

LISTE DES ANNEXES

- Proposition syndicale de réforme de la nomenclature des actes d'échographie fœtale, assortie d'un AcBUS.
- Evaluation financière de la proposition syndicale
- Comparaison des propositions de contenu de l'acte établies par les différentes sociétés savantes.
- Propositions de contenu de l'acte dans le cadre d'un AcBUS
- Modèles de compte-rendus d'échographie proposés par :
 - Le C.F.E.F.
 - L'AUDIPOG-C.N.G.O.F.
- Courbes de biométrie établies par le C.F.E.F.
- Types de schémas iconographiques guidant l'examen de dépistage (R.C.O.G.).
- Modèle de demande d'examen échographique (C.F.E.F.)
- Modèle de feuillets d'information (N.I.H.)
- Propositions d'appels d'offre en recherche clinique.

REFONTE DE LA COTATION DES ACTES D'ECHOGRAPHIE OBSTETRICALE

<h2>PROPOSITIONS COMMUNES DE LA FNMR, DU SNUDE ET DU SYNGOF</h2>
--

1) Principes du dispositif

- a. Dans le cadre de dispositions transitoires en attendant la mise en œuvre de la CCAM, il est envisagé une refonte de la cotation des échographies obstétricales. Cette refonte est une opportunité unique pour mettre en place des règles d'assurance qualité permettant :
 - i. de garantir aux femmes une plus grande homogénéité dans la réalisation des actes de première intention,
 - ii. d'ouvrir un accès performant mais régulé à des examens de deuxième intention ou d'expertise,
 - iii. d'émettre un signal fort à destination des tiers sur la rigueur des conditions de réalisation des échographies obstétricales et donc de diminuer la pression médico-légale pesant sur les praticiens.

- b. Il faut donc **simultanément** revoir les conditions tarifaires et les conditions d'exercice en inscrivant les nouveaux actes dans le cadre d'un Accord de Bon Usage des Soins. Les principes d'un ACBUS (formation préalable validante, contrôle qualité des équipements, activité minimale, suivi conjoint de l'activité) semblent particulièrement adaptés à cette démarche.
Pour mémoire : un ACBUS doit être signé par au moins une centrale représentative des spécialités concernées.

c. Réaliser cette double démarche à ce stade semble doublement pertinent :

- i. Pour bénéficier de la fenêtre proposée par les pouvoirs publics
- ii. Parce qu'il sera difficile, lors de la mise en œuvre de la CCAM, d'obtenir simultanément l'introduction de règles d'assurance-qualité.

2) Cotations proposées

A/ Suivi d'une grossesse dépourvue de risque particulier : un examen par trimestre

- Echographie morphologique du premier trimestre réalisée entre 11 à 14 semaines d'aménorrhée révolues, avec recherche de malformations, mesure de la clarté nucale, avec ou sans examen Doppler des vaisseaux fœtaux et/ou maternels :
 - KE 29 pour un embryon
 - KE 58 pour deux embryons
 - KE 87 pour trois embryons

- Echographie morphologique du second trimestre (autour de la 22^{ème} semaine d'aménorrhée) comportant un bilan morphologique fœtal complet avec ou sans examen Doppler des vaisseaux fœtaux et/ou maternels :
 - KE 46 pour un fœtus
 - KE 92 pour deux fœtus
 - KE 138 pour trois fœtus et plus

- Echographie morphologique du troisième trimestre, à partir de 29 semaines d'aménorrhée avec ou sans examen Doppler des vaisseaux fœtaux et/ou maternels :
 - KE 36 pour un fœtus
 - KE 72 pour deux fœtus
 - KE 108 pour trois fœtus et plus

B/ Suivi d'une grossesse présentant un risque particulier :

- Echographie de la grossesse entre 6 et 11 semaines d'aménorrhée comportant la localisation de l'œuf, le nombre d'embryon, leur vitalité, l'examen éventuel des ovaires en cas de suspicion de grossesse extra-utérine¹, (de saignement), d'incertitude sur le terme, d'antécédents pathologiques
 - KE 16

- Examen supplémentaire du second ou du troisième trimestre comportant un contrôle de la croissance fœtale avec biométrie, de la vitalité, de la présentation, une localisation placentaire, avec ou sans examen Doppler des vaisseaux fœtaux et/ou maternels :
 - KE 31 pour un fœtus
 - KE 62 pour deux fœtus
 - KE 93 pour trois fœtus ou plus

- Examen de contrôle et de diagnostic d'une pathologie fœtale suspectée, avec ou sans examen Doppler des vaisseaux fœtaux

1) _____

¹) Cet examen ne se substitue pas à l'échographie de l'ensemble de la cavité pelvienne (et en particulier des annexes) dans un cadre clinique de Grossesse Extra-Utérine.

et/ou maternels, réalisé par un médecin habilité à pratiquer cet acte, demandé sur signes d'appels échographiques figurant sur le compte rendu de l'examen initial motivant cet examen de contrôle :

- KE 67 pour un fœtus
- KE 134 pour deux fœtus
- KE 301 pour trois fœtus ou plus

3) Règles d'assurance - qualité

a. Conditions de réalisation

- i. Qualification du praticien : dans un délai de 5 ans à compter de la promulgation de l'ACBUS, les praticiens devront justifier :
 1. d'une formation initiale ou complémentaire (DIU ou niveau équivalent) en échographie fœtale
 2. d'une actualisation des connaissances dans le cadre d'un programme de FMC qui sera validé par la DGS
- ii. Seuil d'activité : seuls les praticiens réalisant à titre personnel un minimum de 400 échographies obstétricales seront autorisés à réaliser des examens. Une dérogation sera prévue pour les médecins nouvellement installés ou reprenant l'activité d'échographie obstétricale. Des dérogations pourront être prévues pour les échographistes exerçant dans certaines zones géographiques à faible densité.
- iii. Contrôle qualité de l'équipement : en attendant la mise en place d'un contrôle de qualité externe des équipements, les praticiens devront disposer :
 1. d'un échographe de moins de 7 ans,

2. disposant du doppler pulsé, du ciné-loop et d'une capacité de stockage d'au moins 200 images ,
 3. d'au moins deux sondes, dont une sonde endo-vaginale,
 4. d'un carnet de surveillance dans lequel doivent être consignés toutes les interventions techniques sur l'appareil ainsi que ses éventuels dysfonctionnements.
- iv. Création d'un observatoire : dans un délai de 3 ans à compter de la promulgation de l'ACBUS, il sera créé par les professionnels concernés un Observatoire de la médecine fœtale, permettant aux représentants des praticiens concernés d'évaluer les pratiques des échographistes obstétricaux.

b. Conditions de restitution

- i. Elaboration du CR : le compte-rendu minimal sera normalisé selon un modèle joint en annexe (Document disponible très rapidement après synthèse des propositions).

c. Compétence de deuxième recours

- i. Qualification du praticien : est réputé compétent pour réaliser des examens de 2nde intention ou d'expertise tout échographiste pouvant justifier de 5 référents, eux-mêmes compétents en échographie obstétricale, dans la même région sanitaire.
- ii. Conditions de réalisation : pour pouvoir coter une échographie de 2nde intention ou d'expertise, le praticien devra indiquer dans son compte-rendu :
 1. les dates et conditions de réalisation de l'échographie initiale ayant généré les signes d'appel de l'examen, les dits signes d'appel,

2. les conclusions détaillées de l'examen d'expertise, notamment au regard des signes d'appel de la première échographie.

Commentaire des propositions syndicales

La demande de revalorisation tarifaire des échographies fœtales est assortie d'une reformulation du libellé des actes, plus en prise avec la réalité, ainsi que d'une proposition d'AcBUS.

Ces propositions sont le résultat d'un accord historique entre des syndicats souvent en conflit sur le sujet de l'échographie fœtale car ils représentent des groupes dont les modalités d'exercice ont souvent été conflictuelles.

Si la revalorisation demandée est une mesure d'urgence, temporaire dans l'attente de la C.C.A.M., l'introduction d'une démarche qualité, par contre, établit un fait nouveau, salubre, non réversible.

Des remarques ponctuelles peuvent être formulées :

- Le seuil d'activité prévu à l'AcBUS peut être ramené à 300 examens. Cela faciliterait l'acceptation de la réforme par les professionnels ainsi que le maintien de la proximité géographique.
- Le compte-rendu modèle commun prévu à l'AcBUS peut être considéré comme acquis et disponible.
- Les critères de qualité des machines sont à considérer comme provisoires. Assez flous car définis dans l'urgence, ils devront être mieux établis.
- L'examen d'expertise doit pouvoir répondre à d'autres situations à risque fœtal, d'autres signes d'appels qu'une échographie antérieure.
- La cotation pour l'examen entre 5 et 11 semaines est très peu réévalué. Il devrait progressivement devenir le fait de l'échographie d'aide à la consultation, n'ouvrant ni à cotation ni à rémunération spécifique.
- Les cotations prévues pour les triplés peuvent éventuellement être minorées. Mais il s'agit d'examens rares et le maintien ou la réduction de cette cotation est certainement sans effet en termes de volume financier.

PMSI-ENQUETE LIBELLE FINAL CCAM V0	fréquence 2000	SITUATION ACTUELLE				PROPOSITION SYNDICATS UMESPE				
		COTATION	FACTURATION	TAUX	PRIS EN CHARGE	COTATION	FACTURATION	PRIS EN CHARGE	DIFFERENCE	%
Échographie non morphologique de la grossesse avant 11 semaines d'aménorrhée	275 394	16	8 327 915,99 €	70%	5 829 541,19 €	21	10 930 389,74 €	7 651 272,82 €	1 821 731,62 €	31,25%
Échographie biométrique et morphologique d'une grossesse uniembryonnaire au 1er trimestre	529 004	16	15 997 082,36 €	70%	11 197 957,65 €	31	30 994 347,08 €	21 696 042,95 €	10 498 085,30 €	93,75%
Échographie biométrique et morphologique d'une grossesse unifœtale au 2ème trimestre	430 107	30	24 387 043,63 €	70%	17 070 930,54 €	46	37 393 466,90 €	26 175 426,83 €	9 104 496,29 €	53,33%
Échographie biométrique et morphologique d'une grossesse unifœtale au 3ème trimestre	421 699	20	15 940 239,35 €	100%	15 940 239,35 €	36	28 692 430,83 €	28 692 430,83 €	12 752 191,48 €	80,00%
Échographie biométrique et morphologique d'une grossesse unifœtale au 2ème trimestre avec échographie-doppler des artères utérines de la mère	75 600	40	5 715 392,37 €	70%	4 000 774,66 €	46	6 572 701,22 €	4 600 890,85 €	600 116,20 €	15,00%
Échographie biométrique et morphologique d'une grossesse multifœtale au 2ème trimestre	11 236	60	1 274 126,84 €	70%	891 888,79 €	71	1 507 716,76 €	1 055 401,73 €	163 512,94 €	18,33%
Échographie biométrique et morphologique d'une grossesse unifœtale au 3ème trimestre avec échographie-doppler des artères utérines de la mère	64 158	40	4 850 369,58 €	100%	4 850 369,58 €	36	4 365 332,62 €	4 365 332,62 €	485 036,96 €	-10,00%
Échographie de surveillance de la croissance fœtale	31 460	16	951 348,04 €	85%	808 645,84 €	26	1 545 940,57 €	1 314 049,48 €	505 403,65 €	62,50%
Total	1 838 659	TOTAL EN ANNEE PLEINE				TOTAL EN ANNEE PLEINE				
Premier Trimestre	804 398	FACTURATION		PRISE EN CHARGE		FACTURATION		PRIS EN CHARGE		SURCOUT
Second trimestre	516 943	77 443 518,16 €		60 590 347,60 €		122 002 325,71 €		95 550 848,12 €		34 960 500,52 €
Troisième trimestre	485 858	RAPPORTE A 6 MOIS (juillet à décembre 2003)				RAPPORTE A 6 MOIS (juillet à décembre 2003)				
Divers	31 460	FACTURATION		PRISE EN CHARGE		FACTURATION		PRIS EN CHARGE		SURCOUT
Total	1 838 659	38 721 759,08 €		30 295 173,80 €		61 001 162,86 €		47 775 424,06 €		17 480 250,26 €

**COUT DE LA PRISE EN CHARGE DES
ECHOGRAPHIES FŒTALES EFFECTUEES EN
SECTEUR LIBERAL**

**EVALUATION FINANCIERE DES PROPOSITIONS SYNDICALES DE REVISION DE LA
NOMENCLATURE DES ECHOGRAPHIES FŒTALES**

CHIFFRAGE SUR 6 MOIS (JUILLET A DECEMBRE2003) DANS L'ATTENTE DE LA C.C.A.M. PREVUE EN JANVIER 2004

MODELES DE COMPTE-RENDUS

Nous produisons ici les modèles les plus aboutis, élaborés par le Collège Français d'Echographie Fœtale (C.F.E.F.) et par le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (C.N.G.O.F.).

Tous deux se fondent sur le principe d'un modèle de compte-rendu non exhaustif, correspondant à un projet pour l'exécution de l'examen et guidant l'opérateur.

Le modèle du CNGOF établi en collaboration avec l'AUDIPOG et destiné à être informatisé propose une définition sommaire ("télégraphique") des items à renseigner et un choix multiple de réponses possibles ("vu", "non vu", "aspect habituel", ...). Selon les réponses fournies, l'opérateur est guidé vers une demande de contrôle.

Le modèle du CFEF utilise une sémantique des items précise et n'autorise qu'une réponse positive. L'impossibilité, quelle qu'en soit la raison, de répondre par la positive ("oui") à l'énoncé proposé implique un contrôle.

Les deux modèles sont extrêmement proches en ce qui concerne les items retenus, ce qui traduit une collaboration amicale entre les deux collèges.

Tous deux se réfèrent aux mêmes abaques de référence biométrique, établies par le CFEF en collaboration avec l'Unité 155 de l'INSERM.

COMPARAISON DES PROPOSITIONS DE CONTENU DE L'ACTE ETABLIES PAR LES DIFFERENTES SOCIETES SAVANTES

Nous avons établi un tableau comparatif des différentes propositions, telles qu'elles ont été publiées.

Item	Société Savante			
	SFAUMB - SNUDE	CFEF	CNGOF - AUDIPOG	D.I.U.
Date de l'examen				
Date de naissance				
Date des dernières règles				
Opérateur (Nom et Prénom)				
Coordonnées de l'opérateur				
Appareillage utilisé (marque et type)				
Antécédents				
Résultats examens antérieurs				

Proposé dans la publication
Non proposé
Non proposé mais accord certain

Ont été considérés comme “non proposés mais accord certain” les items pour lesquels il existe une obligation légale (matériel utilisé, ...) ou l'évidence d'un oubli (nom de l'opérateur, ...)

	SFAUMB - SNUDE	CFEF	CNGOF - AUDIPOG	D.I.U.
Nom				
Prénom				
Date de l'examen				
Heure si urgence				
Date de naissance				
Date des dernières règles				
Date de début de grossesse				
Terme Théorique (semaines et jours)				
Terme corrigé (semaines et jours)				
Mode de détermination ou de correction				
Opérateur (Nom et Prénom)				
Coordonnées de l'opérateur				
Téléphone				
Photocopie				
e-mail				
Appareillage utilisé (marque et type)				
Date de première mise en circulation				
Examen effectué à l'attention de				
Indication de l'examen				
Antécédents				
Résultats examens antérieurs				
Voie d'abord				
Nombre d'embryons				
Mobilité spontanée				
Activité cardiaque				
Fréquence cardiaque				
Longueur crano-caudale				
Diamètre bipariétal				
Biométrie abdominale				
Longueur fémorale				
Contour boîte crânienne				
Contenu céphalique				
Clarté nucale				si accord
Estomac (position)				
Paroi abdominale				
Vessie				
Rachis				
Quatre membres présents				
Trois segments/membres				
Volume amniotique				
Echostructure placenta				
Conclusion				
Une phrase synthétique si RAS				
Le cas échéant :				
Correction de date de début				
Signaler difficulté				
Proposition de contrôle				
Avis diagnostique				
Conditions techniques				
Iconographie				
Longueur crano-caudale (calipers en place)				
Bipariétal (calipers en place)				
Clarté nucale (calipers en place)				
Enregistrement RCF				
Illustration pathologie éventuelle				
Courbe longueur crano-caudale				

ECHO DU DEUXIEME TRIMESTRE	SFAUMB - SNUDE	CFEF	CNGOF - AUDIPO G	D.I.U.
Position du foie				
Position de la vésicule				
Aspect de l'intestin				
Paroi abdominale antérieure				
Position de la vessie				
Volume de la vessie				
Deux reins présents				
Volume rénal				
Echogénicité des reins				
Visibilité des bassinets				
Organes génitaux externes				
Rachis (pas de signe de spina)				
revêtement cutané				
Quatre membres / trois segments				
Deux membres sup et deux mains				
Deux membres inf et deux pieds				
Ouverture des mains				
Trois vaisseaux au cordon				
Volume amniotique				
Placenta (structure)				
Placenta (localisation)				
Placenta bas inséré ou non				
CONCLUSION :				
Nombre				
Phrase synthèse morpho				
Phrase synthèse biométrie				
Le cas échéant				
Difficultés				
Quel type de difficulté				
Examen incomplet				
Element inhabituel				
Element suspect				
Element pathologique				
Avis diagnostique				
Contrôle écho proposé				
Autres examens à envisager				
ICONOGRAPHIE				
Diamètre bipariétal (calipers en place).				
Diamètre abdominal transverse (calipers en place).				
Périmètre céphalique (calipers en place)				
Périmètre abdominal (calipers en place).				
Longueur fémorale (calipers en place).				
Cervelet (calipers en place)				
Placenta (dans sa partie basse)				
Quatre cavités cardiaques				
Croisement des vaisseaux				
Estomac				
Courbes des principales mesures (avec leurs références)				
Icono de la morpho/schémas pré-établis				

Contenu de l'examen du second trimestre - Comparaison des différentes propositions

ECHO DU DEUXIEME TRIMESTRE	SFAUMB - SNUDE	CFEF	CNGOF - AUDIPO G	D.I.U.
Nom				
Prénom				
Date de l'examen				
Heure si urgence				
Date de naissance				
Date des dernières règles				
Date de début de grossesse				
Terme Théorique (semaines et jours)				
Terme corrigé (semaines et jours)				
Mode de détermination ou de correction				
Opérateur (Nom et Prénom)				
Coordonnées de l'opérateur				
Téléphone				
Télécopie				
e-mail				
Appareillage utiisé (marque et type)				
Date de première mise en circulation				
Examen effectué à l'attention de				
Indication de l'examen				
Antécédents				
Résultats examens antérieurs				
Conditions techniques				
Nombre				
Mobilité				
Diamètre bipariétal				
Périmètre céphalique				
Diamètre abdominal transverse				
Distance inter-orbitaire				
Longueur os propres du nez				
Périmètre abdominal				
Longueur fémorale				
Longueur des pieds				
Centiles des mesures (ou courbe)				
Contour boire cranienne				
Volume des ventricules latéraux				
Structures de la ligne médiane				
Septum lucidum				
Cervelet				
Fosse postérieure				
Largeur du cervelet				
Orbites				
Narines				
Lèvres (ou lèvre sup.)				
Profil				
Epaisseur de la nuque				
Aspect des poumons				
Position du cœur				
Quatre cavités				
Equilibre				
Septum inter-ventriculaire				
"Croix du cœur"				
Position des gros vaisseaux				
Fréquence cardiaque				
Position de l'estomac				
Volume gastrique				

Contenu de l'examen du second trimestre - Comparaison des différentes propositions

ECHO DU TROISIEME TRIMESTRE	SFAUMB - SNUDE	CFEF	CNGOF - AUDIPOG	D.I.U.
Volume gastrique				
Position du foie				
Position de la vésicule				
Aspect du grêle				
Calibre grêle et colon				
Paroi abdominale antérieure				
Vessie présente/position				
Volumede la vessie				
Deux reins présents				
Volume des reins				
Echogénicité des reins				
Bassinets visibles/volume				
Organes génitaux externes				
Rachis (signes de spina)				
Cordon trois vaisseaux				
Volume amniotique				
Placenta structure/grade				
Placenta localisation				
Placenta bas-inséré ou non				
CONCLUSION				
Nombre				
Position fœtale				
Phrase synthèse morpho				
Phrase synthèse biométrie				
Placenta bas inséré ou non				
Le cas échéant				
Difficultés				
Quel type de difficulté				
Examen incomplet				
Element inhabituel				
Element suspect				
Element pathologique				
Avis diagnostique				
Contrôle écho proposé				
Autres examens à envisager				
ICONOGRAPHIE				
Diamètre bipariétal (calipers en place).				
Diamètre abdominal transverse (calipers en place).				
Périmètre abdominal (calipers en place).				
Longueur fémorale (calipers en place).				
Placenta (dans sa partie basse)				
Quatre cavités cardiaques				
Courbes des principales mesures (avec leurs références)				
Icono de la morpho/schémas pré-établis				

ECHO DU TROISIEME TRIMESTRE	SFAUMB - SNUDE	CFEF	CNGOF - AUDIPOG	D.I.U.
Nom				
Prénom				
Date de l'examen				
Heure si urgence				
Date de naissance				
Date des dernières règles				
Date de début de grossesse				
Terme Théorique (semaines et jours)				
Terme corrigé (semaines et jours)				
Mode de détermination ou de correction				
Opérateur (Nom et Prénom)				
Coordonnées de l'opérateur				
Téléphone				
Photocopie				
e-mail				
Appareillage utilisé (marque et type)				
Date de première mise en circulation				
Examen effectué à l'attention de				
Indication de l'examen				
Antécédents				
Résultats examens antérieurs				
Nombre				
Présentation				
Coté du dos				
Mobilité fœtale				
Diamètre bipariétal				
Périmètre céphalique				
Diamètre abdominal transverse				
Périmètre abdominal				
Longueur fémorale				
Contour boîte crânienne				
Ventrivules latéraux (volume)				
Structures de la ligne médiane				
cavum septi				
Aspect cervelet				
Distance inter-orbitaire				
Cristallins				
Lèvre supérieure				
Narines				
Profil				
Aspect des poumons				
Position du cœur				
Quatre cavités				
Equilibre des cavités				
Septum Inter-ventriculaire (aspect)				
Septum inter-auriculaire				
Croix du cœur				
Crosse aortique				
Position origine des gros vaisseaux				
Fréquence cardiaque				
Diaphragme				
Position estomac				

Proposition pour l'examen du premier trimestre dans le cadre d'un ACBUS

Identification du praticien effectuant l'échographie :

- Nom
- Prénom
- Adresse
- Téléphone, Photocopie (e-mail éventuellement)
- N° d'inscription à l'Ordre ou N° Adeli

Identification de la patiente :

- Nom
- Prénom
- Date de naissance

Identification du demandeur de l'examen

Indication de la machine utilisée :

- Marque
- Type
- Date de première mise en circulation

Informations initiales :

- Date de l'examen
- Date des dernières règles
- Terme théorique (semaines et jours d'aménorrhée)
- Date de début de grossesse si établi
- Terme corrigé (semaines et jours d'aménorrhée)
- Mode de correction du terme ou de détermination du début de grossesse

Contenu de l'examen :

- Nombre de fœtus
 - (en cas de grossesse multiple : un compte-rendu distinct par fœtus)
- Motilité spontanée
- Normalité de la cardiaque (si inhabituelle : fréquence cardiaque)
- Longueur cranio-caudale exprimée en millimètres
- Diamètre bipariétal exprimé en millimètres
- Aspect du contour de la boîte crânienne
- Absence de particularité de la ligne médiane
- Clarté nucale (exprimée en millimètres et 1/10 de millimètres)
- Paroi abdominale antérieure
- Présence de quatre membres comprenant chacun trois segments
- Volume amniotique
- Aspect du trophoblaste (placenta)
- Absence de masse annexielle suspecte.

Conclusion

- Si examen sans particularité : Une phrase synthétique de l'ensemble.
- Le cas échéant :
 - Correction de terme exprimée en semaines + jours d'aménorrhée et sous forme de proposition de date de début (afin de se protéger des fréquentes "erreurs de roulette").
 - Proposition d'échographie diagnostique.
 - Difficulté technique rencontrée (préciser laquelle).
- En cas de grossesse multiple :
 - Un compte-rendu par embryon
 - Préciser le type : chorionicité.

Iconographie jointe :

- Longueur cranio-caudale, marqueurs de mesure en place (selon schéma ; ** ; respecter les proportions de la présentation).
- Diamètre bipariétal, marqueurs de mesure en place (selon schéma ; **).
- Clarté nucale, marqueurs de mesure en place (selon schéma, **).
- Illustration d'un éventuel élément suspect ou pathologique.
- Biométrie sur abaques référencées.
- En cas de grossesse multiple :
 - Un jeu d'iconographie par embryon
 - Image permettant d'affirmer la chorionicité (membranes).

(**) Ces schémas, établis en s'inspirant du travail du RCOG, sont en cours d'élaboration.

<p style="text-align: center;">Proposition pour l'examen du second trimestre dans le cadre d'un ACBUS</p>
--

Identification du praticien effectuant l'échographie :

- Nom
- Prénom
- Adresse
- Téléphone, Photocopie (e-mail éventuellement)
- N° d'inscription à l'Ordre ou N° Adeli

Identification de la patiente :

- Nom
- Prénom
- Date de naissance

Identification du demandeur de l'examen

Indication de la machine utilisée :

- Marque
- Type
- Date de première mise en circulation

Informations initiales :

- Date de l'examen
- Date des dernières règles
- Terme théorique (semaines et jours d'aménorrhée)
- Date de début de grossesse si établi
- Terme corrigé (semaines et jours d'aménorrhée)
- Mode de correction du terme ou de détermination du début de grossesse

Contenu de l'examen

- Nombre de fœtus
 - (en cas de grossesse multiple : un compte-rendu distinct par fœtus)
- Mobilité spontanée
- Diamètre bipariétal exprimé en millimètres
- Périmètre céphalique exprimé en millimètres
- Périmètre abdominal exprimé en millimètres
- Longueur fémorale exprimée en millimètres
- Contour de la boîte crânienne
- Aspect des ventricules latéraux
- Structures de la ligne médiane
- Cavum septi
- Aspect du cervelet
- Lèvre supérieure
- Aspect des poumons

- Position du cœur
- Quatre cavités cardiaques
- Equilibre des cavités
- Position des gros vaisseaux
- Normalité de la fréquence cardiaque (si inhabituelle : fréquence cardiaque)
- Position de l'estomac
- Aspect de l'estomac
- Aspect de l'intestin (absence d'hyperéchogénicité ou de dilatation)
- Paroi abdominale antérieure
- Aspect et volume de la vessie
- Reins d'aspect habituel.
- Rachis d'aspect habituel.
- Quatre membres
- Chaque membre comporte trois segments
- Trois vaisseaux au cordon
- Estimation qualitative du volume amniotique
- Placenta d'aspect habituel.
- Placenta localisation : signaler si bas-inséré.

Conclusion :

- Si examen sans particularité :
 - Nombre de fœtus.
 - Une phrase synthétique de l'examen morphologique
 - Une phrase synthétique relative à la biométrie
- Le cas échéant :
 - Élément inhabituel ou suspect
 - Demande d'avis diagnostique
 - Difficulté technique rencontrée (préciser laquelle).
- En cas de gémellité :
 - Un compte-rendu par fœtus

Iconographie :

- Mesure du diamètre bipariétal (marqueurs en place)
- Mesure du périmètre céphalique (marqueurs en place)
- Mesure du périmètre abdominal (marqueurs en place)
- Mesure de la longueur fémorale (marqueurs en place)
- Inscription des mesures sur un diagramme référencé.
- Images correspondants aux schémas morphologiques proposés (**).
- Illustration d'un éventuel élément suspect ou pathologique.
- En cas de grossesse multiple :
 - Un jeu de clichés par fœtus

(**) Ces schémas, établis en s'inspirant du travail du RCOG, sont en cours d'élaboration.

<p style="text-align: center;">Proposition pour l'examen du troisième trimestre dans le cadre d'un ACBUS</p>

Identification du praticien effectuant l'échographie :

- Nom
- Prénom
- Adresse
- Téléphone, Photocopie (e-mail éventuellement)

Identification de la patiente :

- Nom
- Prénom
- Date de naissance

Identification du demandeur de l'examen

Indication de la machine utilisée :

- Marque
- Type
- Date de première mise en circulation

Informations initiales :

- Date de l'examen
- Date des dernières règles
- Terme théorique (semaines et jours d'aménorrhée)
- Date de début de grossesse si établi
- Terme corrigé (semaines et jours d'aménorrhée)
- Mode de correction du terme ou de détermination du début de grossesse

Contenu de l'examen

- Nombre d'embryons
- Présentation
- Coté du dos
- Mobilité spontanée
- Diamètre bipariétal
- Périmètre céphalique
- Périmètre abdominal
- Longueur fémorale
- Contour de la boîte crânienne
- Aspect des ventricules latéraux
- Structures de la ligne médiane
- Cavum septi
- Aspect du cervelet

- Aspect des poumons
- Position du cœur
- Quatre cavités cardiaques
- Equilibre des cavités
- Position des gros vaisseaux
- Normalité de la fréquence cardiaque (si inhabituelle : fréquence cardiaque)
- Position de l'estomac
- Volume (subjectif) de l'estomac
- Visualisation de la vésicule
- Aspect de l'intestin (absence d'hyperéchogénicité ou de dilatation)
- Paroi abdominale antérieure
- Visualisation et volume (subjectif) de la vessie
- Reins d'aspect habituel.
- Rachis d'aspect habituel.
- Volume (subjectif) amniotique
- Placenta structure
- Placenta localisation
- Signaler si bas-inséré.

Conclusion :

- Si examen sans particularité :
 - Nombre de fœtus.
 - Une phrase synthétique de l'examen morphologique
 - Une phrase synthétique relative à la biométrie
 - Placenta bas-inséré ou non
- Le cas échéant :
 - Élément inhabituel ou suspect
 - Demande d'avis diagnostique
 - Difficulté technique rencontrée (préciser laquelle).
- En cas de gémellité :
 - Un compte-rendu par fœtus

Iconographie :

- Mesure du diamètre bipariétal (marqueurs en place)
- Mesure du périmètre céphalique (marqueurs en place)
- Mesure du périmètre abdominal (marqueurs en place)
- Mesure de la longueur fémorale(marqueurs en place)
- Inscription des mesures sur un diagramme.
- Images correspondants aux schémas morphologiques proposés.
- En cas de gémellité :
 - Un jeu de clichés par fœtus

COLLEGE FRANÇAIS D'ECHOGRAPHIE FŒTALE

«GUIDES D'EXAMEN DE DEPISTAGE»

HISTORIQUE:

Dans une démarche d'Assurance-Qualité, les membres du Collège Français d'Echographie fœtale ont analysé les différents constituants de l'acte d'échographie fœtale.

Certains paramètres sont trop complexes à cerner (qualité du matériel), d'autres demanderont de nombreuses années à porter leurs fruits (formation initiale par le D.I.U., impératif de formation continue). Quand bien même une action rapide et efficace serait effectuée concernant ces points, améliorant sensiblement les conditions générales de la pratique, elle ne produirait pas nécessairement les mêmes effets sur la qualité individuelle des actes d'échographie fœtale.

C'est de manière pragmatique que nous en sommes venus à l'établissement de ces "Guides d'Examen Echographique du Fœtus" (G.E.F.) afin d'aider au quotidien chaque praticien, sans nuire à l'hétérogénéité des formations, des disciplines d'origine et des modalités d'exercice.

Ces protocoles ont été élaborés grâce à la collaboration et à la concertation de près d'une centaine de médecins pratiquant régulièrement et assidûment l'échographie fœtale et possédant tous une longue expérience concrète sur le terrain.

LE CONCEPT DE "GUIDE D'EXAMEN ECHOGRAPHIQUE":

Chaque protocole réunit, pour un terme donné, les éléments sur lesquels il convient de se prononcer pour considérer que l'examen échographique est achevé. Les paramètres ont été retenus pour leur valeur de dépistage ou parce qu'ils représentent des balises importantes dans le parcours de l'acte d'échographie. Dans tous les cas, les items retenus sont à la portée d'un praticien "de base", normalement équipé et dans des conditions habituelles d'examen. Aucune prouesse technique n'est sollicitée, le cas échéant une courte formation complémentaire doit permettre l'acquisition des compétences nécessaires.

Il ne s'agit pas à proprement parler d'une norme professionnelle ni d'un Etat de l'Art et les professionnels réunis pour l'établissement de ces modèles ont

personnellement une exigence sensiblement plus exhaustive que ce qui est proposé ici.

Ces Guides ont pour vocation de permettre à chacun d'assurer sa pratique et de se protéger contre des baisses de vigilance (syndrome de la sentinelle endormie) ou des renoncements devant l'impossibilité de parvenir à visualiser telle ou telle structure (la difficulté est souvent le masque de la pathologie). Dans le même temps, l'obligation que chacun se fait de répondre à un minimum de questions pré-établies est un facteur d'émulation et d'auto-promotion.

UTILISATION DES MODELES ETABLIS PAR LE C.F.E.F.

Nous n'avons établi à ce jour que les modèles correspondant aux trois examens pratiqués en routine à 12, 22 et 32 semaines. En conséquence, leur utilisation à d'autres termes ou dans un contexte de risque ou de pathologie ne serait pas pertinente.

Les modèles proposés peuvent être utilisés en l'état. Ils ont été rédigés de telle sorte qu'il soit possible de répondre simplement par la positive à la majorité des lignes d'items. Le compte-rendu correspond à l'addition des items retenus pour la partie "En-tête et Identification" et de ceux correspondant à l'examen considéré. Le caractère délibérément minimaliste des compte-rendus proposés demande une réponse positive à tous les items proposés. Dans le cas contraire, il convient de compléter l'examen resté inachevé ou de demander un contrôle.

Si les items proposés sont considérés comme impératifs, il est tout à fait possible de leur ajouter autant de paramètres qu'on le souhaite et d'établir ses propres modèles de comptes-rendus. Ce qui nous semble important c'est de:

1. considérer ces modèles comme une plate-forme de dépistage.
2. accepter de s'auto-imposer un examen minimum pour chaque période de la gestation.
3. postuler qu'il est alors incontournable.

L'établissement de ces guides est le fruit d'un lourd investissement personnel des membres du Collège Français d'Echographie Fœtale et leur effort va se poursuivre pour la définition des modèles applicables aux autres périodes de la gestation ou dans certains contextes particuliers. Si vous utilisez ces modèles dans votre pratique merci d'aider à leur diffusion et de nous encourager en le mentionnant (comme il l'est demandé dans la partie En-tête et Identification).

COLLEGE FRANÇAIS D'ECHOGRAPHIE FŒTALE
“GUIDE D'EXAMEN DE DEPISTAGE”

EN TETE ET IDENTIFICATION

- NOM:
- PRENOM:
- DATE DE NAISSANCE:..... - - / - - / - -
- DATE DE L'EXAMEN: - - / - - / - -
- DATE DES DERNIERES REGLES: - - / - - / - -
- DATE DE DEBUT DE GROSSESSE: - - / - - / - -
- TERME THEORIQUE (semaines d'aménorrhée révolues):..... - - SA et - jours
- TERME CORRIGE (semaines d'aménorrhée révolues): - - SA et - jours
- MODE DE DETERMINATION OU DE CORRECTION:
- OPERATEUR:.....
- COORDONNEES DE L'OPERATEUR:
- NUMERO TELEPHONE: - - - - - - - - - -
- NUMERO TELECOPIE: - - - - - - - - - -
- INDICATION DE L'APPAREILLAGE (marque et type):
- DATE DE PREMIERE MISE EN CIRCULATION: - - / - - / - -
- ECHOGRAPHIE A L'ATTENTION DE:
- MENTION: «COMPTE-RENDU ETABLI SELON LE PROTOCOLE DU COLLEGE FRANÇAIS D'ECHOGRAPHIE FŒTALE».

COLLEGE FRANÇAIS D'ECHOGRAPHIE FŒTALE
“GUIDE D'EXAMEN DE DEPISTAGE”

ECHOGRAPHIE A 12 SEMAINES

1. GROSSESSE MONOFŒTALE.....O
2. LA MOBILITE FŒTALE EST NORMALE.....O
3. LA FREQUENCE CARDIAQUE EST DEbts/mn
4. LA LONGUEUR CRANIO-CAUDALE MESURE..... - - mm
5. LE DIAMETRE BIPARIETAL MESURE..... - - mm
6. LA LONGUEUR FEMORALE MESURE..... - - mm
7. LE CONTOUR DE LA BOITE CRANIENNE EST D'ASPECT NORMAL.....O
8. LE CONTENU CEPHALIQUE EST CONFORME POUR LE TERME.....O
9. L'ÉPAISSEUR DE LA CLARTE NUCALE MESURE (mesure en 1/10 de mm) - , - mm
10. L'ESTOMAC EST EN POSITION NORMALE.....O
11. LA PAROI ABDOMINALE ANTERIEURE PARAÎT INTEGREO
12. LA VESSIE EST DE VOLUME (subjectif) NORMAL.....O
13. LE RACHIS EST D'ASPECT ECHOGRAPHIQUE CONFORME POUR LE TERME.....O
14. LES QUATRE MEMBRES SONT PRESENTS ET COMPORTENT TROIS SEGMENTS.....O
15. LE VOLUME AMNIOTIQUE (subjectif) EST NORMAL.....O
16. LE PLACENTA EST D'ECHOSTRUCTURE NORMALE.....O

CONCLUSION (en caractères gras):

- ❖ **GROSSESSE INTRA-UTERINE MONOFŒTALE NORMALEMENT EVOLUTIVE POUR LE TERME.**
- ❖ **LE CAS ECHEANT:**
 - **CORRECTION DE TERME D'APRES LA BIOMETRIE (si discordance supérieure à 3 jours).**
 - **SIGNALER UNE DIFFICULTE TECHNIQUE ET SA NATURE.**
 - **FAIRE UNE PROPOSITION DE CONTROLE.**
 - **FOURNIR UN AVIS DIAGNOSTIQUE.**

ICONOGRAPHIE

1. LONGUEUR CRANIO-CAUDALE (calipers en place).
2. DIAMETRE BIPARIETAL (calipers en place).
3. CLARTE NUCALE (calipers en place).

COLLEGE FRANÇAIS D'ECHOGRAPHIE FŒTALE

“GUIDE D'EXAMEN DE DEPISTAGE”

ECHOGRAPHIE A 22 SEMAINES

1. GROSSESSE MONOFŒTALEO
2. LA MOBILITE FŒTALE EST NORMALE.....O
3. LE DIAMETRE BIPARIETAL MESURE..... - - mm
4. LE DIAMETRE ABDOMINAL TRANSVERSE MESURE..... - - mm
5. LA DISTANCE INTER-(médio) ORBITAIRE MESURE - - mm
6. LA LONGUEUR DES OS PROPRES DU NEZ MESURE..... - mm
7. LE PERIMETRE ABDOMINAL MESURE- - - mm
8. LA LONGUEUR FEMORALE (échographiquement mesurable) MESURE - - mm
9. LA LONGUEUR DES PIEDS (plante du pied) MESURE - - mm
10. LE CONTOUR DE LA BOITE CRANIENNE EST D'ASPECT NORMAL.....O
11. LE VOLUME (subjectif) DES VENTRICULES LATERAUX EST NORMALO
12. LES STRUCTURES DE LA LIGNE MEDIANE SONT NORMALEMENT VISUALISEES...O
13. LE CERVELET EST D'ASPECT ECHOGRAPHIQUE NORMALO
14. LA LARGEUR DU CERVELET MESURE..... - - mm
15. LES NARINES SONT D'ASPECT ECHOGRAPHIQUE NORMAL.....O
16. LES LEVRES SONT D'ASPECT ECHOGRAPHIQUE NORMALO
17. L'ÉPAISSEUR NUCALE MESURE..... - - mm
18. LES POUMONS SONT D'ASPECT ECHOGRAPHIQUE NORMAL.....O
19. LA POSITION DU CŒUR EST NORMALE.....O
20. LES QUATRE CAVITES CARDIAQUES SONT PRESENTES.....O
21. ELLES SONT EQUILIBREES.....O
22. LE SEPTUM INTER-VENTRICULAIRE EST D'ASPECT ECHOGRAPHIQUE NORMAL..O
23. LA POSITION DE L'ORIGINE DES GROS VAISSEAUX EST NORMALE.....O
24. LA FREQUENCE CARDIAQUE EST DE - - - bts/mn
25. LA POSITION DE L'ESTOMAC EST NORMALE.....O
26. LE VOLUME GASTRIQUE EST NORMAL.....O
27. LA POSITION DU FOIE EST NORMALEO
28. LA POSITION DE LA VESICULE BILIAIRE EST NORMALEO
29. L'ASPECT DE L'INTESTIN GRELE (calibre et échogénicité) EST NORMAL.....O
30. LA PAROI ABDOMINALE ANTERIEURE EST INTEGREO
31. LA VESSIE EST EN POSITION NORMALE.....O
32. LE VOLUME (subjectif) DE LA VESSIE EST NORMAL.....O
33. LES DEUX REINS SONT PRESENTS.....O
34. LE VOLUME RENAL (subjectif) EST NORMAL.....O
35. L'ECHOGENICITE RENALE EST NORMALEO

- 36. LES BASSINETS SONT VISIBLES ET DE VOLUME NORMAL.....O
- 37. LE RACHIS (examen longitudinal et transversal) EST D'ASPECT NORMAL.....O
- 38. LE REVETEMENT CUTANE POSTERIEUR EST D'ASPECT NORMAL.....O
- 39. IL EXISTE DEUX MEMBRES INFERIEURS ET DEUX PIEDS.....O
- 40. IL EXISTE DEUX MEMBRES SUPERIEURS ET DEUX MAINS.....O
- 41. IL EXISTE DES MOUVEMENTS D'OUVERTURE DES MAINSO
- 42. LE CORDON COMPORTE TROIS VAISSEAUX.....O
- 43. LE VOLUME AMNIOTIQUE (subjectif) EST NORMAL.....O
- 44. LE PLACENTA EST D'ECHOSTRUCTURE NORMALE.....O
- 45. LE PLACENTA EST (principalement):ANT..O ; POST..O; LATER. D..O; LATER. G..O
- 46. IL EST ACTUELLEMENT..... BAS-INSERE..O ; NON-BAS-INSERE..O

CONCLUSION (en caractères gras):

- ❖ **GROSSESSE MONOFETALE.**
- ❖ **LE BILAN MORPHOLOGIQUE NE REVELE PAS D'ANOMALIE.**
- ❖ **LA BIOMETRIE EST NORMALE (appréciation semi-quantitative).**
- ❖ **DOIVENT ETRE MENTIONNES:**
 - **L'EXISTENCE DE DIFFICULTES D'EXAMEN**
 - **LA NATURE DE CES DIFFICULTES**
 - **LE CARACTERE EVENTUELLEMENT INCOMPLET DE L'EXAMEN**
 - **LES ELEMENTS INHABITUELS**
 - **LES ELEMENTS SUSPECTS**
 - **LES ELEMENTS PATHOLOGIQUES**
- ❖ **LE CAS ECHEANT, IL SERA PROPOSE:**
 - **UN AVIS DIAGNOSTIQUE**
 - **UN CONTROLE ECHOGRAPHIQUE**
 - **DES INVESTIGATIONS COMPLEMENTAIRES**

ICONOGRAPHIE

- ❖ **DIAMETRE BIPARIETAL (calipers en place).**
- ❖ **DIAMETRE ABDOMINAL TRANSVERSE (calipers en place).**
- ❖ **PERIMETRE ABDOMINAL (calipers en place).**
- ❖ **LONGUEUR FEMORALE (calipers en place).**
- ❖ **CERVELET (calipers en place)**
- ❖ **PLACENTA (dans sa partie basse)**
- ❖ **QUATRE CAVITES CARDIAQUES**
- ❖ **ESTOMAC**
- ❖ **COURBES DES PRINCIPALES MESURES (avec leurs références)**

COLLEGE FRANÇAIS D'ECHOGRAPHIE FŒETALE
“GUIDE D'EXAMEN ECHOGRAPHIQUE DU FŒETUS”

ECHOGRAPHIE A 32 SEMAINES

1. GROSSESSE MONOFŒETALEO
2. LE FŒETUS EST EN PRESENTATION
3. LE DOS EST
4. LA MOBILITE FŒETALE EST NORMALEO

5. LE DIAMETRE BIPARIETAL MESURE - - - mm (- - ème centile)
6. LE PERIMETRE CEPHALIQUE MESURE - - - mm (- - ème centile)
7. LE DIAMETRE ABDOMINAL TRANSVERSE MESURE - - - mm (- - ème centile)
8. LE PERIMETRE ABDOMINAL MESURE..... - - - mm (- - ème centile)
9. LA LONGUEUR FEMORALE (échographiquement mesurable) MESURE - - mm (- - ème centile)

10. LE CONTOUR DE LA BOITE CRANIENNE EST D'ASPECT NORMALO
11. LE VOLUME (subjectif) DES VENTRICULES LATERAUX EST NORMAL.....O
12. LES STRUCTURES DE LA LIGNE MEDIANE SONT NORMALEMENT VISUALISEESO
13. LE CERVELET EST D'ASPECT ECHOGRAPHIQUE NORMAL.....O
14. LES POUMONS SONT D'ASPECT ECHOGRAPHIQUE NORMALO
15. LA POSITION DU CŒUR EST NORMALEO
16. LES QUATRE CAVITES CARDIAQUES SONT PRESENTES.....O
17. ELLES SONT EQUILIBREESO
18. LE SEPTUM INTER-VENTRICULAIRE EST D'ASPECT ECHOGRAPHIQUE NORMALO
19. LA POSITION DE L'ORIGINE DES GROS VAISSEAUX EST NORMALEO
20. LA FREQUENCE CARDIAQUE EST DE..... - - - bts/mn
21. LA POSITION DE L'ESTOMAC EST NORMALE.....O
22. LE VOLUME GASTRIQUE EST NORMAL.....O
23. LA POSITION DU FOIE EST NORMALE.....O
24. LA POSITION DE LA VESICULE BILIAIRE EST NORMALE.....O
25. L'ASPECT DE L'INTESTIN GRELE (calibre et échogénicité) EST NORMALO
26. LE CALIBRE INTESTINAL (grèle et colon) EST NORMAL (dans les limites de la physiologie).O
27. LA PAROI ABDOMINALE ANTERIEURE EST INTEGRE.....O
28. LA VESSIE EST EN POSITION NORMALEO
29. LE VOLUME (subjectif) DE LA VESSIE EST NORMAL.....O
30. LES DEUX REINS SONT PRESENTSO
31. LE VOLUME RENAL (subjectif) EST NORMALO
32. L'ECHOGENICITE RENALE EST NORMALE.....O
33. LES BASSINETS SONT VISIBLES ET DE VOLUME NORMAL.....O

34. LE RACHIS (examen longitudinal et transversal) EST D'ASPECT NORMAL.....O
35. LE CORDON COMPORTE TROIS VAISSEAUX.....O
36. LE VOLUME AMNIOTIQUE (subjectif) EST NORMAL.....O
37. LE PLACENTA EST DE GRADE (classification de Grannum).....-
38. LE PLACENTA EST (principalement):ANT..O ; POST..O; LATER. D..O; LATER. G..O
39. IL EST.....BAS-INSERE TYPE...- ; NON-BAS-INSERE..O

CONCLUSION (en caractères gras):

- ❖ GROSSESSE MONOFŒTALE.
- ❖ LE FŒTUS EST EN PRESENTATION
- ❖ LE BILAN MORPHOLOGIQUE NE REVELE PAS D'ANOMALIE.
- ❖ LA BIOMETRIE EST NORMALE (appréciation semi-quantitative).
- ❖ LE PLACENTA EST :.....BAS-INSERE TYPE...- / NON-BAS-INSERE
- ❖ DOIVENT ETRE MENTIONNES:
 - L'EXISTENCE DE DIFFICULTES D'EXAMEN
 - LA NATURE DE CES DIFFICULTES
 - LE CARACTERE EVENTUELLEMENT INCOMPLET DE L'EXAMEN
 - LES ELEMENTS INHABITUELS
 - LES ELEMENTS SUSPECTS
 - LES ELEMENTS PATHOLOGIQUES
- ❖ LE CAS ECHEANT, IL SERA PROPOSE:
 - UN AVIS DIAGNOSTIQUE
 - UN CONTROLE ECHOGRAPHIQUE
 - DES INVESTIGATIONS COMPLEMENTAIRES

ICONOGRAPHIE

1. DIAMETRE BIPARIETAL (calipers en place).
2. DIAMETRE ABDOMINAL TRANSVERSE (calipers en place).
3. PERIMETRE ABDOMINAL (calipers en place).
4. LONGUEUR FEMORALE (calipers en place).
5. PLACENTA (dans sa partie basse)
6. QUATRE CAVITES CARDIAQUES
7. COURBES DES PRINCIPALES MESURES (avec indication de leurs références).

Guide d'utilisation du compte-rendu échographique CNGOF-AUDIPOG

L'AUDIPOG, associée au **CNGOF**, s'appuyant sur d'autres sociétés savantes, en particulier le **CFEF**, ont constitué un groupe de travail fédérateur afin de concevoir un compte-rendu échographique commun permettant de constituer une base de données échographiques informatisée commune, complémentaire de l'actuelle base de données périnatales CNGOF/AUDIPOG.

Composition du groupe de travail :

G. BRODATY - M. COLLET - C. CRENN HEBERT - F. DESCHAMPS - R. FAVRE - G. GRANGE –
R. JENY - N. MAMELLE - V. MIRLESSE - S. ROCHE

L'objectif est de mettre à disposition de tous les praticiens des outils consensuels, performants, informatifs et communicants, basé sur l'élaboration d'un compte-rendu type associé à des courbes de référence, l'importance de cette démarche n'étant plus à démontrer.

Présentation du travail du groupe :

Le compte-rendu échographique est obligatoire en tant que véhicule de l'information : c'est un constat irremplaçable et un élément de preuve (à charge ou à décharge).

C'est pourquoi il doit être établi aux meilleures dates informatives : 12-13 SA, 22-24 SA, 33-34 SA et être précédé d'une information du couple sur les limites et les conséquences éventuelles de l'échographie.

- Les informations doivent comprendre : les identifiants, les données brutes, les conclusions avec analyse claire, une iconographie et des courbes
- La rédaction doit être : précise, lisible, compréhensible des patients et des multiples intervenants et doit comporter : des propos clairs et sans ambiguïté ainsi qu'une conclusion contributive et sans complication inutile.

Ces impératifs ont guidé les participants de notre groupe, constitué de praticiens d'horizons différents, qui se sont réunis tous les mois pendant un an.

Ce groupe de travail fédérateur a élaboré un compte-rendu échographique type, rédigé un guide de bonnes pratiques échographiques comprenant les courbes de référence choisies (celles du CFEF) et mis au point un cahier des charges de l'informatisation de ce dossier comprenant des contrôles de qualité et des consignes d'édition en clair du compte-rendu. Le compte rendu a été voulu synthétique et nécessairement évolutif. Un module Doppler peut y être associé.

La proposition de compte-rendu élaborée par le groupe a été relue de façon critique par un groupe d'experts.

Les critiques faites à cette démarche portent sur la normativité, l'élitisme, le risque d'entraîner une opposabilité aux organismes sociaux et de provoquer un risque médico-légal en cas d'oubli d'un élément de la "check list". Ces critiques sont recevables. Cependant, les avantages de ce modèle d'examen nous paraissent prévaloir :

- c'est un guide d'examen qui atteste d'une démarche qualité réfléchie sur un modèle consensuel ayant pour but d'améliorer la pertinence diagnostique de l'échographie ;
- il donne un canevas diagnostique acceptable par tous qui peut, par ses limites, être protecteur sur le plan médico-légal ;
- le traitement informatique permet d'avoir une base de données communes à large échelle ouvrant des perspectives de recueil épidémiologique fiable et de travaux statistiquement valables.

Présentation des dossiers :

- dossier "compte-rendu échographique" (E11) : contenant un compte-rendu d'échographie fœtale type par trimestre plus un éventuel compte-rendu doppler (pour les second et troisième trimestres). Ce dossier est à utiliser qu'il s'agisse d'une grossesse unique ou multiple, en cas de grossesse multiple, on l'utilisera pour le premier fœtus
- dossier "compte-rendu échographique grossesse multiple" (E12) : ce dossier est à utiliser pour un second voire un troisième fœtus... (il est conseillé d'utiliser la même courbe en dernière page du dossier principal pour les deux fœtus) ;
- dossier "échographie supplémentaire" (E13) : les dossiers E 11 et E12 ne comprenant qu'une seule échographie par trimestre, une fiche supplémentaire pourra être utilisée pour chaque échographie supplémentaire, qu'il s'agisse d'une grossesse unique ou multiple (et quel que soit le trimestre).

Présentation des mesures biométriques et des courbes de référence :

Nous avons retenu les mensurations fœtales essentielles suivantes :

au 1^{er} trimestre :

- la longueur cranio-caudale (fig.1)
la courbe de référence étant celle de Robinson
- le Bip (fig.2) et le fémur (fig.2)
les courbes de référence étant celles du CFEF entre 10 et 15 SA

au 2^{ème} et 3^{ème} trimestre :

- les mesures des différents paramètres biométriques retenus sont le diamètre bipariétal, le périmètre céphalique, le diamètre abdominal et la longueur du fémur.
- Les recommandations, émises par le groupe, concernant les techniques échographiques, ont tenu compte des protocoles établis par le Conseil Scientifique du CFEF
- Les courbes de référence choisies sont celles du CFEF

• Diamètre bipariétal et périmètre céphalique

Les mesures du DBP et du PC sont réalisées sur un même plan de coupe axial du pôle céphalique. Ce plan passe d'avant en arrière par le septum lucidum, les thalami et les cornes postérieures des ventricules latéraux. Il était moins oblique que le plan passant par le cervelet, fréquemment utilisé. La mesure du BIP est réalisée avec un positionnement des calipers "table externe proximale - table interne distale", celles-ci fournissant des résultats très proches de ceux obtenus en utilisant la recommandation du CFEF (c'est à dire avec le positionnement des calipers au milieu de chaque table osseuse pariétale, en effectuant si nécessaire une modification du gain du faisceau d'ultrasons de façon à matérialiser les contours céphaliques par un fin liseré échogène). La mesure du PC est obtenue grâce au système de construction automatique d'ellipses dont sont équipés les matériels actuels. Ainsi, les mesures ne correspondent pas aux normes pédiatriques.

cf. sur le dossier : Courbe de référence du BIP (fig.3) - Courbe de référence du PC (fig.3)

• Diamètre abdominal transverse et périmètre abdominal.

Les mesures du DAT et du PA sont réalisées sur un même plan de coupe transversal de l'abdomen. Ce plan perpendiculaire au rachis, passe par la partie moyenne de la veine ombilicale, par les surrénales, c'est-à-dire au-dessus du pôle supérieur des reins. L'estomac n'est pas toujours visible sur ce plan de mesure. Il est situé légèrement plus haut que le plan passant par la jonction entre la paroi abdominale et la partie antérieure de la veine ombilicale dont le trajet peut être d'une grande variabilité. La mesure inclue le plan cutané (mesure externe-externe). La mesure du PA est obtenue grâce au système de construction automatique d'ellipses ou, si son utilisation est rendue impossible en raison de la position fœtale ou de la forme de l'abdomen, par le système de trace continue.

cf. sur le dossier : Courbe de référence du PA (fig.3)

• Longueur fémorale

La mesure concerne exclusivement la diaphyse ossifiée. Celle-ci doit être visualisée perpendiculairement à l'axe de propagation du faisceau d'ultrasons, les marqueurs étant situés sur le grand trochanter et sur l'extrémité inférieure de la diaphyse. Le col fémoral est exclu de la mesure, de même que les points d'ossification épiphysaires éventuellement présents.

Cf. sur le dossier : Courbe de référence du Fémur (fig.3)

Description morphologique

Cœur : - croisement des gros vaisseaux : comprend la continuité micro-aortique et le départ de l'artère pulmonaire
- croix du cœur : correspond à la jonction des valvules auriculo-ventriculaires du septum primum

Tous les indicateurs retenus ont fait l'objet d'un consensus au sein du groupe et ont été validés par des travaux récents. Ce compte-rendu synthétique, à caractère pédagogique, est destiné aux échographistes dans le cadre d'une activité de dépistage. Il ne prétend donc pas à l'exhaustivité et pourra être complété dans le cadre d'une activité de centre de référence.

Ce compte-rendu d'échographie type pour chaque trimestre de la grossesse laisse une marge de liberté rédactionnelle à chaque praticien. Par exemple, l'examen des membres n'est pas décrit au troisième trimestre mais laissé à l'appréciation de chacun.

En vous proposant ce compte-rendu nous vous remercions de nous transmettre vos différentes remarques afin d'en tenir compte pour une prochaine mise à jour après un an d'expérience.

Conclusion :

Nous espérons que ces outils aideront l'ensemble des acteurs du diagnostic anténatal et permettront d'unifier le recueil des informations indispensables à une analyse critique des pratiques et des résultats.



COMPTE-RENDU ECHOGRAPHIQUE

(E11)

IMPRESSION DU DOSSIER
EN QUADRICOULEUR

IDENTIFICATION DE LA MERE ET RENSEIGNEMENTS GENERAUX

NOM : NOM de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance: Age :

N° S.S. :

Adresse :

Commune Code postal :

N° de téléphone :

Poids habituel : kg Taille : cm

Parité (nb de gross. ant. terminées par un accouchement \geq 22 SA) :

Taille du père : cm

NOM DE L'ETABLISSEMENT
OU DU CABINET
.....

N° DE SERVICE MATERNITE
.....

GROSSESSE SUIVIE PAR
.....

NIP
.....

N° D'INSCRIPTION
Année :
Numéro :

N° D'ARCHIVAGE
.....

N° DE SERVICE
ECHOGRAPHIQUE
.....

N° DE DOSSIER
.....

RESUME

Antécédents:

Grossesse: DDR :

Conclusion : 1^{er} trimestre : DDG fixée au :

2^{ème} trimestre :

3^{ème} trimestre :

Sacs ovulaires

Nombre de cavités amniotiques:

Localisation du ou des sacs ovulaires : intra utérin extra utérin intra et extra utérin non vus

Si sac(s) intra utérin(s): aspect normal suspicion de fausse couche

fausse couche (nombreux débris)

Si sac(s) non vu(s): suspicion d'erreur de terme môle

suspicion de fausse couche complète

Nombre d'embryons:

(en cas de grossesse multiple, utiliser le dossier "grossesse multiple" pour le deuxième embryon ; détermination du terme sur ce dossier)

Vitalité

Activité cardiaque : oui non

Mouvements actifs: oui non

Biométrie

LCC (mm) :

BIP (mm) :

Fémur (mm) :

Clarté nucale (mm) :

_ AG estimé (à partir du LCC) : Sem J

_ AG estimé (à partir du BIP) : Sem J

Morphologie fœtale

Contour céphalique régulier : oui non

Ligne médiane d'aspect habituel: oui non

Paroi abdominale antérieure intègre : oui non

Estomac vu : oui non si vu, en place: oui non

Vessie vue : oui non

4 membres à 3 segments présents : oui non

Annexes fœtales

Liquide amniotique d'abondance normale : oui non

Trophoblaste-placenta d'aspect normal : oui non

Conclusion de l'échographie du 1^{er} trimestre

Grossesse : intra-utérine/extra utérine :

normalement évolutive/autre :

monofoetale/gémellaire/autre:

Détermination du terme d'après : conformité AG théorique et AG échographique correction échographique acceptée (AG LCC) autre correction échographique

AG fixé à: sem j

Clarté nucale : Signe d'appel : non oui

Morphologie: Signe d'appel : non oui

Autre signe : Signe d'appel : non oui

Organes génitaux externes

Si vus : phénotype : vus non vus non recherchés
d'aspect habituel : M F sexe révélé : oui non
 oui non

Membres

Supérieurs : 3 segments vus : oui non
Mains : ouvertes fermées
Inférieurs : 3 segments vus : oui non
Pieds vus : oui non
Si vus, bien positionnés : oui non

Annexes fœtales

Liquide amniotique : abondance normale oligoamnios
 anamnios hydramnios
 excès de liquide
Placenta: Localisation : antérieure postérieure latérale droit latérale gauche
 fundique antéro fundique postéro fundique
Situation : normale bas inséré non recouvrant recouvrant
Cordon : 3 vaisseaux vus artère ombilicale unique
si unique : droite gauche

Conclusion de l'échographie du 2^{ème} trimestre

Croissance : Signe d'appel : non oui
Morphologie : Signe d'appel : non oui
Autre signe : Signe d'appel : non oui

Nécessité de contrôle échographique en raison de :
 conditions d'examen non satisfaisantes signe biométrique signe morphologique
 anomalie des annexes autre:

Nécessité d'examen doppler en raison de :
 antécédent obstétrical suivi pathologie maternelle suivi pathologie fœtale
 grossesse multiple autre:

Avis ou autre examen complémentaire demandé : oui non

Compléments au compte rendu :

COMPTE-RENDU D'EXAMEN DOPPLER
(sur indication seulement)

Index ombilical :
Flux diastolique : normal diminué nul reverse flow
Index cérébral :
Flux diastolique : normal augmenté
Index artère utérine: droite: Présence de notch: non oui
gauche: Présence de notch: non oui
Autre mesure:

Organes génitaux externes

Si vus : phénotype : vus non vus non recherchés
d'aspect habituel : M F oui non
sexe révélé : oui non
 oui non :

Annexes fœtales

Liquide amniotique : abondance normale anamnios oligoamnios excès de liquide hydramnios

Placenta : Situation : normale bas inséré non recouvrant recouvrant
si non recouvrant, distance bord placenta et orifice interne du col (mm)

Localisation : antérieure postérieure latérale droit latérale gauche
 fundique antéro fundique postéro fundique

Structure : aspect normal hyperéchogène

Cordon : 3 vaisseaux vus artère ombilicale unique
si unique : droite gauche

Conclusion de l'échographie du 3^{ème} trimestre

Présentation : céphalique autre

Situation placentaire : normal bas inséré

Bien être fœtal : oui à surveiller

Croissance : Signe d'appel : non oui

Morphologie : Signe d'appel : non oui

Autre signe : Signe d'appel : non oui

Nécessité de contrôle échographique en raison de :
 conditions d'examen non satisfaisantes signe biométrique signe morphologique
 anomalie des annexes autre:

Nécessité d'examen doppler en raison de :
 antécédent obstétrical suivi pathologie maternelle suivi pathologie fœtale
 grossesse multiple autre:

Avis ou autre examen complémentaire demandé : non oui

Compléments au compte-rendu

COMPTE-RENDU D'EXAMEN DOPPLER

(sur indication seulement)

Index ombilical :

Flux diastolique : normal diminué nul reverse flow

Index cérébral :

Flux diastolique : normal augmenté

Index artère utérine: droite: Présence de notch: non oui
gauche: Présence de notch: non oui

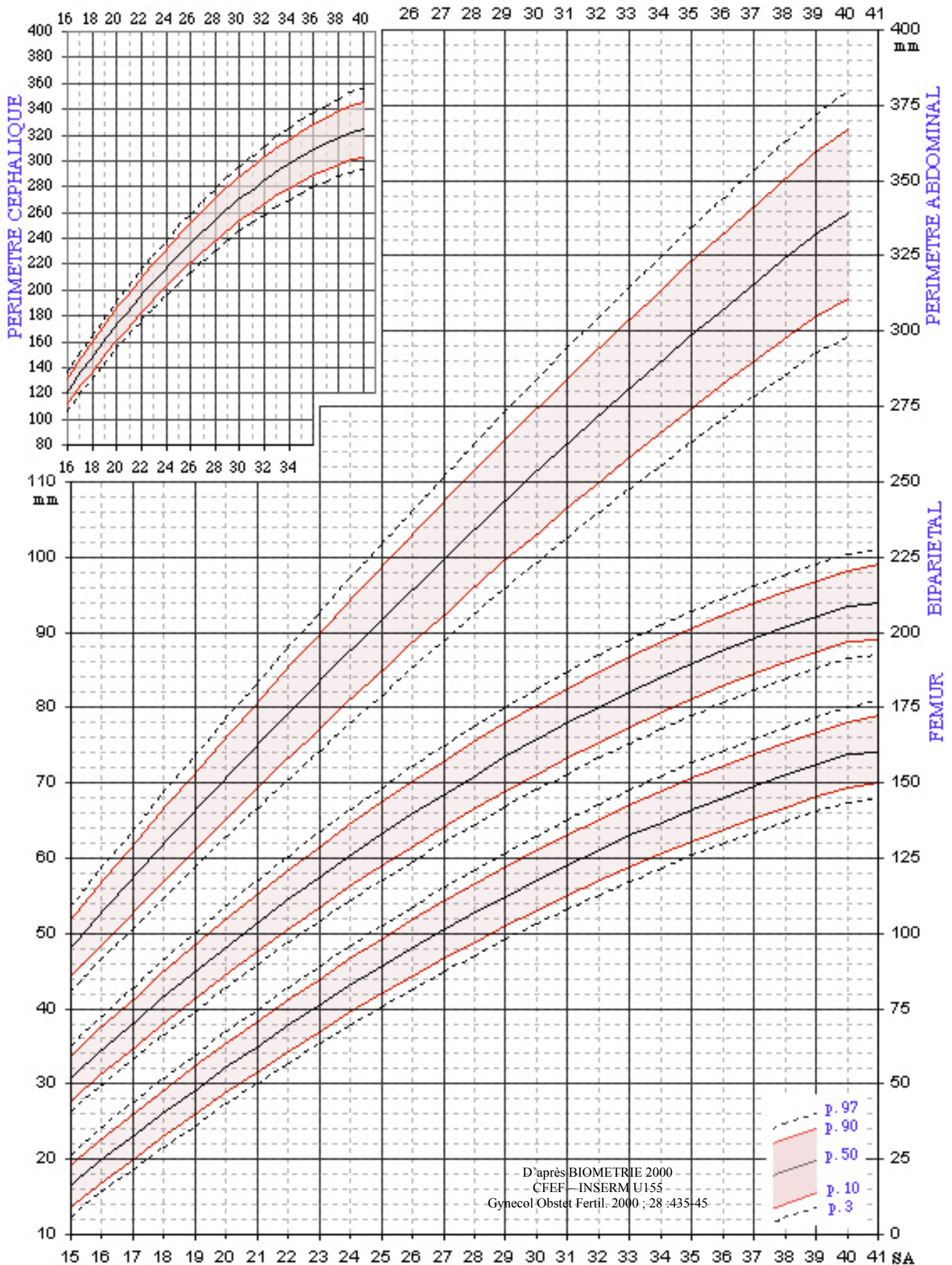
Autre mesure:

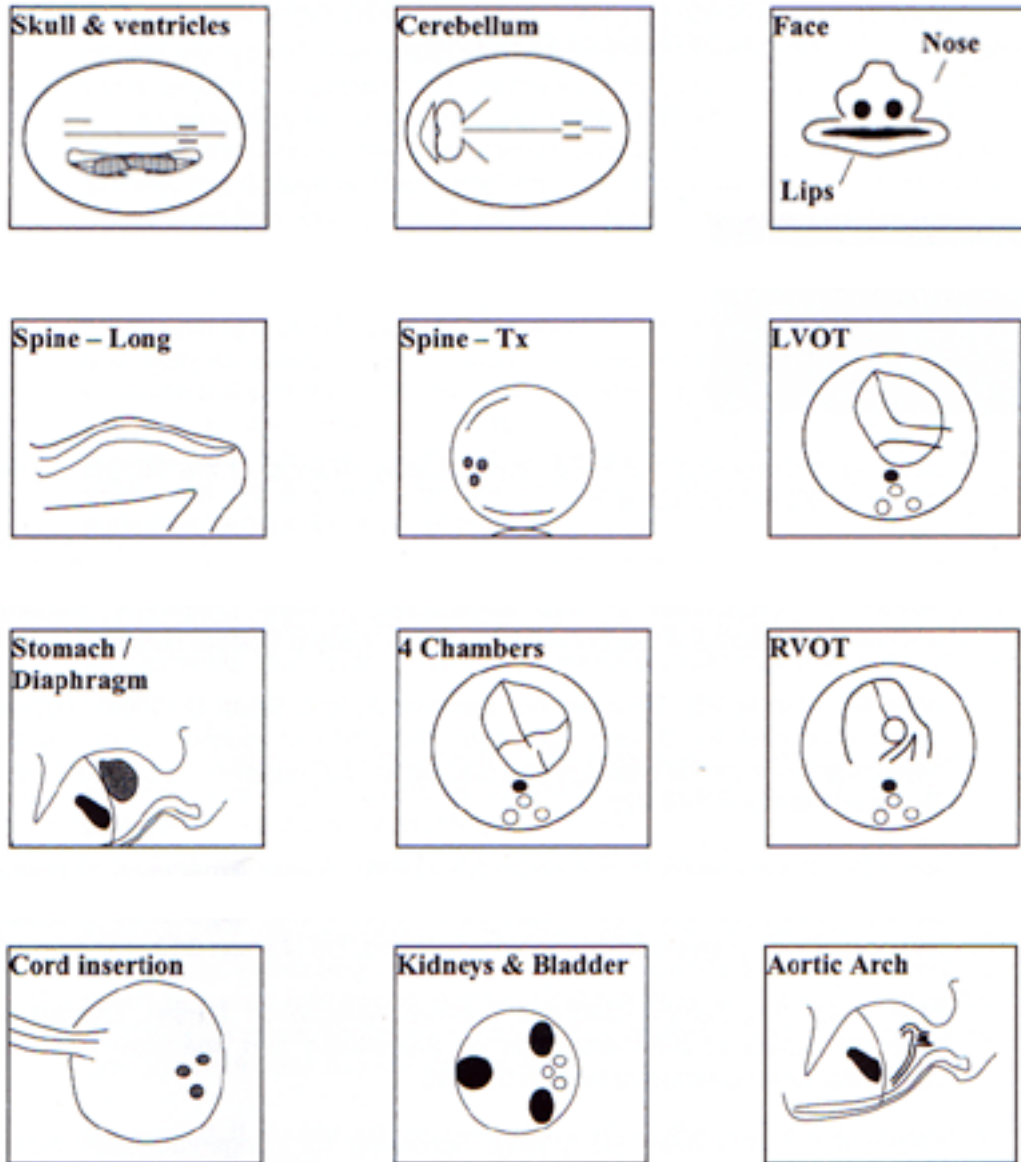
COURBES DE BIOMETRIE

Les courbes de biométries établies par le C.F.E.F. et l'unité INSERM 155 sont actuellement les plus récentes et les plus utilisées par les échographistes en France.

La collaboration établie à l'occasion de l'élaboration du modèle de compte-tendu de l'AUDIPOG-CNGOF a permis de proposer un document commun aux trois organisations, qui ont donc adopté une même modalité de présentation des résultats.

Ce document commun est par ailleurs disponible en libre-service sur le site du C.F.E.F.





Types de schémas proposés pour guider l'examen de dépistage par le Royal College of Obstetricians and Gynæcologists.

Il est tout à fait judicieux de s'inspirer de ce principe pour élaborer les schémas correspondants à l'iconographie souhaitée.

Modèle de
“DEMANDE D’ECHOGRAPHIE FCETALE”

Le modèle présenté ici est édité par le C.F.E.F. et utilisé par de nombreux services hospitaliers.

Il n’a que valeur d’exemple.

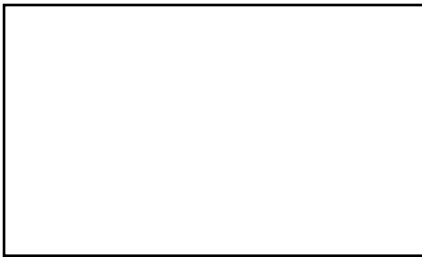
Son intérêt est de modéliser la demande en facilitant la rédaction rapide de la demande et de sa lecture.

On contribue ainsi à :

- Améliorer la qualité individuelle des actes car l’échographiste dispose des informations utiles.
- Renforcer les notions d’équipe médicale et de circulation des informations.
- Apporter une aide pédagogique implicite.
- Compléter l’information aux familles
 - Par la lisibilité des informations portées sur la demande.
 - Par le texte d’information inscrit au verso de la demande.
- Apporter une présomption d’information puisque la demande, délivrée par le demandeur et portée par la patiente, est conservée par l’échographiste.

Modèle de
“FEUILLET D’INFORMATION”

Le modèle présenté ici est édité par le National Health Service britannique. Il nous a paru intéressant par son vocabulaire, son style et son ouverture. Ce document, édité par les instances nationales, est significativement différent des modèles français, rédigés par des médecins et trop souvent orientés vers la protection juridique de ces derniers.



DEMANDE D'EXAMEN ECHOGRAPHIQUE AU COURS DE LA GROSSESSE

Date:

NOM :

Prénom:

Date des dernières règles: _ _ / _ _ / _ _

Début de grossesse le : _ _ / _ _ / _ _

—

Déterminé par:

- Dernières règles
- Courbe thermique
- Echographie précoce
- P.M.A.
- Autre

Il s'agit d'une grossesse multiple :

Il s'agit de l'examen habituel de surveillance et de dépistage

- A 12 semaines révolues.....
- A 22 semaines.....
- A 32 semaines.....

Sinon :

- Date souhaitée pour cet examen : _ _ / _ _ / _ _
- Ou âge gestationnel en semaines d'aménorrhée : _ _ SA

Pathologie liée à la grossesse:

Facteurs de risque:

Antécédents Obstétricaux:

Autres antécédents:

*N'oubliez pas de vous munir de ce document et du dossier médical de votre grossesse.
Respectez les consignes données par votre médecin et/ou celles qui vous seront données lors de
votre prise de rendez-vous.*

ECHOGRAPHIE AU COURS DE LA GROSSESSE

L'échographie est une technique médicale qui permet l'exploration du corps humain selon un procédé proche de celui du radar, utilisant des ultrasons.

A ce jour, de très nombreux travaux scientifiques ont été consacrés à ce sujet et aucun effet néfaste n'a pu être attribué à l'utilisation de l'échographie en diagnostic médical.

Pour réaliser l'examen, un capteur émetteur-récepteur est glissé sur la peau de votre ventre après étalement d'un gel destiné à favoriser le passage des ultrasons. Dans certaines circonstances, il est intéressant d'utiliser un capteur adapté que l'on positionne dans le vagin afin d'être au plus proche des structures étudiées. Dans ce dernier cas, le capteur est emballé dans un préservatif à usage unique. Cela n'est pas douloureux et reste sans danger pour la grossesse.

Cet examen médical nécessite de la part de l'opérateur un maximum de concentration et de vigilance. Ne soyez donc pas surpris de son éventuel mutisme, il sera plus à même de vous faire part de ses constatations lorsque son examen sera fini.

Attention, cette exploration, qui ne doit pas être transformée en spectacle vidéo, pourrait être perturbée par la présence de trop nombreuses personnes.

Un rapport d'examen vous sera remis accompagné des clichés correspondants.

L'examen au cours de la grossesse comporte quatre parties dont l'importance relative varie selon le terme:

- . Appréciation de la vitalité (activité cardiaque, mouvements, ...).
- . Etude biométrique par la mesure de certaines parties déterminées afin de préciser le début de grossesse (si l'examen est précoce) et de surveiller la croissance.
- . Analyse morphologique par l'observation de certaines structures fœtales (organes ou parties d'organe) définies, connues pour leur utilité dans le dépistage de pathologies fréquentes et/ou sévères.
- . Observation de l'environnement du fœtus (liquide amniotique, placenta, Doppler ...).

La réunion de tous ces éléments constitue un bilan de santé de votre enfant, inaccessible par toute autre méthode, qui renseigne sur son état immédiat mais aussi sur certains risques de pathologie pouvant se manifester plus tard au cours de la grossesse ou même après la naissance.

De très nombreuses malformations sont également détectables et l'amélioration constante du matériel et des connaissances scientifiques accroît régulièrement les performances diagnostiques.

Cependant, tout bilan échographique même conduit avec compétence, comporte des limites:

- . Il est généralement plus opportun de concentrer la recherche sur les éléments réellement utiles, c'est pourquoi la majorité des médecins se réfère à des protocoles d'examen pré-établis.
- . Les performances théoriques de l'échographie sont minorées dans certaines situations liées à la paroi maternelle, à la position foetale ou au terme inapproprié de l'examen, ce qui peut entraîner une mauvaise appréciation de la réalité .
- . Tout n'est pas du ressort de l'échographie

Respectez les périodes conseillées par votre médecin. Habituellement les examens de routine sont pratiqués à 12, 22 et 32 semaines d'aménorrhée (absence de règles) révolues mais, bien entendu, certaines situations peuvent amener à pratiquer des examens plus souvent ou à des dates différentes.

La durée de l'examen n'est pas prévisible et dépend des conditions locales et de la complexité du bilan.

nformed choice

Checklist

Questions you may want to ask

Are early pregnancy scans offered to all women in your area?

Yes No

At what stage in pregnancy are scans normally offered in your area?

Will there be someone there after the scan I can talk to about the results?

Yes No

If I decide not to have a scan now, is there any reason why I can't change my mind later?

Yes No

After reading this leaflet there may be some things you're still not sure about. You can use this space to write down any questions you have and any things you would like to discuss with your midwife or doctor.

✓nformed choice

Your choice



Should I have a scan?

- Do I particularly want to see my baby before she or he is born?
- Am I unsure about when my baby is due?
- Would I want to know if there was something seriously wrong with my baby?

If you answer **yes** to any of these questions, then having a scan may be the best choice for you.

If you answer **no**, then you may choose not to have a scan.

How to find out more

If you would like to know more about having a scan, discuss this leaflet with your midwife or doctor.

For more detailed information, ask your midwife or doctor for the professional's version of this leaflet.

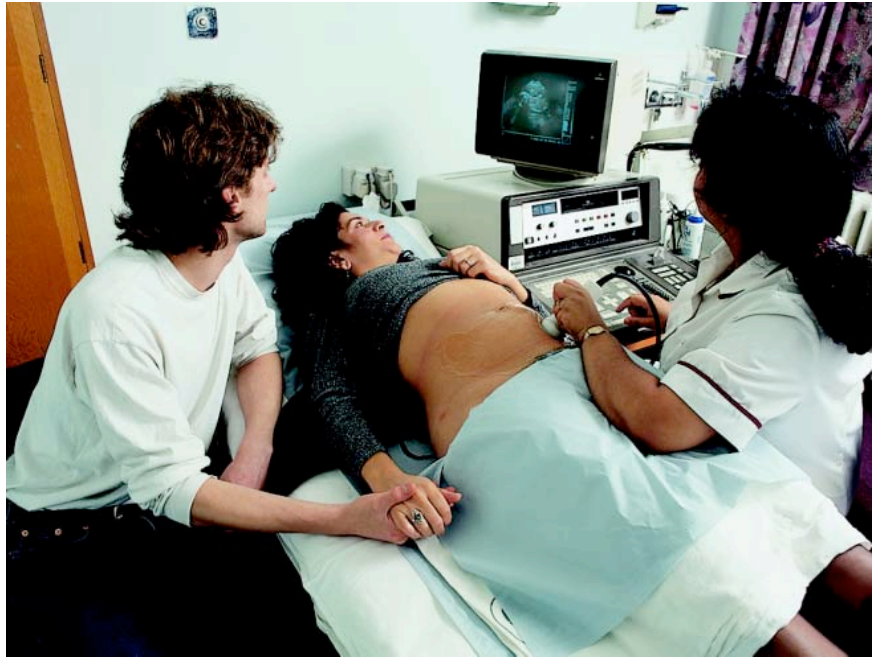
✓nformed choice

3 Placenta position

A scan can tell you whether the placenta is low in your womb.

Is that useful?

A low placenta can cause problems towards the end of pregnancy. It could block the baby's passage out of the womb. But in 19 out of 20 cases, a low placenta spotted during the scan will move out of the way during pregnancy. But for the few women who do have a placenta that is too low, finding the problem early may be safer.



4 Twins and more

Having a scan means you'll know sooner if you're expecting twins or triplets or even more! But even without a scan, most twins and triplets are picked up before they are born.

Are there any risks?

Having an ultrasound scan is easy, painless, and safe for the woman.

Is it safe for the baby?

It probably is, but so far scientists haven't proved it. Recent research found that school children who had been scanned before they were born had similar growth, sight, hearing and school performance as other school children.

It seems certain that scans can't cause any severe defects, but more studies need to be done before doctors can rule out the possibility that they could cause some kind of slight damage.

✓nformed choice

Why are scans used?

There are four main reasons why scans are used in early pregnancy.

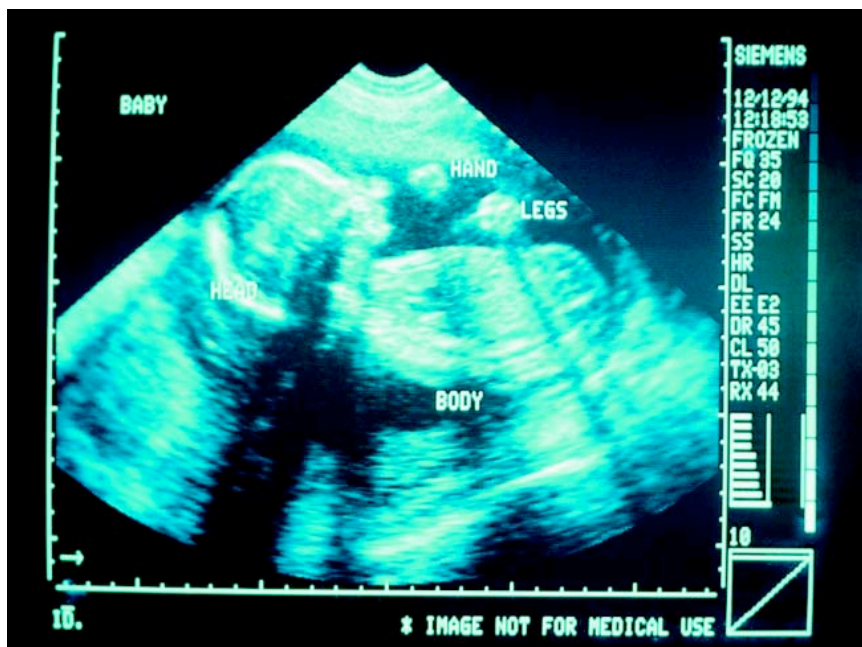
- 1 To check when your baby is due.
- 2 To see if there is anything wrong with the way your baby is developing.
- 3 To check the position of the placenta (or afterbirth).
- 4 To see if you are expecting twins, triplets or more.

1 Due dates

Your baby's body is measured during a scan. This means that the person doing the scan can work out when the baby is likely to be born (the due date). This is more accurate than using a calendar and the date of your last period. One in five women have their due dates changed after their scans – in most cases the date is put later.

Is that useful?

It can be, especially if you are unsure of your dates. It means blood tests can be interpreted more accurately. It could also help doctors to know how many weeks old your baby is if you go into labour early.



2 Abnormalities

Scans can often pick up early signs that a baby is not developing properly. You will then usually be offered other tests before deciding whether to go on with the pregnancy or have an abortion.

Scans aren't perfect.

- The scan may show a very minor problem or something which may get better on its own – so it can make you worry for nothing.
- Scans don't pick up everything; some problems are missed.
- However, 70-80% of severe or lethal abnormalities are picked up on scans.

✓nformed choice

Having an ultrasound scan in early pregnancy can be exciting. After all, you will be seeing your baby for the first time.

Ultrasound scans – *should you have one?*

Midwives and doctors use ultrasound scans to check for possible problems. It's important that you understand that you may have to make some hard decisions as a result of what they find. This leaflet explains why scans are used in early pregnancy and what midwives and doctors can do with the information they can get from the scans. It also explains the advantages and disadvantages for you and your baby.

It's up to you whether you have a scan. Most pregnant women are offered one but the research shows that your pregnancy will be just as safe if you don't have one.

There are some questions at the end of this leaflet to help you decide what is right for you.



nformed choice for women

THIS LEAFLET IS BASED ON RESEARCH TO HELP YOU MAKE YOUR OWN CHOICE

Ultrasound scans –

*should you
have one?*



Pregnancy is a time of choices and decisions.

This is one of a series of leaflets designed to help you make the right choices for you and your baby.

EVALUATION DE L'ÉCHOGRAPHIE FŒTALE: VERS DES APPELS D'OFFRE EN RECHERCHE CLINIQUE

Nous fournissons ici quelques exemples d'études simples, immédiatement opérationnelles, qui peuvent permettre d'explorer à très court terme des hypothèses de recherche ayant une implication sur les pratiques, en fournissant des indicateurs sur la performance de l'échographie fœtale et son impact en comparaison avec les autres méthodes de dépistage, sur l'accès aux soins en dépistage échographique, et sur l'impact de l'organisation de communautés périnatales sur le dépistage échographique.

Ces travaux pourraient être financés par des appels d'offre pouvant entrer dans le cadre de projets hospitaliers de recherche clinique (PHRC), de financements par les fonds d'amélioration de la qualité des soins (FAQS) ou de projets d'évaluation financés par la CNAM ou l'ANAES.

Mise en réseau des centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal

Pour évaluer à l'échelle nationale l'impact de l'échographie sur les pratiques et la santé en termes d'interruptions médicales de grossesse (IMG), il est possible de mettre à profit le fait que l'autorisation des centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (C.P.D.P.N.) soit obligatoire avant la réalisation d'une IMG pour pathologie fœtale. Un tel projet de mise en réseau a déjà reçu l'approbation de la majorité des responsables des C.P.D.P.N.. Il permettrait d'homogénéiser et de rendre exploitable le recueil des données nationales concernant les IMG pour

pathologie fœtale.

Au-delà d'informations telles que le suivi du nombre d'IMG réalisées annuellement en France, des pathologies fœtales les ayant motivées, et de la morbidité maternelle associée, cette mise en réseau permettrait de dégager des indicateurs sur la qualité du dépistage échographique et sur son impact.

Indicateurs de qualité du dépistage échographique

Pour une pathologie donnée, la distribution des âges gestationnels auxquels des interruptions médicales de grossesse sont réalisées reflète la précocité des diagnostics, donc la qualité du dépistage.

Ainsi, la précocité des IMG pour anencéphalie, renseigne sur la sensibilité de l'examen échographique de 12 semaines qui peut identifier l'anomalie. La fréquence relative des IMG du deuxième ou même du troisième trimestre pour anencéphalie reflète la fréquence des faux négatifs du premier trimestre.

De même, la précocité des IMG pour spina-bifida constitue un indicateur de la sensibilité de l'échographie du deuxième trimestre. Ce type d'information n'est actuellement disponible que dans les rares régions où existent des registres de malformations. Ces régions ne sont pas nécessairement représentatives des pratiques de l'ensemble du territoire.

Indicateurs sur la contribution du dépistage échographique aux interruptions de grossesse

Actuellement, le dépistage de pathologies fœtales incurables dont la particulière gravité serait susceptible d'aboutir à une demande d'interruption de grossesse de la part des parents repose sur différentes approches :

- Sérologies infectieuses.
- Marqueurs sériques des aneuploïdies fœtales.
- Anamnèse clinique ou dépistage "en cascade".
- Echographie systématique.

Le recueil, au niveau des C.P.D.P.N., d'une information standardisée sur la stratégie de dépistage ayant initié le processus diagnostique aboutissant à chaque IMG permettrait de préciser la contribution relative de l'échographie et des autres stratégies de dépistage à l'identification d'anomalies fœtales motivant une interruption de grossesse.

Le coût annuel de la mise en réseau des C.P.D.P.N. peut être estimé à environ 1 million d'euros.

La transposition des gros vaisseaux, un indicateur de la sensibilité du dépistage échographique

La transposition des gros vaisseaux isolée simple est aujourd'hui la principale malformation pour laquelle un impact positif du diagnostic prénatal échographique sur la santé des enfants ait été démontré.

En effet, le dépistage prénatal permet une prise en charge cardio-pédiatrique immédiate prévenant le décès et les séquelles neurologiques résultant d'une hypoxémie majeure qui s'installe très rapidement après la naissance en l'absence de traitement.

Le dépistage prénatal de la transposition des gros vaisseaux est possible, mais d'après les données, non publiées, de plusieurs cardiopédiatres, si la sensibilité de l'échographie systématique excède 80 %, dans certaines régions, dans d'autres elle resterait inférieure à 20%.

Hormis quelques rares décès très précoces, les 120-150 cas annuels sont opérés en France dans 6 centres spécialisés. Il est donc simple de mettre en place une enquête prospective précisant pour chaque cas opéré si le diagnostic avait été ou non effectué par l'échographie fœtale. Croiser cette information avec des variables sociologiques ou géographiques serait de nature à préciser de possibles inégalités d'accès à un dépistage échographique dont le critère de qualité serait la capacité à détecter les transpositions.

Au-delà des comparaisons géographiques ou sociales pertinentes en termes

d'accès à un dépistage de qualité, la sensibilité de l'échographie pour le dépistage de la transposition des gros vaisseaux est un indicateur global de qualité du dépistage échographique.

Le suivi des variations de cet indicateur au cours du temps permettrait par exemple d'apprécier l'impact de mesures de formation continue au dépistage échographique.

Le coût d'un tel suivi peut être évalué à 300.000 euros par an.

Impact de la structuration de communautés périnatale sur le dépistage échographique

En particulier quand elle a lieu dans des zones sociologiquement et économiquement défavorisées, la structuration de communautés périnatales comportant un axe échographique identifié est susceptible d'avoir un impact mesurable sur les pratiques.

Des indicateurs très simples peuvent être analysés, comme le terme auquel l'échographie du premier trimestre est réalisée, ainsi que l'évaluation de sa qualité par des scores validés, tels que le score de Hermann pour la mesure de la clarté.

Le coût d'une telle étude dépend de la taille du bassin de naissance impliqué dans la communauté. Un ordre de grandeur de 300 à 500 000 euros peut être évoqué. Ce coût devrait rapidement être compensé par les économies réalisées du fait de l'utilisation optimale de l'offre de soins, réduisant par exemple la répétition des examens.