'urgence et dans quels cas.	Évaluation environ 7 à 14 jours après Mifé, suivi avec le professionnel de la santé.	-	Indications de la FDA [FDA, 2016]

			<p>les pharmacies au détail et les professionnels de la santé qui la prescrivent doivent avoir les qualifications suivantes : déterminer précisément l'AG; diagnostiquer les grossesses ectopiques, procéder à une chirurgie si nécessaire (ou prendre des arrangements pour que la patiente obtienne ces soins) et assurer des soins d'urgence à la patiente. Certains États des États-Unis permettent à des professionnels de la santé non médecins de prescrire des médicaments.</p>						
Tous les États.	-	-	-	-	-	-	-	<p><b>Taux des ivg médicamenteuses</b>  En 2013, les ivg médicamenteuses avec Mifé + Miso représentaient 32,8 % des ivg à un AG de 8 semaines ou moins et 22,2 % de toutes les ivg. Les ivg médicamenteuses avec Mifé + Miso à un AG de 8 semaines ou moins ont été au nombre de 115 471. Le taux le plus bas</p>	<p>Surveillance effectuée par le CDC<sup>27</sup> (MMWR Surveillance Summaries) [Jatlaoui <i>et al.</i>, 2016]</p>

<sup>27</sup> Chaque année, le CDC demande les données sur les ivg aux agences de santé centrales de 52 régions (chaque État, en plus du District de Columbia et de la ville de New York). En ce qui concerne l'année 2013, les données venaient de 49 de ces régions et 43 d'entre elles ont inclus les ivg médicamenteuses dans leur formulaire.

								d'ivg médicamenteuses avec Mifé + Miso à un AG de 8 semaines ou moins était 4,6 % en Ohio et le plus haut était 50,7 % en Iowa. Parmi les 33 régions qui ont fourni des données permettant de faire certaines comparaisons, le recours aux ivg médicamenteuses avec Mifé + Miso à un AG de 8 semaines ou moins a augmenté de 5 % de 2012 à 2013 (de 21,3 % à 22,3 %) et de 110 % de 2004 à 2013 (de 10,6 % à 22,3 %).	
Tous les États.	<p><b>Niveau A :</b> Mifé 200 mg + Miso (par voie vaginale, buccale ou sublinguale).</p> <p><b>Niveau B :</b> Miso buccal peut être associé à risque plus faible d'infections graves que voie vaginale.</p>	-	<p><b>Niveau A :</b> ivg médicamenteuse peut être pratiquée par un professionnel de la santé non médecin. Auto-administration Miso au domicile.</p> <p><b>Niveau B :</b> counseling doit avoir lieu afin d'informer la patiente sur la nécessité d'une ivg chirurgicale en cas d'échec de l'ivg médicamenteuse. Ivg médicamenteuse peut être donnée avec sécurité et efficacité en télémédecine et cela semble améliorer l'accès où il manque de médecins.</p> <p><b>Niveau C :</b> patientes</p>	<b>Niveau B :</b> AG doit être confirmé par évaluation clinique ou <b>échographie</b> .	<p><b>Niveau B :</b> voir la colonne précédente au sujet de l'<b>échographie</b>.</p> <p><b>Niveau C :</b> test Ac pour contrer l'allo-immunisation Rh est la norme aux É-U et donner les Ig anti-D si nécessaire.</p>	<p><b>Niveau B :</b> AINS, dont ibuprofène, sont appropriés contre la douleur.</p> <p><b>Niveau C :</b> usage universel d'antibiotiques en prophylaxie n'est pas appuyé par une forte preuve.</p>	<p><b>Niveau A :</b> le suivi est important, bien qu'une évaluation en clinique de soit pas toujours nécessaire.</p>	-	Recommandations de l'ACOG et de la SFP pour la pratique clinique des gynécologues-obstétriciens [ACOG et SFP, 2014]

			peuvent nécessiter accès d'urgence à chirurgie et il est alors approprié de les référer à médecin formé.						
Tous les États.	-	-	Étendre la formation sur ivg aux professionnels de la santé non gynécologues - obstétriciens dont les médecins de famille et les cliniciens en pratique avancée ( <i>advanced practice clinicians</i> ) <sup>28</sup> .	-	-	-	-	-	Recommandations de l'ACOG pour la formation et l'éducation sur l'ivg [ACOG, 2014]
Tous les États.	-	-	"ACOG est ravie de la décision de la cour suprême de l'Iowa de faire respecter l'habileté de médecins, dont les gynécologues-obstétriciens, de fournir l'ivg médicamenteuse à distance via un système de télémédecine." "Cette décision aidera de nombreuses patientes en Iowa à obtenir les soins sécuritaires et efficaces qui sont adéquats pour elles."	-	-	-	-	-	Énoncé de position de l'ACOG [ACOG, 2015]
Tous les États.	-	-	Dans 37 des États, les lois ou les politiques exigent que l'ivg médicamenteuse soit pratiquée par un médecin qui détient un permis.	-	-	-	-	-	Énoncé du Guttmacher Institute sur les lois et les politiques aux États-Unis [Guttmacher Institute, 2016]

<sup>28</sup> Comme énoncé dans un document de l'ACOG [2014], les *advanced practice clinicians* incluent les *nurse practitioners*, les *physicians assistants* et les *certified nurse-midwives*.

			<p>Dans 3 des États<sup>29</sup>, les lois ou les politiques exigent que la Mifé soit donnée en accord avec le protocole de la FDA qui est antérieur à celui de 2016.</p> <p>Dans 19 des États, les lois ou les politiques exigent que le personnel de santé qui pratique l'ivg médicamenteuse soit présent physiquement lors de la procédure (ce qui empêche le recours à la télé-médecine).</p>						
État de Californie (UCSF Medical Center)	Mifé : 200 mg + délai de 24-72 h avant Miso : 800 µg (par voie vaginale).	AG jusqu'à 9 semaines depuis les dernières menstruations. Quelques assureurs limitent à un AG de 7 semaines ou moins.	Ivg médicamenteuse est fournie par des professionnels de la santé formés. La première visite auprès du médecin vise l'examen médical, le counseling et la prise de Mifé. Miso est pris au domicile.	-	-	-	7-14 jours après la première visite, une seconde visite a lieu afin que le médecin confirme la terminaison de la grossesse.	Le coût d'un ivg médicamenteuse varie d'un lieu à l'autre. Certains fournisseurs de soins de santé exigent des frais similaires pour les ivg chirurgicales et les ivg médicamenteuses. Plusieurs assureurs, ainsi que le programme conjoint entre le gouvernement fédéral et l'État de Californie (Medi-Cal), couvrent les coûts des ivg médicamenteuses.	UCSF Medical Center, 2016

Ac : anticorps; ACOG : American College of Obstetricians and Gynecologists; AG : âge gestationnel; AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens; CDC : Centers for Disease Control and Prevention du U. S. Department of Health and Human Services; É-U : États-Unis; FDA : Food and Drug Administration; Ig: immunoglobulines; Mifé : mifépristone; Miso : misoprostol; SFP : Society of Family Planning : UCSF : University of California at San Francisco.

- : aucune information repérée ou non applicable.

<sup>29</sup> Il s'agit du Dakota du Nord, de l'Ohio et du Texas [Sheldon et Wikinoff, 2015].

Note : Les conditions à satisfaire pour qu'une ivg soit autorisée (cas de viol, inquiétudes au sujet de la santé de la mère, etc.) ne sont pas présentées dans le tableau.

Les recommandations de l'ACOG et de la Society of Family Planning ont été formulées en se basant sur la preuve dont la force était de trois niveaux. Niveau A : bonne preuve scientifique et cohérente; niveau B : preuve scientifique limitée ou incohérente; niveau C : consensus et opinion d'experts.

**Tableau 6 L'ivg médicamenteuse au cours du premier trimestre de la grossesse (Australie et Nouvelle-Zélande).**

Pays	Médicaments abortifs	AG, indications ou contre-indications	Milieu de soins				Suivi	Autre (taux des ivg médicamenteuses, considérations économiques, etc.)	Références
			Médicament (donné par qui, pris où ou pris devant qui ?)	Confirmation grossesse et détermination AG	Échographie et autres tests	Autre information relative au milieu de soins			
Australie et Nouvelle-Zélande	<p><u>Australie</u> (<i>composite pack</i><sup>30</sup>) : Mifé 200 mg par voie orale + Miso 800 µg, par voie buccale, 36-48 h après Mifé.</p> <p><u>Australie et Nouvelle-Zélande</u> Ivg (médicamenteuse ou chirurgicale) : les protocoles devraient être harmonisés avec les données probantes (comme celles publiées dans les lignes directrices du RCOG) et avec les lignes directrices des institutions.</p>	<p><u>Australie</u> Ivg médicamenteuse avec <i>composite pack</i> : AG jusqu'à 63 jours.</p>	<p><u>Australie et Nouvelle-Zélande</u> Ivg médicamenteuse : le prescripteur devrait avoir reçu une formation appropriée et avoir une expérience adéquate des soins à prodiguer aux femmes qui subissent une ivg ou une fausse couche. La preuve est abondante pour appuyer l'option selon laquelle la femme avec un AG de moins de 63 jours s'administre elle-même le Miso à son domicile. La patiente doit alors être avisée d'être accompagnée d'une personne (au moins jusqu'à ce que le produit de conception soit évacué) afin de l'aider à obtenir du soutien ou des soins d'urgence si nécessaire.</p> <p><u>Nouvelle-Zélande</u> Ivg</p>	<p><u>Australie et Nouvelle-Zélande</u> Ivg (médicamenteuse ou chirurgicale) : une évaluation précise de la grossesse est essentielle afin de sélectionner l'intervention optimale. L'<b>échographie</b> est obligatoire afin de confirmer la grossesse et d'exclure une grossesse ectopique.</p>	<p><u>Australie et Nouvelle-Zélande</u> Ivg (médicamenteuse ou chirurgicale) : le dépistage des ITS et une prophylaxie antibiotique devraient être considérés en accord avec les lignes directrices publiées et les prévalences locales. Le groupe sanguin et le facteur Rh devraient être déterminés s'ils sont inconnus et les Ig anti-D nécessaires dans les 72 h après l'avortement selon les lignes directrices locales en vigueur.</p>	<p><u>Australie et Nouvelle-Zélande</u> Ivg (médicamenteuse ou chirurgicale) : un counseling approprié devrait être disponible pour toutes les patientes et leur consentement écrit devrait être obtenu avant l'intervention. L'évaluation des patientes devrait inclure l'historique médical et un examen clinique. La contraception devrait être planifiée avant que l'ivg ne soit pratiquée. Ivg médicamenteuse : le prescripteur doit superviser et prendre la responsabilité des arrangements pour l'ensemble du processus, dont le recours à moyen de contraception. Les arrangements doivent inclure un soutien</p>	<p><u>Australie et Nouvelle-Zélande</u> Ivg (médicamenteuse ou chirurgicale) : information écrite devrait être fournie à la patiente au sujet du traitement et du suivi à savoir comment accéder à un avis professionnel 24 h/24 h ou à des soins d'urgence, en plus de savoir à quoi s'attendre jusqu'à ce que l'avortement soit terminé. Le suivi permet de s'assurer que l'avortement est complété et de confirmer le recours à la contraception. Le suivi devrait inclure une évaluation clinique et, si nécessaire, un test hCG ou une <b>échographie</b>.</p>	<p><u>Australie</u> Ivg médicamenteuses : la TGA exige que les médecins et les pharmacies soient enregistrés auprès du fournisseur (<i>sponsor</i>)<sup>31</sup>.</p> <p><u>Nouvelle-Zélande</u> Ivg médicamenteuse : la Mifé n'est pas distribuée en pharmacie, mais plutôt (de manière restreinte) dans les institutions qui détiennent une licence afin que les ivg puissent y être pratiquées.</p>	Énoncé de position du RANZCOG C-Gyn 21 [2016].

<sup>30</sup> *Composite pack* : emballage qui contient à la fois la mifépristone et le misoprostol.

<sup>31</sup> En Australie, il s'agit de la compagnie pharmaceutique à but non lucratif MS Health qui fait partie de l'organisation Marie Stopes International (MS Health. About us [site Web]). Disponible à : <http://www.mshealth.com.au/about-us>.

				médicamenteuse : Mifé doit être donnée par un professionnel de la santé dans un lieu qui détient une licence à cet effet.			téléphonique disponible 24 h/24 h et la possibilité d'obtenir une ivg chirurgicale ou d'autres interventions en cas de complication (comme les interventions qui sont de mise lors de fausses couches). Ivg médicamenteuse ne devrait pas être pratiquée dans un endroit où les soins d'urgence appropriés ne peuvent être donnés, et ce, à partir du moment où la Mifé est donnée et jusqu'à ce que l'avortement soit complété.			
Australie	Tout le territoire de l'Australie	Mifé 200 mg par voie orale + Miso 800 µg, par voie buccale, 36 - 48 h après Mifé.	Ivg médicamenteuse : AG jusqu'à 63 jours après les dernières menstruations.	Ivg médicamenteuse : Mifé et Miso sont prescrits uniquement par les médecins qui ont une formation spécifique et qui sont enregistrés auprès de MS Health (fournisseur). Mifé et Miso peuvent être distribuée en pharmacie si	Ivg médicamenteuse : la patiente doit subir un examen médical, qui inclut habituellement une <b>échographie</b> , afin de déterminer l'AG et exclure une grossesse ectopique.	Ivg médicamenteuse : voir la colonne précédente au sujet de l' <b>échographie</b> .	Ivg médicamenteuse : la patiente peut choisir de demeurer à la clinique jusqu'à ce que l'avortement soit complété. La patiente reçoit de l'information écrite de la part du médecin au sujet de l'intervention, incluant ce à quoi elle doit	Ivg médicamenteuse : un examen de suivi par le médecin doit avoir lieu 14 - 21 jours après la prise de Mifé afin de s'assurer que l'avortement est complété et sans complication. L'examen de suivi peut inclure un examen physique, des tests sanguins ou une	Ivg médicamenteuse : Le <i>composite pack</i> de Mifé et Miso est offert sous le Pharmaceutical Benefits Scheme <sup>32</sup> .	NPS Medicine Wise, 2015

<sup>32</sup> Sous le Pharmaceutical Benefits Scheme, le gouvernement australien subventionne certains médicaments (Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS). About the PBS [site Web]. Disponible à : <http://www.pbs.gov.au/info/about-the-pbs>). Cette subvention a réduit le coût de la médication sous les 15 \$ pour une détentrice de carte de soins de santé et sous les 50 \$ pour une détentrice d'une carte Medicare (Children by Choice. Medical abortion in Australia [site Web]. Disponible à : <https://www.childrenbychoice.org.au/factsandfigures/medicalabortioninaustralia>).

				celle-ci est enregistrée auprès de MS Health (fournisseur). Dans la plupart des cas, Miso peut être pris au domicile mais la patiente doit avoir accès à un téléphone et à un transport vers un hôpital ou un service de soins d'urgence en cas de complication. Il est recommandé que la patiente bénéficie d'une personne informée qui demeure avec elle pour la soutenir après la prise du Miso. La patiente est avisée de se reposer au domicile pour au moins 3 h après la prise du Miso.			s'attendre.	<b>échographie.</b> La contraception peut être abordée à ce moment.		
Australie-Méridionale	Mifé + Miso.	Ivg médicamenteuse : jusqu'à 9 semaines.	Ivg médicamenteuse : Mifé prise dans l'établissement de santé lors de la première visite et Miso prise lors de la deuxième visite (dans les 48 h suivant la première visite).	-	Ivg médicamenteuse : une <b>échographie</b> et des tests sanguins sont nécessaires afin d'exclure une grossesse ectopique avant l'ivg.	Ivg médicamenteuse : la première visite dure environ 2h et consiste notamment en évaluation de la patiente par des professionnels de la santé (dont un médecin); la deuxième visite dure environ 20 minutes. Une personne doit aider la patiente à se rendre à son domicile après la deuxième visite. Un soutien	Ivg médicamenteuse : test sanguin est pratiqué deux semaines après l'avortement afin de confirmer que celui-ci a été complété. Une <b>échographie</b> peut aussi être faite dans ce but.	Ivg (médicamenteuse ou chirurgicale) : le coût peut varier. Il peut être minime si la patiente détient une carte de soins de santé ou une carte Medicare.	SA Health, 2016	

							téléphonique est disponible 24 h/24 h.			
Nouvelle-Zélande	-	-	-	-	-	-	-	-	lvg (médicamenteuse ou chirurgicale) : gratuit pour les résidentes de Nouvelle-Zélande. Parfois il faut payer pour une échographie.	NZFP, 2016
Mifé 200 mg par voie orale + Miso 800 µg, par voie vaginale, 24 -72 h après Mifé.	lvg medicamenteuse : AG jusqu'à 9 semaines. <u>Contre-indications sociales</u> La patiente demeure à plus de 1 h des services médicaux d'urgence; n'a pas un accès direct à un téléphone ou est incapable de communiquer facilement par téléphone; ne peut avoir recours à un moyen de transport adéquat (voiture ou argent pour prendre un taxi) en cas d'urgence; ne bénéficie pas d'un environnement ou d'un soutien adéquat à la maison; est incapable de supporter des crampes et de forts saignements.	lvg medicamenteuse : Mifé orale et Miso 24 h -48 h après, dépendamment du protocole, doit être prise dans une institution qui détient une licence. Si la patiente habite près, elle peut ne pas demeurer dans la clinique après avoir pris la médication, mais il est important qu'elle sache qui appeler si elle a des saignements anormaux.	lvg (médicamenteuse ou chirurgical) : un médecin généraliste évalue la grossesse à l'aide d'un examen et de l'historique. lvg medicamenteuse : le médecin généraliste a recours à une <b>échographie</b> d'urgence afin de confirmer que l'AG est de moins de 9 semaines et que la grossesse est intra-utérine. Un test hCG est aussi très utile pour confirmer l'AG.	lvg (médicamenteuse ou chirurgicale) : le dépistage de <i>C. trachomatis</i> est impératif. Dépistage de <i>N. gonorrhoea</i> est obligatoire. En cas de résultat positif, le médecin généraliste doit procéder au traitement immédiat de la patiente et de tout partenaire.	lvg (médicamenteuse ou chirurgicale) : le médecin généraliste avise la patiente au sujet des options possibles, la réfère <sup>33</sup> à une clinique d'avortement et procède aux arrangements pour les tests prélabiles et le suivi. Deux médecins certifiés par l'Abortion Supervisory Committee doivent déterminer si l'ivg demandée est légale. Ces médecins certifiés pratiquent les ivg. La contraception est le plus souvent prescrite au moment de l'intervention.	lvg (médicamenteuse ou chirurgicale) : il est recommandé que le suivi inclut l'évaluation, et la gestion le cas échéant, de toute complication et que la contraception soit à nouveau discutée.	-	Bpac <sup>NZ</sup> , 2010		
Mifé + Miso (par voie buccale ou vaginale).	-	lvg medicamenteuse : lors de la 1 <sup>ère</sup> visite à Te Mahoe (dure environ 3 h), la patiente	-	lvg medicamenteuse : si nécessaire, infirmière ou sage-femme donne Ig anti-D	lvg medicamenteuse : le premier médecin certifié que la patiente rencontre lors de	lvg medicamenteuse : la patiente doit rencontrer à nouveau le médecin généraliste qui l'a	-	Healthpoint Limited, 2016		

<sup>33</sup> Si le médecin qui réfère la patiente est un médecin certifié, celle-ci ne doit voir qu'un autre médecin certifié à la clinique d'avortement.

			<p>rencontre un premier médecin certifié. Puis elle rencontre un deuxième médecin certifié qui lui prescrit la Mifé (les 2 médecins peuvent être vus lors de la même visite). Une infirmière ou une sage-femme donne ensuite la Mifé à la patiente qui doit demeurer sur place pendant les 30 minutes suivantes.</p> <p>La 2<sup>ème</sup> visite à Te Mahoe survient 24 h - 48 h après la prise de la Mifé et le Miso est alors pris. L'avortement peut alors se poursuivre au domicile si certains critères sont satisfaits.</p>		<p>avant que la patiente ne quitte Te Mahoe. Un antidouleur comme le paracétamol peut être utilisé, mais pas l'aspirine.</p>	<p>la 1<sup>ère</sup> visite donne le counseling et prescrit la contraception. La patiente doit avoir un adulte qui reste avec elle pour la soutenir, un moyen de transport vers l'hôpital et un téléphone. L'information écrite donnée à la patiente qui a pris Mifé lui indique quand appeler (par exemple, un des indicateurs est le nombre de serviettes sanitaires saturées par les saignements dans un laps de temps déterminé) et à quel numéro. Afin de prévenir les infections chez la patiente, rien ne devrait être introduit par voie vaginale pendant les 2 semaines qui suivent l'intervention.</p>	<p>référé à Te Mahoe environ 1 semaine après l'intervention afin de s'assurer que l'avortement est complété sans complication.</p>	
--	--	--	--	--	--	---	--	--

AG : âge gestationnel; hCG : gonadotrophine chorionique humaine; Ig : immunoglobulines; ITS : infections transmissibles sexuellement; Mifé : mifépristone; Miso : misoprostol; RCOG : Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; TGA : Therapeutic Goods Administration.

- : aucune information repérée ou non applicable.

Note : l'ivg n'est pas légale partout en Australie. La mifépristone et le misoprostol sont disponibles légalement à travers le pays et les restrictions qui se rattachent à leur usage pour les ivg varient donc en fonction de la législation de chaque État ou territoire [NPS MedicineWise, 2015] et ne sont pas présentées dans le tableau.

---

## 5 ANALYSE ÉCONOMIQUE

---

### 5.1 Identification de la population à l'étude

L'INESSS a estimé, à partir des données de facturation de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) sur les actes médicaux, le nombre de femmes qui pourraient utiliser le Mifegymiso<sup>MC</sup> lorsqu'il sera accessible au Québec. Le nombre des interruptions volontaires de grossesse (ivg) chirurgicales était de 24 608 entre le 1er avril 2015 et le 31 mars 2016.

Rappelons que Santé Canada indique que le médicament Mifegymiso<sup>MC</sup> devrait être administré pour des grossesses de 7 semaines ou moins<sup>34</sup>. Bien que l'âge gestationnel au moment des ivg ne soit pas documenté au Québec, les hôpitaux du reste du Canada compilent cette information. Ainsi, en 2014, 30 % des ivg en milieu hospitalier ont été effectuées à un âge gestationnel de 8 semaines ou moins et ce pourcentage est stable depuis 2007<sup>35</sup>. S'il est appliqué aux données du Québec, cela correspondrait à un total de 7 382 ivg pour 2015-2016. Ce total représenterait donc un nombre maximal d'ivg puisqu'il inclut celles réalisées entre la 7<sup>e</sup> et la 8<sup>e</sup> semaine de grossesse. Toutefois, l'ampleur de la surestimation pourrait être faible en raison du fait que certaines ivg pourraient être devancées afin de répondre au critère des 7 semaines ou moins de grossesse.

De plus, en 2015-2016, il faut noter que 62 % des ivg chirurgicales sont pratiquées en clinique médicale et en centre local de services communautaires (CLSC) et 38 % en milieu hospitalier.

### 5.2 Parts de marché du Mifegymiso<sup>MC</sup>

Sur la base de différentes estimations issues des lignes directrices de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) [Costescu *et al.*, 2016], d'opinions d'experts et d'expériences étrangères, plusieurs scénarios de parts de marché pour Mifegymiso<sup>MC</sup> ont été testés et le tableau 7 montre quel pourrait être le nombre des ivg médicamenteuses pour la première année suivant le remboursement du Mifegymiso<sup>MC</sup>.

---

<sup>34</sup> Santé Canada. Sommaire de décision réglementaire : MIFEGYMISO [site Web]. 2016. Disponible à : [http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodpharma/rds-sdr/drug-med/rds\\_sdr\\_mifegymiso\\_160063-fra.php](http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodpharma/rds-sdr/drug-med/rds_sdr_mifegymiso_160063-fra.php).

<sup>35</sup> Coalition pour le droit à l'avortement au Canada. Statistiques – Avortement au Canada. Disponible à : <http://www.arcc-cdac.ca/fr/backgrounders/Statistiques-actuelles.pdf>.

**Tableau 7 Nombre des ivg médicamenteuses pour la première année en fonction des parts du marché de Mifegymiso<sup>MC</sup>**

<b>PARTS DE MARCHÉ DU MIFEGYMISO<sup>MC</sup></b>	<b>NOMBRE DES IVG MÉDICAMENTEUSES</b>
5 %	369
10 %	738
15 %	1 107
20 %	1 476
50 %	3 691

Soulignons que, selon l'Institut de la statistique du Québec<sup>36</sup>, le nombre des ivg n'a cessé de décroître depuis 2007, en moyenne de 1,4 % annuellement. Ainsi, pour les années subséquentes à la première, le nombre d'ivg attendu pour chacune des parts de marché présentées diminuerait vraisemblablement.

### 5.3 Coût des interventions

Il existe différents frais liés à l'usage du Mifegymiso<sup>MC</sup> ou aux ivg chirurgicales, tant en milieu hospitalier qu'en clinique. Dans l'optique d'évaluer le plus adéquatement possible les coûts inhérents à ces interventions, il convient d'abord de décrire l'utilisation des ressources propres à chacune des méthodes utilisées au Québec pour pratiquer des ivg à 7 semaines ou moins de grossesse (tableau 8).

Malgré tout, certains coûts d'interventions ne sont pas encore déterminés dont principalement le coût de l'acte de l'administration du Mifegymiso<sup>MC</sup>. Il est donc impossible de statuer sur les coûts différentiels entre les différentes méthodes employées pour les ivg. Le tableau 8 pourra toutefois servir d'outil pour réaliser cet exercice.

---

<sup>36</sup> Institut de la statistique du Québec (ISQ). Interruptions volontaires de grossesse (nombre, rapport pour 100 naissances et taux pour 1 000 femmes), hystérectomies, ligatures, vasectomies, réanastomoses et vasovasostomies, Québec, 1971-2014 [site Web]. Disponible à : <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/naissance-fecondite/415.htm>.

**Tableau 8 Coûts des méthodes utilisées pour pratiquer les ivg à un âge gestationnel de 7 semaines ou moins**

Interventions possibles	IVG médicamenteuse Mifégyviso <sup>MC</sup>		IVG chirurgicale en milieu hospitalier		IVG chirurgicale en clinique, au CLSC ou en cabinet privé		Référence
		\$		\$		\$	
<b>Visite initiale:</b>							
Visite auprès d'un médecin de famille ou d'un omnipraticien	x	67,31 \$	x	67,31 \$	x	67,31 \$	o
ou auprès d'un obstétricien-gynécologue	x	71,29 \$	x	71,29 \$	x	71,29 \$	o
Intervention psychosociale par le médecin ou un travailleur social ou un autre professionnel	x	41,88 \$	x	41,88 \$	x	41,88 \$	ts
<b>Tests de laboratoire ou autre :</b>							
hCG	x	19,30 \$	rare	19,30 \$	rare	19,30 \$	o
ITS: chlamydia	x	19,30 \$	x	19,30 \$	x	19,30 \$	o
ITS: gonorrhée	x	12,87 \$	x	12,87 \$	x	12,87 \$	o
facteur Rhésus	x	2,58 \$	x	2,58 \$	x	2,58 \$	o
groupe sanguin	x	11,58 \$	x	11,58 \$	x	11,58 \$	o
échographie	x	40,50 \$	rare	40,50 \$	rare	40,50 \$	o
formule sanguine complète			x	10,29 \$			o
électrophorèse de l'hémoglobine			rare	1,61 \$			o
Services professionnels du pharmacien pour l'ordonnance	x	8,94 \$					q
Acquisition du Mifégyviso <sup>MC</sup>	x	300 \$					p
Administration de la médication en présence du médecin	x	à déterminer					
<b>Visite subséquente :</b>							
Honoraires du médecin pour la procédure chirurgicale			x	122,09 \$	x	122,09 \$	q
Honoraire anesthésiste si procédure en salle d'opération			x	87,87 \$			o
Coûts pour l'anesthésie générale			x	521,32 \$			o
Coûts pour l'anesthésie locale ou la sédation-analgésie					x	290,93 \$	o
<b>Visite de suivi :</b>							o
Visite auprès du médecin de famille ou de l'omnipraticien	x	67,31 \$	x	67,31 \$	x	67,31 \$	o
ou auprès de l'obstétricien-gynécologue	x	71,29 \$	x	71,29 \$	x	71,29 \$	o
Confirmation de l'avortement par échographie	x	40,50 \$					o
ou confirmation de l'avortement par hCG	x	19,30 \$					o
Confirmation de l'avortement non requise puisque le succès est presque toujours évident lors de la procédure chirurgicale					x	0 \$	x 0 \$
Analyse des produits de conception au laboratoire d'anatomopathologie			x	nd	x	nd	
<b>En cas d'échec de l'ivg initiale:</b>	rare		rare		rare		
échographie par un radiologiste			rare				
Services professionnels du pharmacien pour l'ordonnance	rare				rare		
Acquisition du misoprostol	rare		rare		rare		
Administration de la médication en présence du médecin	rare		rare				
Honoraires du médecin pour la procédure chirurgicale de dilatation et de curetage	rare						
Coûts pour l'anesthésie locale ou la sédation-analgésie	rare						
Analyse des produits de conception au laboratoire d'anatomopathologie	rare						
Visite de suivi	rare		rare		rare		

o: chiffres de l'Ontario dans l'étude de Limacher et ses collaborateurs [2006], chiffres de 2003, transposés en dollars canadiens de 2016.

p: prix de vente garanti soumis par le fabricant en juin 2016

q: chiffres du Québec, données de facturation RAMQ

ts: taux horaire d'un travailleur social, sénior, 2016-2017

---

## CONCLUSIONS

---

Le présent état des connaissances est une synthèse des résultats de la revue de la littérature et de l'analyse économique qui ont été faites sur l'utilisation séquentielle de la mifépristone et du misoprostol, les produits qui composent le Mifegymiso<sup>MC</sup>, pour les interruptions volontaires de grossesse (ivg) au premier trimestre. Il en ressort ce qui suit :

- L'usage de ces produits est répandu dans plusieurs pays **depuis de nombreuses années**, voire des décennies. Ces produits figurent d'ailleurs sur la Liste modèle de médicaments essentiels de l'OMS;
- En Europe et aux États-Unis, **l'introduction complète de ces produits s'est faite graduellement** et n'a pas fait augmenter de manière notable le taux global des ivg dans les endroits où l'ivg chirurgicale était déjà disponible;
- En Angleterre et au Pays de Galles, avoir recours à ces produits a vraisemblablement contribué à **augmenter la proportion globale des ivg pratiquées à un âge gestationnel de moins de 10 semaines**;
- L'ivg médicamenteuse pratiquée avec ces produits et l'ivg chirurgicale ont des caractéristiques qui leur sont propres (durée, effets indésirables, etc.) et qui peuvent représenter des **avantages** ou des **inconvenients**, dépendamment des femmes;
- Des études menées sur des populations nombreuses (plus d'un millier de femmes) et la surveillance étroite du traitement **prouvent l'efficacité et l'innocuité** de ces produits;
- La **pratique des ivg à l'aide de ces produits diffère parmi les pays**, allant de l'âge gestationnel au moment de l'ivg au suivi qui est effectué ou non avec une échographie;
- **L'étendue du remboursement et les autres considérations économiques** entourant les ivg faites avec ces produits **varient d'un pays à l'autre**, voire au sein d'un même pays, y compris la distribution du médicament par un professionnel de la santé clairement désigné;
- Les diverses méthodes utilisées pour pratiquer les ivg à un âge gestationnel de 7 semaines ou moins engendrent **différents coûts, dont certains ne sont pas encore connus dans le contexte québécois**. À l'heure actuelle, il est donc impossible de statuer sur les coûts différentiels qui découleraient de l'introduction du Mifegymiso<sup>MC</sup> au Québec.

En résumé, le Mifegymiso<sup>MC</sup> est un nouveau produit pharmaceutique au Canada, mais ses composantes (la mifépristone et le misoprostol) font partie de la pharmacopée couramment utilisée à l'étranger pour les ivg. Bien que les modalités de l'organisation des services entourant l'usage de ce produit au Québec restent à déterminer, ainsi que les effets sur l'accès à l'avortement, l'ivg médicamenteuse ainsi pratiquée représenterait vraisemblablement une alternative à l'ivg chirurgicale, comme c'est le cas ailleurs.

# ANNEXE A

## Stratégies de recherche documentaire

**Date de la recherche :** 14 novembre 2016

**Limites :** 1988 - ; anglais et français

### PubMed (NLM)

- #1 Mifepristone[Mesh]) AND Misoprostol[Mesh]
- #2 mifepristone[tw] AND misoprostol[tw]
- #3 RU 486[tiab] OR mifeprex[tiab] OR mifegyne[tiab] OR antiprogestine[tiab]
- #4 prostaglandin[tiab] OR cytotec[tiab] OR gymiso[tiab] OR arthrotec[tiab]
- #5 abortion[tw]
- #6 (guidelines as topic[mh] OR practice guidelines as topic[mh] OR guideline[pt] OR health planning guidelines[mh] OR practice guideline[pt] OR consensus[mh] OR consensus development conference, NIH[pt] OR consensus development conference[pt] OR consensus development conferences, NIH as topic[mh] OR consensus development conferences as topic[mh] OR review literature as topic[mh] OR meta-analysis as topic[mh] OR meta-analysis[mh] OR meta-analysis[pt] OR randomized controlled trial[pt] OR randomized controlled trials as topic[mh] OR technology assessment,biomedical[mh] OR guideline\*[tiab] OR guide line\*[tiab] OR CPG[tiab] OR CPGs[tiab] OR guidance[tiab] OR practical guide\*[tiab] OR practice parameter\*[tiab] OR best practice\*[tiab] OR evidence base\*[tiab] OR consensus[tiab] OR (systematic\*[tiab] AND (review\*[tiab] OR overview\*[tiab] OR search\*[tiab] OR research\*[tiab])) OR meta-analy\*[tiab] OR metaanaly\*[tiab] OR met analy\*[tiab] OR metanaly\*[tiab] OR randomiz\*[tiab] OR randomis\*[tiab] OR RCT[tiab] OR HTA[tiab] OR HTAs[tiab] OR technology assessment\*[tiab] OR technology overview\*[tiab] OR technology appraisal\*[tiab] OR recommend\*[tiab] OR (review[pt] AND medline[tiab] AND (cochrane[tiab] OR embase[tiab] OR cinhal[tiab] OR psycinfo[tiab]))) NOT (case reports[pt] OR comment[pt] OR editorial[pt] OR letter[pt])
- #7 (((decision trees[mh] OR ec[sh] OR economics[mh] OR markov chains[mh] OR models, economic[mh] OR monte carlo method[mh] OR quality-adjusted life years[mh] OR quality of life[mh] OR value of life[mh] OR afford\*[tw] OR budget\*[tw] OR charge[tw] OR charges[tw] OR cheap\*[tw] OR ((clinical[tw] OR critical[tw] OR patient[tw])) AND (path[tw] OR paths[tw] OR pathway\*[tw])) OR copayment\*[tw] OR co-payment\*[tw] OR cost\*[tw] OR costed[tw] OR costing\*[tw] OR costly[tw] OR (decision[tw] AND (tree\*[tw] OR analys\*[tw] OR model[tw])) OR discount[tw] OR discounted[tw] OR discounting[tw] OR discounts[tw] OR economic\*[tw] OR (expenditure\*[tw] NOT energy[tw]) OR expens\*[tw] OR fee[tw] OR fees[tw] OR financ\*[tw] OR hrqol\*[tw] OR (managed[tw] AND (care[tw] OR network[tw])) OR markov\*[tw] OR monte carlo[tw] OR pharmaco-economic\*[tw] OR price\*[tw] OR pricing\*[tw] OR qale\*[tw] OR qaly\*[tw] OR qol\*[tw] OR (quality[tw] AND life[tw])) OR qualy\*[tw] OR quol\*[tw] OR (valu\*[tw]

AND (cost[tw] OR costs[tw] OR life[tw] OR lives[tw] OR money[tw])) OR "willingness to pay"[tw]) NOT (animals[mh:noexp] NOT (humans[mh:noexp] AND animals[mh:noexp])) NOT (letter[pt] OR editorial[pt] OR historical article[pt]))

#8 ((#1 OR #2) AND #5) OR (#3 AND #4 AND #5)

#9 #8 AND (#6 OR #7)

**Date de la recherche** : 15 novembre 2016

**Limites** : 2006 - ; anglais et français

**CINAHL Complete (EBSCO)**

#1 TX (abortion AND mifepristone AND misoprostol)

**EBM Reviews (OvidSP)**

#1 abortion.ti

#2 (abortion AND mifepristone AND misoprostol).mp

#3 #1 OR #2

## ANNEXE B

Encadrement à l'international, aux États-Unis et au Canada de l'usage de la mifépristone et du misoprostol pour les ivg au cours du premier trimestre de la grossesse.

**Tableau B-1** Résumé de publications de l'OMS, des organismes fédéraux de réglementation aux États-Unis (FDA) et au Canada (Santé Canada) et du fabricant-distributeur pour le Canada et résumé des lignes directrices de la SOGC.

	INTERNATIONAL	ÉTATS-UNIS	CANADA		
	OMS [WHO, 2014; OMS, 2013]	FDA [FDA, 2016]	FABRICANT-DISTRIBUTEUR Linepharma International Limited, 2015	SANTÉ CANADA [Santé Canada, 2016]	SOGC Costescu <i>et al.</i> , 2016
INDICATION	-	AG jusqu'à 70 jours (70 jours ou moins depuis le premier jour des dernières menstruations).	Grossesse intra-utérine d'AG jusqu'à 49 jours à partir du premier jour des dernières menstruations dans un cycle présumé de 28 jours.	Idem au fabricant : Grossesse intra-utérine d'AG jusqu'à 49 jours à partir du premier jour des dernières menstruations dans un cycle présumé de 28 jours. L'entreprise peut en tout temps présenter à Santé Canada une demande dans laquelle elle fournit des données probantes supplémentaires à l'appui d'une indication d'utilisation à un stade ultérieur de la grossesse. Santé Canada examinerait alors la nouvelle demande.	AG jusqu'à 70 jours à la suite des dernières menstruations.
SCHÉMAS POSOLOGIQUES (VOIES, DOSES, DÉLAI)	<u>Jusqu'à 9 semaines (63 jours)</u> Mifé : 200 mg (par voie orale) + délai de 24-48 h avant Miso : 800 µg (par voie vaginale, buccale ou sublinguale) ou 400 µg (par voie orale). <u>Entre 9-12 semaines (63-84 jours)</u> Mifé : 200 mg (par voie orale) + délai de 36-48 h avant Miso : 800 µg (par voie vaginale) + jusqu'à 4	Mifé : 200 mg (par voie orale) + délai de 24-48 h avant Miso : 800 µg (par voie buccale).	Mifé : 200 mg (par voie orale) + délai de 24-48 h avant Miso : 800 µg (par voie buccale).	Mifé : 200 mg (par voie orale) + délai de 24-48 h avant Miso : 800 µg (par voie buccale).	À privilégier : Mifé : 200 mg (par voie orale) + délai de 24-48 h avant Miso : 800 µg (par voie vaginale, buccale ou sublinguale).

	<p>doses supplémentaires aux 3 h de 400 µg chacune (par voie vaginale ou sublinguale) et jusqu'à expulsion.</p> <p><u>Jusqu'à 12 semaines (84 jours) lorsque la Mifé n'est pas disponible</u></p> <p>Miso : jusqu'à 3 doses aux 3-12 h de 800 µg chacune (par voie vaginale ou sublinguale).</p> <p><u>Méthotrexate + Miso n'est pas recommandé.</u></p>				
- REMARQUES SUR L'EFFICACITÉ, L'INNOCUITÉ, ETC.	<p>Mifé + Miso a efficacité plus grande, durée plus courte, douleur moindre et moins d'effets indésirables gastro-intestinaux que Miso seul.</p> <p>Efficacité du Miso peut varier selon AG, voie et fréquence des doses : plus grande efficacité et taux plus faible d'effets indésirables (gastro-intestinaux) par voie vaginale que par autres voies; ne pas donner de Miso par voie orale après 7<sup>ème</sup> semaine car taux d'échec plus élevé à mesure que grossesse avance.</p> <p>Méthotrexate + Miso est moins efficace que Mifé + Miso, mais plus efficace que Miso seul.</p> <p>Ivg à un stade précoce est plus sécuritaire que plus tard dans la grossesse.</p> <p>Mifé + Miso s'accompagne du choix de l'ivg plus tôt dans la grossesse.</p>	<p>En 2016, la FDA a conclu (après avoir considéré les données de sécurité colligées depuis l'approbation initiale du Mifeprex (Mifé) en 2000), que certaines restrictions sont encore nécessaires afin d'assurer l'usage sécuritaire de Mifeprex (Mifé).</p>	-	<p>La mesure selon laquelle seuls les médecins inscrits et formés pourront prescrire et fournir le Mifegymiso et superviser l'administration de la Mifé réduirait la probabilité de mauvaise utilisation et les risques connexes pour la santé tout en favorisant l'efficacité du produit.</p>	-
CONTRE-INDICATIONS	<p>Insuffisance hépatique ou surrénalienne, chronique ou sévère; porphyrie héréditaire; allergie à Mifé ou Miso.</p> <p>Grossesse ectopique.</p>	<p>Grossesse ectopique; problèmes avec les glandes surrénales; corticostéroïdes systémiques à long terme; hypersensibilité à Mifé, Miso ou médicaments</p>	<p>Grossesse ectopique; port d'un dispositif intra-utérin; AG non confirmé; insuffisance surrénalienne chronique; corticostéroïdes systémiques à long</p>	<p>Idem au fabricant : grossesse ectopique; port d'un dispositif intra-utérin; AG non confirmé; insuffisance surrénalienne chronique;</p>	<p>Absolues : grossesse ectopique; insuffisance surrénalienne chronique; porphyrie héréditaire; asthme non maîtrisé; hypersensibilité aux ingrédients du</p>

		similaires; trouble de la coagulation ou thérapie avec anticoagulants; porphyrie héréditaire; dispositif intra-utérin en place (il doit être retiré avant de prendre la Mifé).	terme; trouble de la coagulation ou thérapie avec anticoagulants; porphyrie héréditaire; asthme non maîtrisé; hypersensibilité à Mifé, Miso, autres prostaglandines ou autres composantes du Mifegymiso <sup>MC</sup> .	corticostéroïdes systémiques à long terme; trouble de la coagulation ou thérapie avec anticoagulants; porphyrie héréditaire; asthme non maîtrisé; hypersensibilité à Mifé, Miso, autres prostaglandines ou autres composantes du Mifegymiso <sup>MC</sup> .	produit; ambivalence. Relatives : AG non confirmé; dispositif intra-utérin en place; corticostéroïdes systémiques à long terme; trouble de la coagulation ou thérapie avec anticoagulants. Lorsque la grossesse est intra-utérine et que les fils du dispositif intra-utérin sont visibles, retirer le dispositif intra-utérin avant de procéder à l'ivg médicamenteuse.
NON RECOMMANDÉ SI	-	-	Allaitement; anémie grave; maladie cardiovasculaire, hypertension; diabète; grande fumeuse de plus de 35 ans; malnutrition; insuffisance hépatique; insuffisance rénale;	-	-
MILIEU DE SOINS	Même les systèmes de santé aux ressources les plus limitées devraient être en mesure de proposer les méthodes médicamenteuses et l'aspiration. Ivg médicamenteuse peut être pratiquée au niveau des soins primaires en ambulatoire car elle ne nécessite ni connaissances ni compétences techniques avancées ni matériel coûteux (contrairement aux échographies) ni effectif hospitalier complet (p. ex. anesthésiste). Prestataires de soins de catégorie intermédiaire <sup>37</sup> peuvent administrer et superviser les services d'avortement.	Voir plus bas.	Avant de prescrire Mifé + Miso, le médecin doit : s'assurer que la femme a accès à des soins médicaux d'urgence dans les 14 jours après Mifé; fixer visite 7-14 jours après Mifé pour confirmer avortement complet; exclure grossesse ectopique et confirmer AG (les 2 par échographie); renseigner patiente sur risques et avantages (counseling); obtenir, par écrit, le consentement éclairé de la patiente; compléter les programmes de formation et s'inscrire à un registre obligatoire pour prescripteurs.	Idem au fabricant : Avant de prescrire Mifé + Miso, le médecin doit : s'assurer que la femme a accès à des soins médicaux d'urgence dans les 14 jours après Mifé; fixer visite 7-14 jours après Mifé pour confirmer avortement complet; exclure grossesse ectopique et confirmer AG (les 2 par échographie); renseigner patiente sur risques et avantages (counseling); obtenir, par écrit, le consentement éclairé de la patiente; compléter les programmes de formation et s'inscrire à un registre obligatoire pour prescripteurs.	Une évaluation médicale qui vise à déterminer l'admissibilité de la femme à l'ivg médicamenteuse est requise (écarter contre-indications, etc.). La femme doit pouvoir avoir accès à soins médicaux d'urgence pendant les 7 à 14 jours suivant l'intervention.
-MÉDICAMENT DONNÉ PAR QUI OU PRIS DEVANT QUI	Mifé + Miso sous surveillance clinique dans certains protocoles,	Miso : pris en un endroit approprié pour la femme.	Mifé doit être pris sous la supervision du prescripteur.	En vertu du programme de distribution restreinte, seuls les	La nécessité de remettre les médicaments directement aux

<sup>37</sup> Prestataire de catégorie intermédiaire : personnel clinique non médecin dont sage-femme, infirmière, personnel soignant, auxiliaire médical, visiteuse familiale qui est formé pour exécuter des gestes cliniques simples dans le domaine de la santé génésique, comme l'examen pelvien bimanuel pour déterminer l'âge de la grossesse et la position de l'utérus, l'auscultation fœtale, et d'autres interventions transcervicales, et qui peuvent être formés à la pratique de l'ivg dans de bonnes conditions de sécurité.

<p>(MÉDECIN, INFIRMIÈRE, PHARMACIEN, ETC.)</p>	<p>mais le Miso au domicile est sécuritaire.  <u>Entre 9-12 semaines (63-84 jours)</u>          Quelques données suggèrent que la posologie la plus efficace est celle décrite plus haut et administrée dans un établissement de soins de santé.</p>	<p>Mifé : doit être commandée, prescrite et donnée par ou sous la supervision d'un professionnel de la santé qui prescrit et qui est certifié via le Mifeprex Risk Evaluation and Mitigation Strategy (REMS) Program; le prescripteur doit remplir et faxer au fabricant un formulaire (Prescriber Agreement Form) pour la commander, puis la donner; ne peut être donnée qu'en clinique, bureaux médicaux et hôpitaux; le professionnel de la santé doit obtenir un formulaire (Patient Agreement Form) signé au préalable par la patiente. Le Prescriber Agreement Form contient les lignes directrices que le prescripteur doit suivre (expliquer les risques à la patientes, etc.).          La Mifé n'est donc pas disponible dans les pharmacies au détail et les professionnels de la santé qui la prescrivent doivent avoir les qualifications suivantes : déterminer précisément l'AG; diagnostiquer les grossesses ectopiques, procéder à une chirurgie si nécessaire (ou prendre des arrangements pour que la femme obtienne ces soins) et assurer des soins d'urgence à la femme.          Certains États des États-Unis permettent à des professionnels de la santé non médecins de prescrire des médicaments.</p>		<p>médecins inscrits et formés pourront prescrire et fournir le Mifegymiso et superviser l'administration de la Mifé. Tous les pays ont exigé une supervision médicale. Supervision médicale = le médecin doit fournir le médicament directement à la femme et avoir avec elle d'autres discussions sur les effets et risques possibles; pas obligatoire d'avaler Mifé devant le médecin et Miso doit être administré dans un cabinet de médecin ou au domicile. L'Australie permet aux pharmaciens de délivrer le médicament et l'accès est limité par lois et pratiques en vigueur dans les États et territoires. Santé Canada demeure toutefois ouvert à examiner renseignements de l'entreprise en vue de modifier les modalités d'autorisation de mise en marché.</p>	<p>médecins constitue un obstacle à l'accès à l'ivg médicamenteuse, car on ne peut avoir recours ni à la télémédecine ni à des postes infirmiers pour l'administration du traitement. Il est à espérer que les inégalités qui seront constatées en matière d'accès en milieu rural ou éloigné mèneront à la modification de la réglementation pour rectifier la situation.</p>
--	--	---	--	--	--

<p>-MÉTHODES DE CONFIRMATION DE LA GROSSESSE ET DE DÉTERMINATION DE L'ÂGE GESTATIONNEL</p>	<p>Examen pelvien bimanuel, examen abdominal et reconnaissance des symptômes de grossesse. Aussi, analyse de biologie médicale ou échographie.</p>	<p>-</p>	<p>AG confirmé par échographie.</p>	<p>Une échographie est nécessaire pour déterminer l'état d'avancement de la grossesse et exclure une grossesse extra-utérine. Pour ce faire, les patientes doivent impérativement se rendre chez un médecin.</p>	<p>-Établir présence grossesse : test d'urine hCG en cabinet est un moyen suffisamment sensible. -Détermination AG : si femme est raisonnablement certaine de la date de ses dernières menstruations (histoire clinique), AG corrèle étroitement avec échographie; précision de l'examen clinique varie en fonction obésité ou fibrome; échographie est un autre moyen.</p>
<p>-ÉCHOGRAPHIE</p>	<p>Échographie systématique n'est pas nécessaire. Si on peut la faire, elle peut identifier grossesse intra-utérine (par mesure de l'épaisseur de l'endomètre) et exclure grossesse extra-utérine à partir de 6 semaines. Elle peut aussi déterminer l'AG, certaines patho et la non-viabilité d'une grossesse. Devrait se faire dans un autre endroit que les soins prénataux. Ne peut servir à diagnostiquer avortement incomplet.</p>	<p>-</p>	<p>Échographie doit être pratiquée avant de prescrire Mifé + Miso.</p>	<p>Grossesse extra-utérine ne peut être confirmée sans une échographie et l'administration du médicament pourrait être fatale en cas de grossesse extra-utérine.</p>	<p>Lorsque la grossesse est attribuable à échec d'un dispositif intra-utérin, le risque de grossesse ectopique doit être écarté d'urgence (au moyen d'une échographie ou en orientant vers services appropriés, au besoin). Échographie si facteurs de risque de grossesse ectopique ou si symptômes cliniques (douleurs abdominales, saignements vaginaux, etc.). Échographie est considéré étalon or pour confirmer AG et emplacement de la grossesse, mais une RS n'a pas montré que le recours systématique à échographie améliorerait efficacité ou sécurité en comparaison à d'autres méthodes diagnostiques. Dans de nombreux pays, l'échographie n'est pas utilisée systématiquement dans le cadre de l'ivg médicamenteuse, elle n'est plutôt mise en œuvre que dans les cas où subsiste une incertitude quant à l'AG après examen clinique et date des dernières menstruations ou dans cas de douleur et de saignements.</p>

-GROSSESSE ECTOPIQUE		Signes et symptômes : taille anormalement petite de l'utérus pour âge de la grossesse, sensibilité à la mobilisation du col, douleurs abdominales basses, masse annexielle. Ni Mifé ni Miso ne sont des traitements de la grossesse ectopique, alors cette dernière continuera.	Voir plus haut.	Absence confirmée par échographie.	Grossesse extra-utérine ne peut être confirmée sans une échographie et l'administration du médicament pourrait être fatale en cas de grossesse extra-utérine.	Facteurs de risque : antécédents de grossesse ectopique; chirurgie tubaire; procréation assistée; ligature des trompes; dispositif intra-utérin; antécédent de salpingite ou de syndrome inflammatoire pelvien.
-EN COMPLÉMENT	ANALYSES DE BIOLOGIE MÉDICALE	Si nécessaires et disponibles, ne sont pas un prérequis.	-	-	-	Mesure hCG chez toutes les femmes avec grossesse de localisation incertaine (et qui n'ont pas eu échographie) jusqu'à ce que grossesse ectopique soit écartée ou jusqu'à achèvement de l'avortement.
	ANTIBIOTIQUES	Prophylaxie systématique n'est pas recommandée.	-	-	-	Des sociétés savantes et d'autres associations professionnelles ne recommandent pas l'administration systématique d'une antibioprofylaxie à la suite d'une ivg médicamenteuse. Dans la mesure du possible, une approche "dépistage et traitement" est plutôt à privilégier.
	ANTI-DOULEUR	Prise en charge médicamenteuse (p. ex. avec AINS dont ibuprofène) de la douleur doit être systématiquement proposée à toutes qui subissent ivg (chirurgicale ou médicamenteuse). D'autant plus nécessaire que l'AG est plus élevé. Paracétamol est inefficace.	-	-	-	AINS dont ibuprofène 200-400 mg toutes les 8 h ou naproxen 225-500 mg toutes les 12 h peuvent être utilisés. Au besoin, une ordonnance pour légers analgésiques opioïdes (dont codéine) peut être utile.
	AC POUR CONTRER ALLO-IMMUNISATION Rh	Lorsque possible, faire un groupage Rh+ pour administrer des Ig anti-D aux femmes Rh- en même temps que Miso (ou que Mifé si prend le Miso au domicile).	-	Prendre mesures pour éviter allo-immunisation Rh.	-	Donner anti-D aux femmes Rh- qui ont ivg médicamenteuse avec AG > 49 jours à la suite dernières menstruations. Pourrait aussi être offerts avant.

	CONTRA- CEPTION	L'ovulation, et donc fertilité, peut revenir dans les 2 semaines après avortement. N'importe quelle contraception peut être débutée après ivg médicamenteuse, en respectant parfois certains délais. Contraception hormonale peut être débutée dès la prise de la première pilule lors ivg médicamenteuse. Un dispositif intra-utérin peut être installé dès que la femme n'est plus enceinte.	Débuter contraception aussitôt que la grossesse est interrompue.	Débuter contraception le plus tôt possible après Mifé + Miso car retour fertilité est prévu être immédiat après Mifé + Miso.	-	Fécondité rapidement restaurée après ivg médicamenteuse. Si désiré, débuter contraception hormonale dès que possible après Miso. Si désiré, insérer dispositif intra-utérin lors suivi, une fois l'achèvement de l'avortement confirmé.
INFORMATION DONNÉE À LA PATIENTE		Information simple, verbale et écrite, sur comment se soigner et reconnaître complications nécessitant avis médical (signaux d'alerte : douleur pelvienne, saignements importants ou prolongés, fièvre, etc.), sur symptômes de poursuite de grossesse. Information sur comment chercher de l'aide (numéro de téléphone pourrait réduire nécessité de revenir à l'établissement de soins). Information sur prise en charge de la douleur, délai nécessaire pour reprise activités (dont pas de rapports sexuels ou introduction de quoi que ce soit dans le vagin jusqu'à ce que les saignements s'arrêtent).	Professionnels de la santé qui prescrivent Mifé sont contraints, par la FDA, de fournir une copie du guide d'information Mifeprex Medication Guide à chaque patiente. Ce guide dit aux professionnels de la santé qui n'ont pas soigné la patiente que cette dernière est sous traitement Mifeprex (Mifé). Une copie de la Patient Agreement Form est donnée à la patiente. Ce document indique à la patiente qui contacter d'urgence et dans quels cas.	Copie écrite du livret <i>Patient Medication Information</i> sur Mifegymiso et une <i>Patient Information Card</i> .	-	Dire quels sont les symptômes des complications et remettre consignes claires afin d'obtenir des soins d'urgence.
SUIVI		Pas besoin d'un suivi médical pour s'assurer que l'avortement est complet suite à Mifé + Miso. Donc visite de contrôle systématique n'est pas nécessaire après Mifé + Miso, mais une visite peut être	Environ 7 à 14 jours après Mifé, suivi avec le professionnel de la santé.	Dans les 7-14 jours après Mifé, confirmation requise de l'avortement complet. Confirmation avortement complet par examen clinique, échographie ou hCG.	-	Il devrait y avoir une évaluation de suivi 7-14 jours après intervention afin de confirmer l'achèvement de l'avortement. Le suivi peut être fait en clinique ou à distance (télé médecine par téléphone ou vidéo) au moyen d'une

	<p>programmée 7-14 jours après l'intervention. Doit revenir pour contrôle après 7-14 jours pour savoir si avortement est complet avec Miso seul.</p> <p>Les protocoles thérapeutiques Mifé + Miso jusqu'à 9 semaines qui impliquent que patiente reste sous observation clinique 4-6 h après Miso devraient assurer la vérification de l'avortement complet en recherchant produits de conception dans bassins et serviettes hygiéniques.</p> <p>Confirmation avortement complet par examen pelvien, échographie pelvienne ou mesure périodique taux hCG.</p> <p>Centres offrant ivg médicamenteuse doivent être en mesure de pratiquer aspiration en cas de besoin (sur place ou via accord avec autre établissement qui la pratique).</p> <p>Doit y avoir équipement et personnel compétent pour reconnaître les complications d'une ivg et soigner la femme ou la transférer immédiatement et 24h/24h.</p> <p>Tous les établissements qui pratiquent des ivg doivent être en mesure de stabiliser et traiter ou transférer immédiatement les femmes présentant hémorragie.</p> <p>Les données sur le risque possible d'anomalies fœtales après échec d'ivg médicamenteuse sont limitées et peu concluantes; il est donc inutile d'insister sur l'ivg si la mère souhaite la poursuivre, mais ça prend alors suivi</p>				<p>échographie ou de mesures hCG combinées à histoire clinique de l'intervention.</p> <p>Lors premier suivi (7-14 jours après intervention), une chute de hCG &lt; 80 % en comparaison à avant intervention nécessite autres mesures d'exploration/de prise en charge/de suivi /d'orientation vers services spécialisés.</p> <p>Si encore grossesse en cours lors suivi 7-14 jours, donner autre dose de Miso ou faire ivg chirurgicale. Si encore grossesse en cours lors suivi 14-21 jours, faire ivg chirurgicale.</p>
--	--	--	--	--	---

	important.				
AUTRE	-	-		<p>Compte tenu des risques potentiels, le fabricant a accepté de prendre les engagements post-autorisation suivants afin que le Mifegymiso soit utilisé sans danger (activités de gestion du risque) : mettre en œuvre un programme de distribution et d'administration restreinte (par médecin uniquement); mettre en œuvre un programme de formation et d'inscription pour les prescripteurs; réaliser au Canada une étude d'observation de phase IV sur l'innocuité; mettre sur pied une ligne d'assistance téléphonique ouverte en tout temps en français et en anglais pour les patientes; préparer un formulaire de consentement; préparer des renseignements sur le médicament et des fiches d'information que les prescripteurs devront remettre à chaque patiente.</p> <p>Les médecins ne sont pas tenus de commander le médicament eux-mêmes ni de le stocker dans leur cabinet. Le médicament est tout simplement délivré au cabinet du médecin au lieu d'être ramassé par la patiente (cette approche est similaire à celle utilisée actuellement pour avoir accès à certains vaccins et traitements de fertilité).</p>	-

AC : anticorps; AG : âge gestationnel; FDA : Food and Drug Administration; hCG : gonadotrophine chorionique humaine; Ig : immunoglobulines; Mifé : mifépristone; Miso : misoprostol; OMS : Organisation mondiale de la Santé; RS : revue systématique; SOGC : Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

- : aucune information repérée ou non applicable.

Dans sa publication intitulée *Rôles des agents de santé dans la dispensation des soins liés à l'avortement sécurisé et de la contraception post-avortement*, l'OMS recommande que les agents de santé suivants effectuent des tâches dans le cadre des ivg médicamenteuses (avec mifépristone et misoprostol) qui sont réalisés au cours du premier trimestre de grossesse : médecins spécialistes et médecins non spécialistes; cliniciens associés; sages-femmes; personnel infirmier; sages-femmes auxiliaires et aides-soignants. En ce qui concerne la pratique indépendante de l'ivg médicamenteuse à cet âge gestationnel par les pharmaciens, l'OMS ne formule aucune recommandation. De fait, des incertitudes importantes liées aux bénéfices, aux inconvénients, à l'acceptabilité et à la faisabilité de cette option demeurent et une recherche appropriée et bien conçue est nécessaire, notamment en ce qui a trait à l'administration des médicaments abortifs et à la gestion de la procédure et des effets indésirables de manière indépendante [OMS, 2016].

Dans cette même publication, l'OMS recommande l'autogestion de la mifépristone et du misoprostol par les femmes et sans supervision directe par un prestataire de soins de santé, et ce, lorsque les femmes disposent d'une source d'information juste et qu'elles ont accès, à tout moment au cours de la procédure, à un prestataire de soins de santé en cas de besoin ou si elles le désirent. L'OMS recommande également, dans les mêmes circonstances, l'autoévaluation de l'issue de l'ivg (à savoir s'il est complété) au moyen de tests de grossesse et de listes de contrôle [OMS, 2016].

## RÉFÉRENCES

- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). ACOG statement regarding telemedicine abortion [site Web]. Washington, DC : ACOG; 2015. Disponible à : <http://www.acog.org/About-ACOG/News-Room/Statements/2015/ACOG-Statement-Regarding-Telemedicine-Abortion> (consulté le 1<sup>er</sup> décembre 2016).
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). ACOG Committee opinion no. 612: Abortion training and education. *Obstet Gynecol* 2014;124(5):1055-9.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) et Society of Family Planning (SFP). Practice bulletin no. 143: Medical management of first-trimester abortion. *Obstet Gynecol* 2014;123(3):676-92.
- Baird B. Medical abortion in Australia: A short history. *Reprod Health Matters* 2015;23(46):169-76.
- Best Practice Advocacy Centre New Zealand (Bpac<sup>nz</sup>). Termination of pregnancy in New Zealand [site Web]. Dunedin, Nouvelle-Zélande : Bpac<sup>nz</sup>; 2010. Disponible à : <http://www.bpac.org.nz/BPJ/2010/top/contents.aspx>.
- Boonstra HD. Medication abortion restrictions burden women and providers—And threaten U.S. trend toward very early abortion. *Guttmacher Policy Review* 2013;16(1):18-23.
- Bracken H et Winikoff B. The state of medical abortion in Europe today. *Entre Nous* 2005;59:7-10.
- Brucker MC et King TL. Pharmacology for women's health. Second edition. Burlington, MA : Jones and Bartlett Learning; 2017.
- Bryant AG, Regan E, Stuart G. An overview of medical abortion for clinical practice. *Obstet Gynecol Surv* 2014;69(1):39-45.
- Bygdeman M et Danielsson KG. Options for early therapeutic abortion: A comparative review. *Drugs* 2002;62(17):2459-70.
- Clark WH, Gold M, Grossman D, Winikoff B. Can mifepristone medical abortion be simplified? A review of the evidence and questions for future research. *Contraception* 2007;75(4):245-50.
- Collège des médecins du Québec (CMQ). L'interruption volontaire de grossesse : lignes directrices. Montréal, Qc : CMQ; 2012. Disponible à : <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2012-09-01-fr-interruption-volontaire-de-grossesse.pdf>.
- Costescu D, Guilbert E, Bernardin J, Black A, Dunn S, Fitzsimmons B, et al. Medical abortion. *J Obstet Gynaecol Can* 2016;38(4):366-89.
- Department of Health (DoH). Abortion statistics, England and Wales: 2015. Londres, Angleterre : DoH; 2016. Disponible à : [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/570040/Updated\\_Abortion\\_Statistics\\_2015.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/570040/Updated_Abortion_Statistics_2015.pdf).
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Les interruptions volontaires de grossesse en 2015. *Études et Résultats* n° 0968. Paris,

- France : DREES; 2016. Disponible à : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er968.pdf>.
- Fiala C et Gemzel-Danielsson K. Review of medical abortion using mifepristone in combination with a prostaglandin analogue. *Contraception* 2006;74(1):66-86.
- Fiala C, Safar P, Bygdeman M, Gemzell-Danielsson K. Verifying the effectiveness of medical abortion; ultrasound versus hCG testing. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003;109(2):190-5.
- Food and Drug Administration (FDA). Mifeprex (mifepristone) Information [site Web]. Postmarket Drug Safety Information for Patients and Providers. Silver Spring, MD : FDA; 2016. Disponible à : <https://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/ucm111323.htm> (consulté le 5 décembre 2016).
- Grimes DA et Creinin MD. Induced abortion: An overview for internists. *Ann Intern Med* 2004;140(8):620-6.
- Grossman D, Grindlay K, Buchacker T, Lane K, Blanchard K. Effectiveness and acceptability of medical abortion provided through telemedicine. *Obstet Gynecol* 2011;118(2 Pt 1):296-303.
- Grossman DA, Grindlay K, Buchacker T, Potter JE, Schmertmann CP. Changes in service delivery patterns after introduction of telemedicine provision of medical abortion in Iowa. *Am J Public Health* 2013;103(1):73-8.
- Guttmacher Institute. Medication abortion [site Web]. New York, NY : Guttmacher Institute; 2016. Disponible à : <https://www.guttmacher.org/state-policy/explore/medication-abortion> (consulté le 15 décembre 2016).
- Haute Autorité de Santé (HAS). Interruption médicamenteuse de grossesse : les protocoles à respecter. Saint-Denis La Plaine : HAS; 2015. Disponible à : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-03/bum\\_ivg\\_v2.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-03/bum_ivg_v2.pdf).
- Healthpoint Limited. Capital & Coast DHB Termination of Pregnancy and Counselling Service - Women's Health Service Te Mahoe [site Web]. Auckland, Nouvelle-Zélande : Healthpoint Limited; 2016. Disponible à : <https://www.healthpoint.co.nz/public/obstetric-and-gynaecology/capital-coast-dhb-termination-of-pregnancy/>.
- Information Services Division (ISD). Termination of pregnancy statistics. Édimbourg, Écosse : NHS National Services Scotland; 2016. Disponible à : <http://www.isdscotland.org/Health-Topics/Sexual-Health/Publications/2016-05-31/2016-05-31-Terminations-Report.pdf>.
- International Planned Parenthood Federation (IPPF) European Network. Abortion – Legislation in Europe. Bruxelles, Belgique : IPPF European Network; 2012. Disponible à : [http://humanistfederations.eu/ckfinder/userfiles/files/our-work/SRHR/Abortion%20Legislation%20in%20Europe\\_September2012.pdf](http://humanistfederations.eu/ckfinder/userfiles/files/our-work/SRHR/Abortion%20Legislation%20in%20Europe_September2012.pdf).
- Jatlaoui TC, Ewing A, Mandel MG, Simmons KB, Suchdev DB, Jamieson DJ, Pazol K. Abortion surveillance - United States, 2013. *MMWR Surveill Summ* 2016;65(12):1-44.
- Jones RK et Henshaw SK. Mifepristone for early medical abortion: Experiences in France, Great Britain and Sweden. *Perspect Sex Reprod Health* 2002;34(3):154-61.

- Limacher JJ, Daniel I, Isaacksz S, Payne GJ, Dunn S, Coyte PC, Laporte A. Early abortion in Ontario: Options and costs. *J Obstet Gynaecol Can* 2006;28(2):142-8.
- Linepharma International Limited. Mifegymiso. Product monograph including patient medication information. Londres, Angleterre : Linepharma International Limited; 2015. Disponible à : [https://www.cadth.ca/sites/default/files/cdr/monograph/product\\_monograph\\_mifegymiso.pdf](https://www.cadth.ca/sites/default/files/cdr/monograph/product_monograph_mifegymiso.pdf).
- Männistö J, Mentula M, Bloigu A, Hemminki E, Gissler M, Heikinheimo O, Niinimäki M. Medical versus surgical termination of pregnancy in primigravid women—Is the next delivery differently at risk? A population-based register study. *BJOG* 2013;120(3):331-7.
- Ministère des Affaires sociales et de la Santé. IVG médicamenteuse [site Web] ; L'IVG médicamenteuse en établissement de santé [site Web] ; L'IVG médicamenteuse hors établissement de santé [site Web]. Paris, France : 2016. Disponibles à : <http://www.ivg.social-sante.gouv.fr/ivg-medicamenteuse.html> ; <http://www.ivg.social-sante.gouv.fr/l-ivg-medicamenteuse-en-etablissement-de-sante.html> ; <http://www.ivg.social-sante.gouv.fr/l-ivg-medicamenteuse-hors-etablissement-de-sante,13628.html>.
- National Institute for Health and Welfare (NIHW). Induced abortions in the Nordic countries 2013 [site Web]. Helsinki, Finlande : NIHW; 2015. Disponible à : <https://www.thl.fi/fi/web/thlfi-en/statistics/statistics-by-topic/sexual-and-reproductive-health/abortions/induced-abortion-in-the-nordic-countries>.
- New Zealand Family Planning (NZFP). Abortion - What you need to know. Wellington, Nouvelle-Zélande : NZFP; 2016. Disponible à : [http://www.familyplanning.org.nz/media/302900/fp\\_a5booklet\\_abortion-what-to-know\\_2016.pdf](http://www.familyplanning.org.nz/media/302900/fp_a5booklet_abortion-what-to-know_2016.pdf).
- Niinimäki M, Pouta A, Bloigu A, Gissler M, Hemminki E, Suhonen S, Heikinheimo O. Immediate complications after medical compared with surgical termination of pregnancy. *Obstet Gynecol* 2009;114(4):795-804.
- Nisand I et Bettahar K. Medical management of unwanted pregnancy in France: Modalities and outcomes. The aMaYa study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2015;184:13-8.
- NPS MedecineWise. Mifepristone (Mifepristone Linepharma) followed by misoprostol (GyMiso) for the termination of early pregnancy. Sydney, Australie : NPS MedecineWise; 2015. Disponible à : [http://www.nps.org.au/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/238540/NPS-Medicine-Update-Mifepristone-Misoprostol-FEB-2015-UPDATE.pdf](http://www.nps.org.au/__data/assets/pdf_file/0004/238540/NPS-Medicine-Update-Mifepristone-Misoprostol-FEB-2015-UPDATE.pdf).
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). Rôles des agents de santé dans la dispensation des soins liés à l'avortement sécurisé et de la contraception post-avortement. Genève, Suisse : OMS; 2016. Disponible à : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204495/1/9789242549263\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204495/1/9789242549263_fre.pdf).
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). Avortement sécurisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé. Deuxième édition. Genève, Suisse : OMS; 2013. Disponible à : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78413/1/9789242548433\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78413/1/9789242548433_fre.pdf).
- Raymond EG, Chong E, Hyland P. Increasing access to abortion with telemedicine. *JAMA Intern Med* 2016;176(5):585-6.

- Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG). The use of mifepristone for medical termination of pregnancy. C-Gyn 21. Melbourne, Australie : RANZCOG; 2016. Disponible à : [https://www.ranzcog.edu.au/RANZCOG\\_SITE/media/DOCMAN-ARCHIVE/Use%20of%20mifepristone%20for%20medical%20termination%20of%20pregnancy%20\(C-Gyn%2021\)%20Amended%20February%202016.pdf](https://www.ranzcog.edu.au/RANZCOG_SITE/media/DOCMAN-ARCHIVE/Use%20of%20mifepristone%20for%20medical%20termination%20of%20pregnancy%20(C-Gyn%2021)%20Amended%20February%202016.pdf).
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). The care of women requesting induced abortion. Evidence-based Clinical Guideline Number 7. Londres, Angleterre : RCOG; 2011. Disponible à : [https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/abortion-guideline\\_web\\_1.pdf](https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/abortion-guideline_web_1.pdf).
- SA Health. Abortions [site Web]. Adelaïde, Australie : SA Health, Government of South Australia; 2016. Disponible à : <http://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/public+content/sa+health+internet/health+topics/health+conditions+prevention+and+treatment/abortions>.
- Santé Canada. <sup>Pr</sup>MIFEGYMISO [site Web] ; Sommaire de décision réglementaire : MIFEGYMISO [site Web] ; Mifegymiso : mythes ou réalités [site Web]. Ottawa, ON : Santé Canada; 2016. Disponibles à : <http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodpharma/sbd-smd/drug-med/sbd-smd-2016-mifegymiso-160063-fra.php> ; [http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodpharma/rds-sdr/drug-med/rds\\_sdr\\_mifegymiso\\_160063-fra.php](http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodpharma/rds-sdr/drug-med/rds_sdr_mifegymiso_160063-fra.php) ; <http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodpharma/activit/fs-fi/mifegymiso-fs-fi-fra.php>.
- Service-Public.fr. Interruption volontaire de grossesse (IVG) [site Web]. Paris, France : Direction de l'information légale et administrative (DILA); 2016. Disponible à : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1551>.
- Sheldon WR et Winikoff B. Mifepristone label laws and trends in use: Recent experiences in four US states. *Contraception* 2015;92(3):182-5.
- UCSF Medical Center. Medical abortion [site Web]. San Francisco, CA : University of California San Francisco (UCSF); 2016. Disponible à : [https://www.ucsfhealth.org/treatments/medical\\_abortion/](https://www.ucsfhealth.org/treatments/medical_abortion/) (consulté le 21 novembre 2016).
- Wiegerinck MM, Jones HE, O'Connell K, Lichtenberg ES, Paul M, Westhoff CL. Medical abortion practices: A survey of National Abortion Federation members in the United States. *Contraception* 2008;78(6):486-91.
- World Health Organization (WHO). 19th WHO Model List of Essential Medicines [site Web]. Genève, Suisse : WHO; 2015. Disponible à : <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/>.
- World Health Organization (WHO). Clinical practice handbook for safe abortion. Genève, Suisse : WHO; 2014. Disponible à : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97415/1/9789241548717\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97415/1/9789241548717_eng.pdf).