



Sage-femme échographiste : formation, enjeux et modes d'exercice

Sébastien Couriot

► To cite this version:

Sébastien Couriot. Sage-femme échographiste : formation, enjeux et modes d'exercice. Médecine humaine et pathologie. 2010. hal-01887005

HAL Id: hal-01887005

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01887005>

Submitted on 3 Oct 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes Albert Fruhinsholz

*Sage-femme échographiste : formation,
enjeux et modes d'exercice*



Mémoire présenté et soutenu par
Sébastien Couriot

Promotion 2006-2010

Remerciements

A toutes les sages-femmes qui m'ont permis de recueillir les informations nécessaires à la rédaction de ce mémoire.

A Madame NADJAFIZADEH Mardjane, sage-femme enseignante pour ses conseils et son soutien.

A Madame FENDER-ZIMMERMANN Rachel, cadre sage-femme et échographiste au centre hospitalier de Luxembourg pour le temps qu'elle m'a consacré et ses conseils avisés.

SOMMAIRE

Remerciements	2
Sommaire.....	3
Introduction	5
Partie 1	6
1. Historique de l'échographie obstétricale	7
2. Les différentes formations possibles pour les sages-femmes	10
2.1. La formation initiale	10
2.2. Le diplôme universitaire	11
3. L'apport de l'échographie dans la pratique de la sage-femme	13
3.1. Le suivi échographique de grossesse physiologique	13
3.1.1. Echographie du premier trimestre	13
3.1.2. Echographie du deuxième trimestre	14
3.1.3. Echographie du troisième trimestre	15
3.1.4. Législation	16
3.1.5. Le cas particulier de la mesure de la clarté nucale	18
3.2. Les autres échographies réalisées par des sages-femmes	19
3.2.1. En PMA	19
3.2.2. Au bloc obstétrical	20
3.2.3. En hospitalisation anténatale	21
3.2.4. En salle de naissances	21
3.2.5. Législation	21
4. La sage-femme échographiste	23
4.1. Les secteurs d'activité	23
4.2. Une pratique régulière	24
Partie 2	25
1. Démographie	27
2. La formation des sages-femmes	28
3. Les modes d'exercice	31
4. Les enjeux	33
4.1. La notion de spécialité	33
4.2. Le cadre légal	34
Partie 3	36
1. L'échographie obstétricale est-elle une spécialité du métier de sage-femme?	37
1.1. La notion de spécialité médicale	37
1.2. L'accès à la formation	37
2. Le champ de compétence des sages-femmes en terme d'échographie	39
2.1. La cotation des actes	39

2.2.Les règles de bonne pratique de l'échographie obstétricale	39
3.Le risque médico-légal	41
3.1.Le ressenti des sages-femmes	41
3.2.Un exemple : le dépistage de la trisomie 21	41
4.Les nouvelles recommandations du dépistage de la trisomie 21	43
4.1.La loi	43
4.2.Les discussions face à cette loi	43
Conclusion	45
Bibliographie	46
Table des matières	48
Annexes	

Introduction

Le mot échographie provient de deux racines grecques : « echo » signifiant un écho et « graphie » signifiant écrire. Étymologiquement il s'agit donc d'un « écrit par l'écho ».

Cette technique, largement employée de nos jours en dépistage anténatal, est du domaine des compétences de la sage-femme. « L'échographie dans le cadre de la surveillance de la grossesse » est l'unique précision apportée par le Code de déontologie des sages-femmes quant aux limites de cet exercice.

De plus, j'ai pu constater, lors de mes stages, une disparité face à cet exercice. Toutes les sages-femmes, en fonction de leur lieu de travail, ne pratiquent pas l'échographie obstétricale de façon similaire.

En hospitalier, certaines sages-femmes (et plus particulièrement en salle de naissances), ne se servent de cet outil que de façon ponctuelle (vérification de présentation fœtale par exemple) alors que certaines autres pratiquent les trois échographies de surveillance de grossesse. Ces sages-femmes, dites échographistes, ont pour la plupart d'entre elles passées un DU d'échographie obstétricale en complément de leur formation initiale. Cette pratique est également rencontrée en libéral.

Ayant pour projet de prolonger ma formation dans ce domaine, j'ai voulu en apprendre plus sur les formalités d'accès à la pratique échographique mais aussi sur les modalités d'exercice au quotidien.

Mon mémoire s'axe donc autour de trois thèmes :

- la formation des sages-femmes en échographie (formation initiale et diplôme universitaire).
- les enjeux de cet exercice tant du point de vue professionnel que légal.
- les différents modes d'exercice rencontrés chez les sages-femmes réalisant des échographies obstétricales.

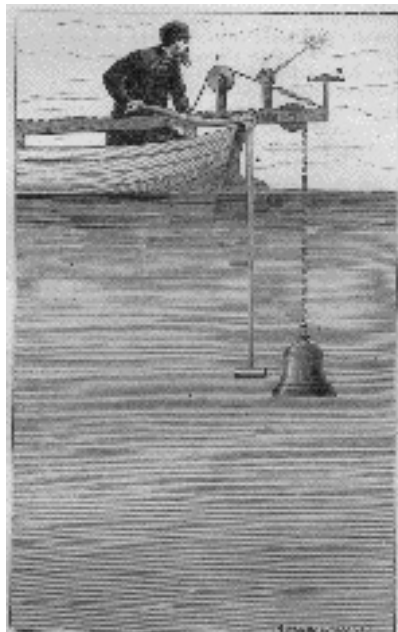
Partie 1

■ ■ ■ 1. Historique de l'échographie obstétricale

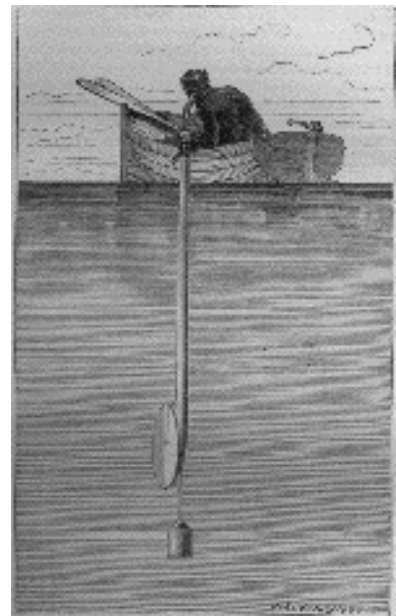
L'échographie n'a pas toujours été un outil aussi précis qu'à l'heure actuelle. En effet, son développement technologique a permis l'analyse très fine (de l'ordre du millimètre) de structures anatomiques jusque là inexplorables en pratique courante.

Cette évolution peut être expliquée par l'historique suivant :

- 1830 : Le premier à développer la notion d'onde se propageant dans un milieu aquatique fût le Pr. Colladon à Genève. En effet, il mit en évidence la propagation d'un son dans un milieu aquatique.



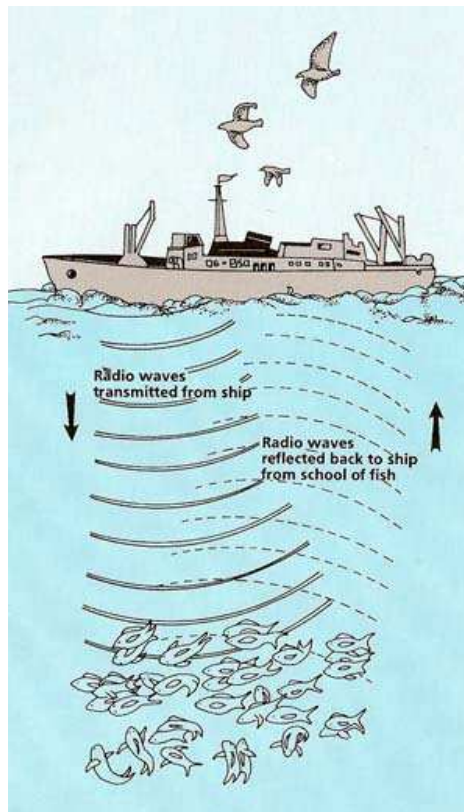
Emetteur sonore



Récepteur du son

Source : pionnair-ge.com

- 1840 : L'effet Doppler fût mis en évidence par le physicien du même nom.
- 1880 : Découverte de l'effet piézo-électrique par Pierre et Jacques Curie, effet générateur d'ondes acoustiques
- 1910 : Première application de cet effet piézo-électrique par Paul Langevin qui développa le système SONAR, dispositif de détection anti sous-marins. Il fut utilisé lors de la première guerre mondiale.



Exemple de l'effet SONAR utilisé pour la localisation de poissons

Source : www2.fsg.ulaval.ca

- 1952 : Utilisation des ultrasons par Wild et Leskell qui furent les premiers à observer le cœur par échographie.
- 1953 : Afin de permettre une meilleure propagation des ondes, les premiers examens échographiques ont lieu dans des baignoires.
- 1958 : Ian Donald réalise la première échographie de l'utérus.
- 1963 : Création d'échographes à bras articulés qui permettent un examen hors de l'eau.
- Années 70 : Développement important de l'utilisation de l'échographie en Europe avec, entre autres, des échographes tels que le Combison 1 (1966 à 1976) et le Combison 100 (à partir de 1977).
- 1987 : Utilisation généralisée du doppler couleur.
- 1989 : Premier échographe 3d (Combison 330).



Combison 1 (1966) Combison 100 (1977) Combison330 (1989)

Source : www.obgyn.net

Il est intéressant d'analyser les différentes formations disponibles afin de comprendre comment les sages-femmes se sont adaptées face à l'émergence de ce nouvel outil, devenu incontournable dans le suivi médical de la grossesse, physiologique ou non.

2. Les différentes formations possibles pour les sages-femmes

2.1. La formation initiale

La formation initiale des sages-femmes est régie par le code de la sécurité sociale. Sa dernière modification date du 11 décembre 2001 avec un arrêté des ministères de la Santé et de L'Education nationale, publié le 19 décembre 2001 au Journal Officiel.

Cet arrêté dresse la liste des acquis nécessaires pour pratiquer la profession de sage-femme, y compris pour la réalisation d'échographies obstétricales :

- Pour les compétences cliniques ;

Afin de valider sa formation, l'étudiant sage-femme devra réaliser au moins 30 vacations d'échographies obstétricales de dépistage au cours de ses stages qui se décomposent de la façon suivante :

6 vacations de 4 heures en 1^{ère} phase

16 à 20 vacations de 4 heures en 2^e phase

Ces stages peuvent avoir lieu en service d'échographie dans une maternité mais aussi en libéral (chez un médecin ou une sage-femme).

On peut donc imaginer qu'en fonction de son lieu de stage, l'étudiant sage-femme n'aura pas le même accès à l'échographie. En effet, l'activité en termes d'échographie obstétricale, ainsi que les possibilités laissées à l'étudiant de découvrir cet outil peuvent être variables.

- Pour les compétences théoriques, les cours sont séparés en deux phases, à savoir :

1ère phase :

Les enseignements concernent surtout le domaine de la physiologie incluant les notions de base de l'échographie obstétricale :

Notions élémentaires de physique des ultrasons et de l'échographie.

Topographie de la grossesse, nombre d'embryons, présentations.

Localisation placentaire.

Evaluation de la quantité de liquide amniotique.

Diagnostic de vitalité fœtale.

Biométrie fœtale, écho-anatomie, âge gestationnel, courbe de croissance.

L'effet doppler et ses applications.

2^e phase :

Les enseignements concernent le domaine de la physiologie incluant l'analyse de la biométrie et de la morphologie normale, mais aussi le domaine de la pathologie avec l'étude des principales anomalies biométriques et morphologiques.

On peut remarquer également que d'autres méthodes d'imagerie sont étudiées comme la radiologie et l'IRM.

L'ancien programme des études datant de 1986 ne comportait quasiment pas d'échographie obstétricale.

2.2. Le diplôme universitaire

Le diplôme universitaire a pour vocation de compléter la formation initiale afin de permettre une acquisition de compétences plus poussées.

Certaines universités proposent ce diplôme en France, à savoir: Paris 5, Paris 12, Lille, Bordeaux, Brest, Lyon, Marseille, Nantes, Tours et Strasbourg.

L'exemple pris est celui du D.U. de Strasbourg :

Ce diplôme est accessible aux sages-femmes ayant leur diplôme d'état et ayant une bonne pratique (attestée) de l'échographie. Cette attestation est indispensable pour l'inscription à cette formation.

Cet enseignement dure 190 heures, réparties en enseignement théorique et pratique :

- Enseignement théorique : il est réparti sur 2 semaines et aborde les sujets suivants :

Les protocoles d'examens.

Les échographies normales des 1^{er}, 2^e et 3^e trimestres de la grossesse.

La conduite de la surveillance échographique d'une grossesse.

La vélocité sanguine appliquée à la surveillance de la grossesse.

L'endosonographie vaginale.

- Enseignement pratique : 40 vacations de 3h chacune dans un service agréé par les organisateurs de la formation (validation obligatoire pour accéder à l'examen final).

L'enseignement est sanctionné par un examen final : une épreuve écrite anonyme, une épreuve pratique sur une ou plusieurs patientes et une épreuve orale sur un mémoire préalablement rédigé par l'étudiant. Ce D.U. est sous la responsabilité du Professeur Nisand. Le nombre de participants est limité à 10 personnes. Le coût de la formation est de 1000€.

Une autre formation est également proposée à Strasbourg et fait office d'introduction à ce D.U. Elle permet à l'étudiant d'acquérir une attestation de pratique de l'échographie qui peut ensuite prétendre à l'inscription au D.U. d'échographie.

Cette formation reprend les bases de l'échographie obstétricale. Elle est également répartie en enseignements théoriques et pratiques. Elle dure 3,5 jours et coûte 1120€. Elle est également sous la responsabilité du Professeur Nisand et le nombre de participants est limité à 20 personnes.

3. L'apport de l'échographie dans la pratique de la sage-femme

Par définition, la sage-femme a vocation de suivre les grossesses physiologiques. Son champ d'action dans le domaine de l'échographie obstétricale est donc de l'ordre de l'échographie de dépistage.

Ces échographies ont pour but de repérer les patientes dont le fœtus présente une pathologie, afin de les orienter vers une échographie de seconde intention (dite « échographie de diagnostic »).

3.1. Le suivi échographique de grossesse physiologique

Les données suivantes sont issues du Rapport du Comité national technique de diagnostic prénatal ayant eu lieu en avril 2005. En annexe, des fiches récapitulatives reprennent tous ces éléments.

3.1.1. Echographie du premier trimestre

L'échographie du premier trimestre doit être réalisée de préférence entre 11SA et 13SA+6 jours.

Ces informations sont bien entendu à confronter à une anamnèse ayant pour but de mettre en évidence tous les facteurs de risques préexistants dans la famille. Ainsi une bonne connaissance des antécédents personnels de la patiente ainsi que les antécédents familiaux permettent d'orienter l'examen échographique.

Il débute obligatoirement par un interrogatoire de la patiente qui comporte :

- La date des dernières règles
- La date de début de grossesse

A partir de ces éléments, un terme théorique sera établi ainsi qu'un âge théorique de grossesse.

L'examen comprend plusieurs éléments :

La mesure du fœtus (en particulier la longueur cranio-caudale) afin de dater au mieux la grossesse mais aussi la mesure de la clarté nucale intervenant dans la mesure du risque de la trisomie 21.

Ces éléments sont détaillés en annexe 1 dans l'extrait du magazine « profession sage-femme » numéro 118 de septembre 2005.

Il est indispensable de reporter ces éléments sur un compte rendu clair, qui est remis à la patiente, accompagné des clichés échographiques pris lors de l'examen. Une correction de l'âge théorique de la grossesse peut être envisagée. Pour cela, elle devra être mentionnée sur le compte rendu d'échographie. En cas de grossesse multiple, la chorionicité doit être obligatoirement précisée.



Fœtus au premier trimestre (mesure de la LCC)

Source : « Pratique de l'échographie obstétricale au 1er trimestre »

3.1.2. Echographie du deuxième trimestre

L'échographie du deuxième trimestre doit être réalisée de préférence entre 22SA et 24SA.

Elle doit reprendre, dans l'idéal, les données de la première échographie afin de déterminer précisément l'âge de la grossesse et les éventuelles pathologies dépistées.

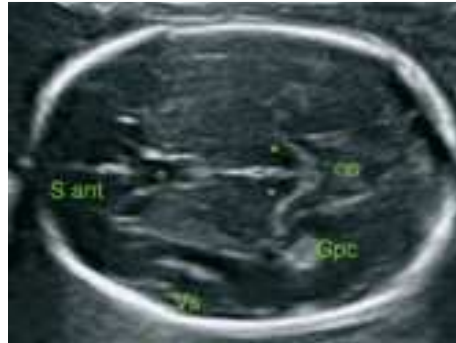
Cette échographie, dite « morphologique » comprend plusieurs éléments :

L'analyse de tous les éléments morphologiques du fœtus ainsi que sa biométrie (voir en annexe 2).

Le compte rendu remis à la patiente résumera l'examen morphologique du fœtus ainsi que la présence éventuelle de malformations. Si un élément inhabituel a été mis en évidence lors de l'examen, il est également nécessaire de demander un avis diagnostique au médecin référent.

Les difficultés techniques de l'examen doivent être précisées (une paroi épaisse ou une position fœtale difficile par exemple) pouvant ainsi conduire à recommencer cet examen ultérieurement. Les mesures réalisées devront être reportées sur des courbes de référence (voir en annexe 3) afin d'évaluer la croissance fœtale.

En cas de gémellité, les informations relatives à chaque fœtus doivent être différenciées afin de ne pas les confondre. Les clichés doivent être produits pour chaque fœtus et reportés dans le dossier de suivi échographique.



Echographie au deuxième trimestre (coupe de la boîte crânienne)

Source : « Pratique de l'échographie obstétricale au 2e trimestre »

3.1.3. Echographie du troisième trimestre

L'échographie du troisième trimestre doit être réalisée de préférence entre 32SA et 34SA.

Elle doit reprendre les données des deux premières échographies afin de déterminer précisément l'âge de la grossesse et les éventuelles pathologies dépistées.

Cette échographie, dite « de croissance » comprend plusieurs éléments :

Une analyse plus succincte de la morphologie qu'au 2^e trimestre ainsi que des éléments biométriques (voir annexe 4).

Cet examen reprend des éléments morphologiques déjà rencontrés au deuxième trimestre mais aussi des éléments biométriques. Si on note une pathologie de la croissance, une échographie diagnostique peut être demandée.

Les recommandations sont similaires au deuxième trimestre concernant la gémellité et le dossier de suivi échographique.



Image 3D obtenue au troisième trimestre (face)

Source : « Pratique de l'échographie obstétricale au 3e trimestre »

3.1.4. Législation

La réalisation d'échographies obstétricales par les sages-femmes est encadrée par un certain nombre de lois.

L'article R.4127-318 du Code de la Santé Publique autorise les sages-femmes à pratiquer dans le cadre de la surveillance de la grossesse des échographies obstétricales.

Cet article est à mettre en lien avec deux autres articles de référence du Code de la Santé Publique qui sont primordiaux dans la pratique des sages-femmes :

L'article R.4127-325 : « (...), la sage-femme s'engage à assurer personnellement avec conscience et dévouement les soins conformes aux données scientifiques du moment que requièrent la patiente et le nouveau-né (...) »

L'article R.4127-326 : « La sage-femme doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes les plus appropriées et s'il y a lieu, en s'aidant des concours les plus éclairés. »

L'échographie étant actuellement un outil indispensable dans le suivi de la grossesse, son utilisation, conformément aux articles ci-dessus, entrerait donc dans le domaine de compétences des sages-femmes. Cependant, cette utilisation au quotidien par les sages-femmes ne se limite pas au seul suivi de la grossesse. En effet, on peut constater que le recours à l'échographie dans certains actes, tels que l'amniocentèse, peut être réalisé par des sages-femmes.

- Les textes légaux

La circulaire n° 38 DGS/SDO/OA relative au Code de Déontologie des sages-femmes définit la pratique de l'échographie par les sages-femmes : « L'échographie est utilisée pour identification du contenu utérin, diagnostic de présentation, localisation du placenta, mensuration d'au moins deux paramètres tenant compte de l'âge embryo-fœtal, avec présentation d'un compte rendu. »

Cette circulaire, datant du 29 juillet 1992, ne mentionne pas la réalisation d'échographies morphologiques pour les sages-femmes.

C'est pourquoi le 2 mars 1999, les sages-femmes échographistes ont questionné le Sénat afin de préciser leurs champs de compétences au sujet de l'analyse d'éléments morphologiques. Le 3 juin 1999, une réponse ministérielle au Journal Officiel leur a permis la reconnaissance de leur aptitude à réaliser des échographies morphologiques :

« Les échographies pratiquées au cours d'une grossesse eutocique sont au nombre de trois et sont effectuées au cours du premier, second et troisième trimestre. La reconnaissance d'éléments morphologiques du fœtus fait partie intégrante de la pratique des échographies, qu'elles soient effectuées par un médecin ou par une sage-femme. En cas d'identification de malformations ou de pathologies fœtales au cours des échographies, notamment de la seconde, la sage-femme est tenue d'adresser la parturiente à un médecin. »

Ces textes de lois reconnaissent donc légalement le droit aux sages-femmes de pratiquer des échographies obstétricales lors du suivi de la grossesse, et ceci en accord avec leur vocation physiologique initiale. En effet, elles ont pour obligation d'adresser leurs patientes à un médecin dès qu'une pathologie apparaît.

Cependant, ces textes ne précisent pas la nécessité d'une formation complémentaire pour une sage-femme. La formation initiale semblerait donc suffire, sur le plan légal, pour réaliser des échographies obstétricales.

- Les cotations

La nomenclature générale des actes professionnels (N.G.A.P.) cotent actuellement les actes échographiques des sages-femmes, de la manière suivante :

Seuls les examens échographiques des 1^{er}, 2^e et 3^e trimestres sont répertoriés :

- Examen du 1^{er} trimestre : comportant au minimum l'identification et la vitalité du contenu utérin, la datation de la grossesse y compris l'examen éventuel des ovaires : SF 16 soit 42,40 €.
- Examen du 2^e trimestre : comportant au minimum la localisation placentaire, le bilan morphologique fœtal complet, la biométrie et vitalité y compris l'examen éventuel des ovaires : pour un fœtus SF 30 soit 79,50€ ; pour deux fœtus ou plus SF 60 soit 159,00€.
- Examen du 3^e trimestre : comportant au minimum la localisation placentaire, la présentation et la vitalité fœtale, la biométrie et la morphologie, y compris l'examen éventuel des ovaires : pour un fœtus : SF 20 soit 53,00€ ; pour deux fœtus ou plus SF 40 soit 106,00€.

Pour les médecins, ces actes échographiques sont cotés de façon différente :

La C.C.A.M. (classification commune des actes médicaux) cote ces échographies.

Selon le type réalisé, le code est différent et donc son coût est différent :

- Echographie du premier trimestre : unifoetale (code JQQM010 soit 48,35€) et multifoetale (code JQQM015 soit 54,21€).
- Echographie du deuxième trimestre : unifoetale (code JQQM002 soit 92,19€) et multifoetale (code JQQM007 soit 133,81€).
- Echographie du troisième trimestre : unifoetale (code JQQM016 soit 73,99€) et multifoetale (code JQQM017 soit 121,12€).

On remarque donc une différence dans les cotations en fonction de l'opérateur (médecin ou sage-femme) alors que l'acte réalisé est le même.

3.1.5. Le cas particulier de la mesure de la clarté nucale

Depuis peu, une nouvelle législation impose aux sages-femmes le suivi d'une formation complémentaire dans la réalisation de certains actes échographiques.

L'arrêté du 23 juin 2009 du Code de la Santé Publique exige que les praticiens soient titulaires d'un diplôme universitaire en échographie pour réaliser la mesure de la clarté nucale d'un fœtus lors de l'échographie du 1^{er} trimestre :

« Les médecins spécialistes en gynécologie-obstétrique ou en imagerie médicale et les sages-femmes, ayant débuté l'exercice de l'échographie obstétricale à partir des années 1994-1995, doivent être titulaires du diplôme interuniversitaire d'échographie en gynécologie-obstétrique ou de l'attestation en échographie

obstétricale pour les sages-femmes. Les médecins généralistes et les autres médecins spécialistes doivent avoir validé le DIU d'échographie générale ainsi que son module optionnel de gynécologie-obstétrique. »

Cet arrêté oblige donc les sages-femmes ayant débuté leur pratique à partir des années 1994-1995 à être titulaires d'un diplôme complémentaire en échographie afin de pouvoir exercer. Il est le premier à reconnaître le besoin, pour les sages-femmes échographistes, de suivre une formation complémentaire afin d'exercer au mieux leur profession.

3.2. Les autres échographies réalisées par des sages-femmes

Les sages-femmes peuvent étendre leur utilisation de l'échographie au-delà du suivi de dépistage pendant la grossesse sous la responsabilité d'un médecin référent.

La possibilité de réaliser ces actes dépend des maternités et donc de leurs médecins référents.

3.2.1. En P.M.A.

L'induction de l'ovulation en procréation médicalement assistée est surveillée par monitoring. Elle correspond à une surveillance échographique et biologique

Cet examen a plusieurs finalités :

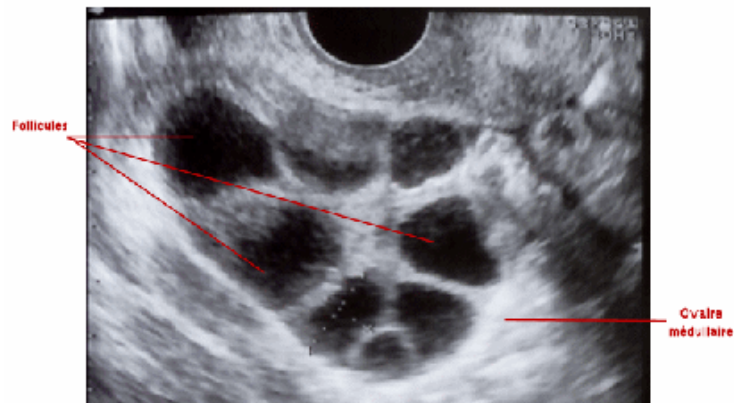
- La surveillance de la croissance folliculaire et de la survenue d'une ovulation.
- L'adaptation du traitement en fonction de la réponse ovarienne.
- La prévention du risque d'hyperstimulation ovarienne et de la survenue de grossesses multiples.
- La datation de l'ovulation (afin de planifier au mieux la rencontre des gamètes).
- La recherche d'une ovulation prématurée

Une échographie permettra de calculer le nombre de follicules présents (ainsi que la mesure de leur taille) mais aussi permettra d'évaluer la qualité de l'endomètre et l'existence éventuelle de kystes ovariens.

Ce monitoring est également composé d'une surveillance biologique :

- 17 bêta œstradiol : reflet de la maturité folliculaire
- Progestérone : reflet de la qualité de l'ovulation
- LH : reflet de la date de l'ovulation (et donc d'une éventuelle ovulation prématurée)

Une sage-femme, sous la responsabilité d'un médecin, pourra participer à cette surveillance et ainsi réaliser ce type d'échographies.



Ovaire (présence de follicules)

Source : www.docteur-benchimol.com

3.2.2. Au bloc obstétrical

Dans le cadre du dépistage de certaines pathologies, il est nécessaire de réaliser des ponctions lors de la grossesse. Les deux principales sont le prélèvement de villosités choriales et l'amniocentèse.

Le prélèvement de villosités choriales est une biopsie de trophoblaste réalisée au premier trimestre de la grossesse. Il consiste à prélever une partie de la zone du chorion qui deviendra le futur placenta.

L'amniocentèse est définie comme une ponction transabdominale du sac amniotique, dans le but d'analyser du liquide amniotique.

Ces deux prélèvements se réalisent sous écho-guidage. Ce contrôle peut être assuré par une sage-femme.



Schéma de la réalisation d'une amniocentèse

Source : feliethalmensi.free.fr

3.2.3. En hospitalisation anténatale

Dans le cadre de la surveillance de grossesses pathologiques, l'échographie est un outil indispensable.

La sage-femme, en collaboration avec le médecin, peut intervenir dans différentes situations :

- La surveillance d'une croissance fœtale (macrosomie ou R.C.I.U.)
- La surveillance de la quantité de liquide amniotique (réalisation d'un index amniotique)
- La surveillance de la vitalité fœtale (score de Manning)
- La surveillance de la longueur du col utérin (dans le cadre de menaces d'accouchement prématuré)



Echographie d'un col utérin fermé

Source : www.aly-abbara.com

3.2.4. En salle de naissances

L'utilisation en salle de naissances de l'échographie est principalement liée à la détermination de la présentation du fœtus, mais aussi pour une estimation du poids fœtal en complément de l'estimation clinique en cas de suspicion de macrosomie notamment

Elle peut être réalisée en cas de suspicion d'une présentation du siège, supposée lors du palper abdominal. Elle a également un rôle dans le suivi du travail de grossesses gémellaires afin de déterminer la présentation du second jumeau.

L'échographie est également utilisée dans la réalisation de versions par manœuvres externes afin de surveiller la progression du geste mais aussi les réactions fœtales.

3.2.5. Législation

Les pratiques des sages-femmes ne se limitent pas au domaine des échographies de surveillance de la grossesse. En effet, elles peuvent utiliser l'échographie dans d'autres situations comme la P.M.A. ou le guidage lors d'une amniocentèse.

On peut également remarquer que dans la nomenclature générale des actes professionnels il est précisé que les sages-femmes sont habilitées à examiner les ovaires dans le cadre des échographies de grossesse.

- Les textes légaux

L'article R.4127-324 du Code de la Santé Publique prévoit que les sages-femmes, sous la direction d'un médecin, prodiguent des soins aux patientes présentant une affection gynécologique.

Cet article concerne donc la pratique des sages-femmes en P.M.A. dans les monitorages d'ovulation, ainsi que les guidages de ponctions (liquide amniotique ou villosités choriales) ou encore dans le cadre de la surveillance de grossesses pathologiques à risques.

En extrapolant, on peut également imaginer que cette utilisation pourra rentrer dans le cadre des nouvelles attributions des sages-femmes en termes de suivi gynécologique. En effet, l'article 86 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 précise que les sages-femmes doivent adresser les patientes à un médecin en cas de situation pathologique dans le cadre de leur suivi gynécologique (article R.4127-325 et 326 du Code de la Santé Publique permettant aux sages-femmes l'utilisation de la technique du doppler).

La sage-femme se voit également attribuer, par le biais de cette loi, le droit de pose de stérilet, et donc, la surveillance de son emplacement par monitoring échographique.

- Les cotations

Ces actes ne font pas pour l'instant partie de la pratique des sages-femmes. En effet, ils sont cotés sous le nom du médecin dans un référentiel CCAM.

Le conseil national de l'ordre des sages –femmes en date du 12 juin 2007 a rédigé une attestation approuvant la pratique de ces actes :

« La définition du champ de compétences des sages-femmes comprend également la possibilité de prendre une place active dans les services d'orthogénie, de gynécologie et procréation médicalement assistée. D'autre part, vous remarquerez que le contrôle des ovaires fait partie de l'examen que doivent effectuer les sages-femmes échographistes (...) »

Cette reconnaissance confirme la place primordiale des sages-femmes dans ces services. L'utilisation de l'échographie, par les sages-femmes, dans la réalisation d'actes de nature différente de la surveillance de la grossesse est donc encouragée.

4. La sage-femme échographiste

Actuellement, la pratique des sages-femmes échographistes ne se limite plus au secteur hospitalier. En effet, on voit apparaître des cabinets de sages-femmes échographistes réalisant des suivis de grossesses physiologiques.

4.1. Les secteurs d'activité

Les deux principaux secteurs d'activités sont le secteur hospitalier et le secteur libéral.

- Le secteur libéral :

Comme pour toute sage-femme désirant s'installer en libéral, des démarches administratives sont obligatoires : l'inscription au tableau de l'ordre, la déclaration au centre de formalités des entreprises, l'inscription à la caisse primaire d'assurance maladie et le choix du statut de l'entreprise (entreprise individuelle, association avec d'autres professionnels médicaux...).

Selon l'article R4127-309 du Code de Déontologie, « la sage-femme doit disposer d'une installation convenable et des moyens techniques suffisants ».

Ceci sous-entend donc que les locaux doivent comprendre obligatoirement : une salle d'examen, une salle d'attente et des toilettes.

Dans le cas particulier de la pratique de l'échographie, il sera nécessaire d'utiliser un échographe récent, afin de réaliser des échographies de la meilleure qualité possible. (À titre indicatif, le coût d'un appareil standard s'échelonne de 50000 à 150000 euros).

Pour ce qui est des assurances, la sage-femme se doit d'avoir une assurance civile professionnelle ainsi qu'une assurance de ses biens professionnels et une assurance perte d'exploitation (utile en cas de sinistre ou de maladie).

- Le secteur hospitalier :

La plupart des sages-femmes réalisant des échographies obstétricales de dépistage appartiennent au secteur hospitalier public.

Elles ont un statut de sages-femmes hospitalières comme toutes les autres sages-femmes d'un établissement.

L'exemple de la maternité de Nancy est intéressant car il présente un service dédié uniquement à l'échographie obstétricale : les sages-femmes réalisent des échographies obstétricales et s'en remettent à un médecin lors de la découverte d'une pathologie. L'annonce sera faite en présence du médecin qui aura réalisé le diagnostic mais aussi de la sage-femme qui aura participé au dépistage de cette pathologie.

D'un point de vue administratif, ces sages-femmes sont inscrites au tableau de l'ordre et doivent souscrire une assurance civile professionnelle. Les établissements hospitaliers sont tenus d'assurer systématiquement la responsabilité civile professionnelle des agents.

4.2. Une pratique régulière

Que sa pratique soit hospitalière ou libérale, une sage-femme échographiste doit être performante dans son activité. En hospitalier, la sage-femme désirant réaliser des échographies de dépistage peut coupler cette pratique à un autre service de la maternité.

Une polyvalence est possible, tout en gardant une pratique minimale de l'échographie obstétricale.

Cette compétence se doit d'être entretenue et mise à jour afin de garder un niveau de pratique et de connaissances en concordance avec les exigences de la science.

Partie 2

Après avoir exposé les formalités de l'accès et de l'utilisation de l'échographie par les sages-femmes, il est intéressant d'étudier de façon concrète quelles sont les modalités de l'usage de cet outil au quotidien.

Afin de recueillir ces informations, j'ai décidé d'interroger des sages-femmes dont l'activité a un lien avec l'échographie obstétricale par le biais d'un questionnaire (annexe 5). Je me suis donc limité à des sages femmes dont l'activité était en rapport avec :

- les consultations prénatales et des réalisations d'échographies de dépistage de grossesse
- l'hospitalisation en anténatal
- la salle des naissances
- la P.M.A.

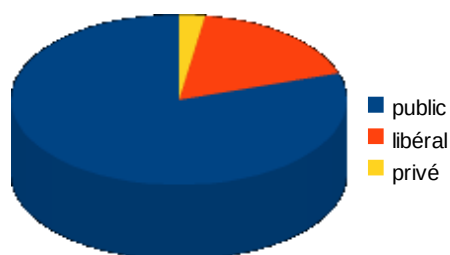
200 questionnaires ont été envoyés dans 15 maternités de Lorraine (publiques et privées). Afin que mon étude soit valable, il me fallait que l'analyse en comporte au moins 30 selon les recommandations du service de statistiques de la maternité régionale de Nancy. 40 questionnaires ont été réceptionnés.

Outre les modalités d'utilisation de l'échographie, cette étude a pour but d'analyser comment les sages-femmes utilisent cet outil selon leur formation initiale ou complémentaire, leur lieu d'exercice ainsi que leur ressenti (le risque médico-légal encouru, leurs connaissances...) face à la réalisation de tels examens.

1. Démographie

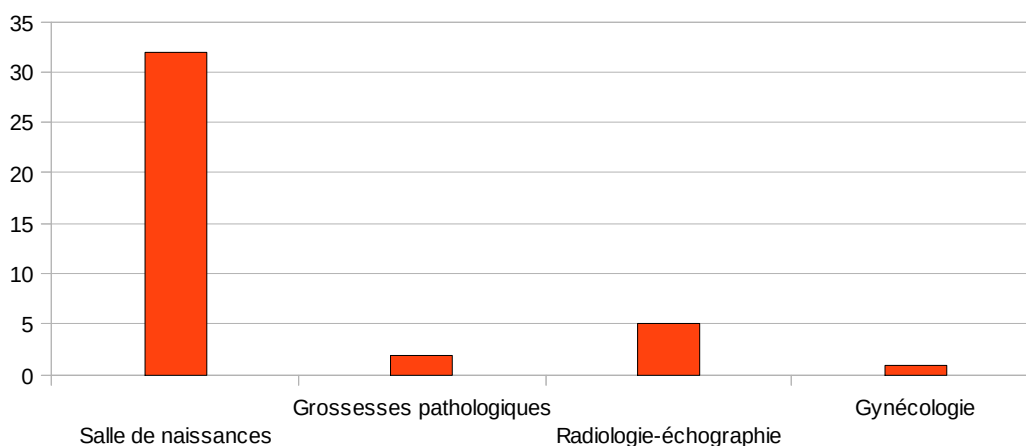
Mon étude s'adresse à toutes les sages-femmes ayant la possibilité d'utiliser, dans leur pratique courante, un appareil d'échographie. Elle concerne 32 sages-femmes du secteur public, 7 du secteur privé et 1 travaillant en libéral.

10 sages-femmes du public travaillent en maternité de niveau III dans cet échantillon. Les autres sages-femmes sont soit de niveau IIa ou IIb.



Répartition des sages-femmes de l'échantillon en fonction de leur lieu d'exercice

Dans ces sages-femmes, on retrouve une majorité travaillant en salle de naissances (32 dont 4 travaillent également en service de grossesses pathologiques), 5 sages-femmes en service de radiologie-échographie, 2 sages-femmes en service d'hospitalisations anténatales exclusivement et 1 sage-femme en service de gynécologie.



Répartition de l'échantillon par services

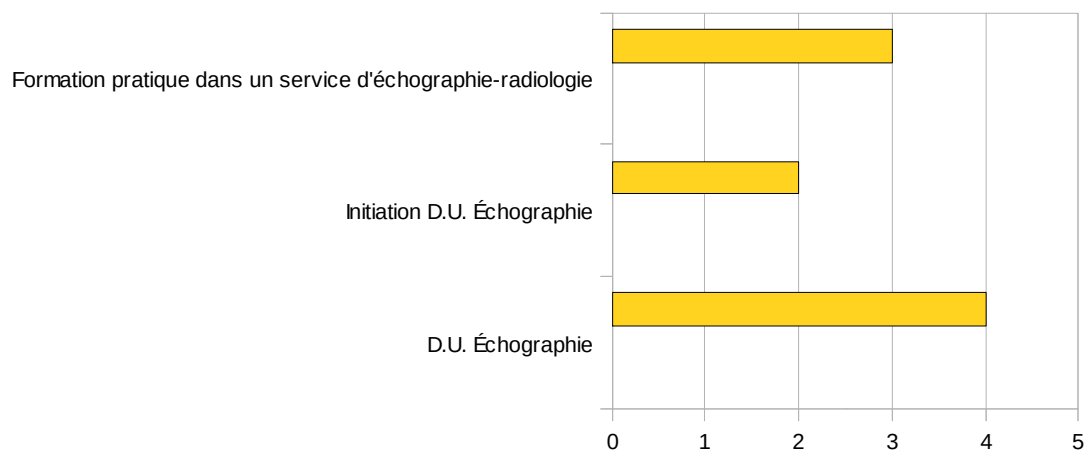
2. La formation des sages-femmes

J'ai interrogé les sages-femmes sur leur formation afin de voir s'il existait un lien entre leurs connaissances acquises dans le domaine de l'échographie et l'utilisation qu'elles en font dans leur pratique.

Tout d'abord, vis à vis de la formation initiale, il est important de scinder les sages-femmes en 2 groupes : celles dont la formation a eu lieu avant 2001 (ancien programme des études ne comportant pas d'échographie obstétricale en enseignement théorique) et après 2001. 14 sages-femmes ont eu leur diplôme d'état après 2001 et 26 l'ont eu avant.

90% des sages-femmes considèrent que la formation initiale n'est pas suffisante pour une pratique performante de l'échographie, 3 n'ont pas répondu et une seule considère que la formation initiale est suffisante.

Sur ces 40 sages-femmes, 9 ont suivi une formation complémentaire en échographie. Les formations rencontrées sont les suivantes :



Les formations suivies par les sages-femmes de l'échantillon

Les sages-femmes ayant passé le D.U. d'échographie justifient cette formation complémentaire en expliquant qu'elles avaient le désir de compléter leur formation dans les domaines suivants :

- Anatomie
- Biophysique (mode de fonctionnement des ultrasons)
- Physiologie et de la pathologie fœtale

Une sage-femme précise également que depuis le décret du 23/06/2009 concernant le dépistage de la trisomie 21, l'acquisition du D.U. est indispensable afin de réaliser des échographies du 1er trimestre de la grossesse.

Une autre sage-femme précise également qu'il serait inconscient de réaliser des échographies de dépistage sans l'obtention d'un D.U. vis à vis des risques médico-légaux.

Les sages-femmes ayant suivi l'initiation au D.U. D'échographie précisent que cette formation constitue un tremplin intéressant vers le D.U.

3 groupes se profilent dans la population des sages-femmes n'ayant pas suivi de formation complémentaire:

- les sages-femmes intéressées pour compléter leur formation dans le domaine de l'échographie obstétricale
- les sages-femmes non intéressées
- les sages-femmes sans opinion

On retrouve des similitudes dans les arguments des sages-femmes souhaitant compléter leur formation :

- l'envie d'améliorer la prise en charge (en particulier d'urgence)
- l'envie d'améliorer le suivi de grossesses
- l'envie d'élargir ses connaissances

Des similitudes sont également retrouvées chez les sages-femmes ne souhaitant pas compléter leur formation :

- un manque d'intérêt dans la pratique (formation initiale suffisante)
- trop de risques médico-légaux
- une formation difficile
- un manque de temps

Pour compléter ces questions sur la formation, j'ai demandé aux sages-femmes si elles avaient un accès facile à la formation continue (ce qui englobe : l'accès aux congrès, le D.U. ...).

7 sages-femmes ont répondu qu'elles avaient un accès facile à la formation, 8 ont répondu le contraire et 25 n'ont pas d'opinion.

Dans les 8 sages-femmes n'ayant pas d'accès facile à la formation, les arguments suivants ont été avancés:

- le manque de temps accordé aux sages-femmes pour se former, en particulier dans les maternités non-universitaires
- le coût élevé des formations
- la difficulté théorique des formations dans le domaine de l'échographie

J'ai également interrogé les sages-femmes au sujet de l'enrichissement de la formation initiale en échographie obstétricale.

29 sages-femmes sont pour le fait d'intégrer dans la formation initiale plus de cours théoriques d'échographie obstétricale mais aussi de développer la pratique en augmentant le nombre de stages en échographie. 4 sages-femmes ne sont pas de cet avis et 7 d'entre elles n'ont pas exprimé leur opinion.

Les arguments en faveur d'un enrichissement du programme sont les suivants :

- l'échographie devient prépondérante dans le suivi des grossesses
- pour sensibiliser les futures sages-femmes quant à leurs responsabilités dans la réalisation de tels actes
- pour susciter l'intérêt des futures sages-femmes à réaliser des échographies



L'avis des sages-femmes face à l'enrichissement du programme de formation initial

L'argument principal contre l'enrichissement du programme est le suivant : L'échographie doit rester une spécialité à part entière du métier de sages-femmes pour être bien réalisée

3. Les modes d'exercice

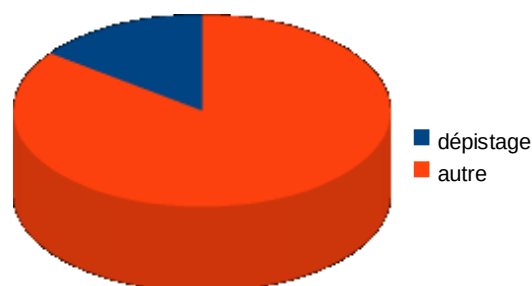
Il me paraît intéressant d'analyser l'utilisation de l'échographie par les sages-femmes en fonction de leur lieu d'exercice ainsi que les conditions d'utilisation de cet outil.

A la question : « Réalisez-vous des échographies? » 27 sages-femmes ont répondu « OUI » soit 67,5% des sages-femmes interrogées.

Dans ce groupe de sages-femmes, seulement 4 utilisent l'échographie dans le but de réaliser des échographies de dépistage des 1er, 2e et 3e trimestres. Ces 4 sages-femmes sont les mêmes ayant passé un D.U. d'échographie obstétricale.

Malgré tout, les 27 sages-femmes de ce groupe utilisent l'échographie dans des finalités diverses, telles que :

- des échographies relevant de prises en charge de patientes hospitalisées en anténatal (contrôle de croissance, doppler, index amniotique, contrôle d'insertion placentaire, contrôle de datation et d'évolutivité de grossesse, score de Manning)
- des échographies relevant de la P.M.A. (contrôle de stimulation ovarienne)
- des échographies relevant de la prise en charge en salle de naissances (présentation)



Les types d'échographies réalisés par les sages-femmes de l'échantillon

Ainsi, 20 sages-femmes affirment que leur pratique est de l'ordre de la prise en charge d'urgence, 1 sage-femme dans le cadre d'échographies planifiées et 5 sages-femmes dans les deux cas.

Afin de compléter l'interrogatoire, il est intéressant de savoir si ces sages-femmes sont sous la responsabilité d'un médecin référent. 17 sages femmes (dont les 4 sages-femmes réalisant des échographies de dépistage) affirment être sous la responsabilité d'un médecin, 8 ne le sont pas et 15 n'ont pas donné leur opinion.

4. Les enjeux

4.1. La notion de spécialité

Il est intéressant de demander aux sages-femmes ne réalisant pas d'échographies quels sont leurs arguments.

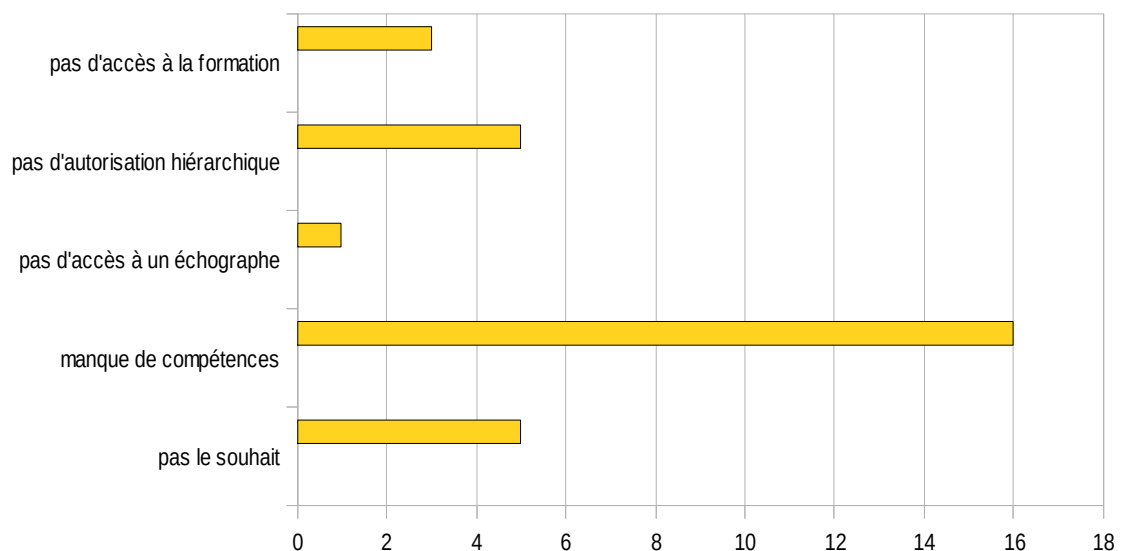
Dans un souci de facilité, j'ai rassemblé les réponses en 5 items :

- absence de motivation personnelle
- manque de compétences
- échographe inaccessible
- frein hiérarchique
- difficulté d'accès à une formation

Les sages-femmes interrogées ont parfois répondu à plusieurs réponses.

Afin de considérer l'ensemble des arguments des sages-femmes, le diagramme réalisé prend en compte le nombre de cases cochées.

Une sage-femme a rajouté un item au questionnaire : « l'organisation du service ne le permet pas ».



Arguments des sages-femmes de l'échantillon ne réalisant pas d'échographies

Afin de compléter ce tableau, il est intéressant de noter que 11 sages-femmes ont le sentiment de ne pas utiliser pleinement toutes leurs connaissances acquises en échographie, alors que 15 d'entre elles ont le sentiment inverse, et 4 sont sans opinion

Les sages-femmes ayant suivi des formations complémentaires ont toutes répondu « OUI » à cette question.

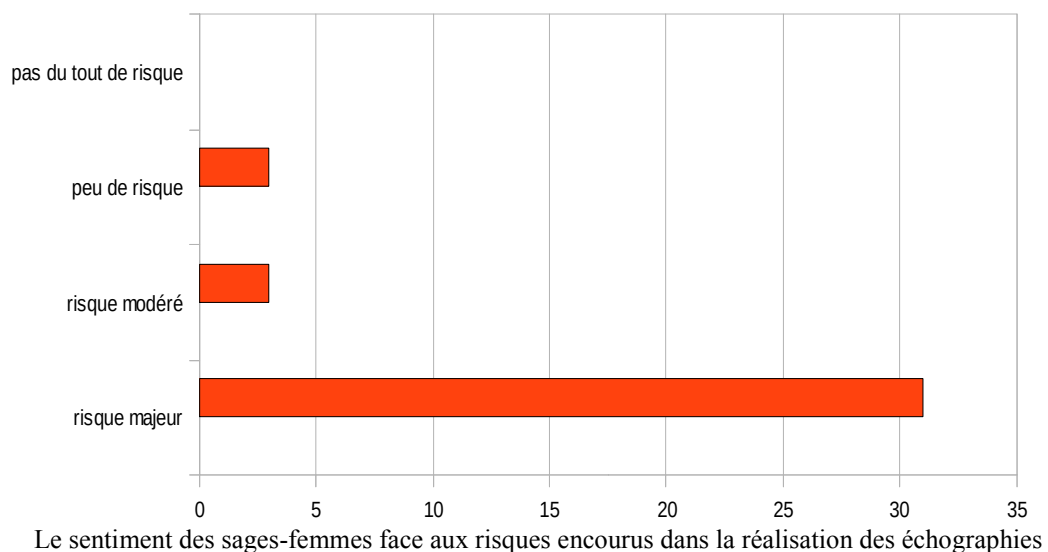
Ce constat est à mettre en lien avec la notion de spécialité : 100% des sages-femmes considèrent que la réalisation d'échographies de dépistage de 12, 22 et 32 S.A relève d'une spécialité à part entière du métier de sage-femme.

4.2. Le cadre légal

Les sages-femmes sont partagées quant à leurs droits vis à vis du code de déontologie. En effet, à la question « le code de déontologie vous autorise-t-il à pratiquer des échographies obstétricales sans passer de D.U. » 18 sages-femmes ont répondu « OUI », 18 autres ont répondu « NON » et 4 n'ont pas donné leur opinion.

Quant à la question « existe-t-il, selon vous, un frein à l'utilisation de l'échographie chez les sages-femmes ? » Le même nombre de sages-femmes a répondu positivement que négativement et 4 ne se sont pas exprimées. L'argument principal avancé est la réticence face au risque médico-légal.

Ce constat est à mettre en lien avec le ressenti des sages-femmes face à leur responsabilité dans la réalisation d'échographies:



3 sages-femmes ne se sont pas exprimées vis-à-vis de ce sujet. Ce graphique est donc significatif d'une crainte du risque médico-légal chez les sages-femmes détentrices ou non d'un D.U.

Partie 3

1. L'échographie obstétricale est-elle une spécialité du métier de sage-femme?

Mon étude a révélé un fait intéressant : 100% des sages-femmes interrogées considèrent l'échographie obstétricale comme une spécialité à part entière de leur métier. On peut alors s'interroger sur la possibilité qui leur est laissée d'exercer cette spécialité.

1.1.La notion de spécialité

Selon le Larousse, la définition de spécialité est : « *Ensemble de connaissances approfondies dans une branche déterminée* ».

Cette définition est applicable à l'échographie: en effet, et selon mon étude, la majorité des sages-femmes souhaitant réaliser des échographies de dépistage lors de la grossesse suivent une formation complémentaire ne considérant pas la formation initiale comme suffisante dans ce domaine.

La réalisation d'échographies obstétricales nécessite en effet un haut niveau de connaissances théoriques mais aussi une maîtrise pratique indispensable afin d'être le plus performant possible face au dépistage des pathologies fœtales.

1.2.L'accès à la formation

Les sages-femmes souhaitant approfondir leur formation dans le domaine de l'échographie sont confrontées à certains freins :

- le manque de temps accordé pour se former, en particulier dans les maternités non-universitaires
- le coût élevé des formations

Néanmoins, le coût de la formation peut se révéler être assez lourd pour un établissement ou à titre personnel du fait :

- de l'inscription à un D.U. coûte en moyenne 1000€
- des frais engendrés par l'hébergement, les déplacements...
- du temps libéré par l'établissement à la sage-femme sur ses heures de travail.

Mon étude visant toutes les sages-femmes en exercice, la distinction entre les différents programmes de formation initiale n'a pas été faite. On peut supposer qu'une sage-femme ayant suivi le programme des études de 1986 ne possède pas le même bagage dans le domaine de l'échographie obstétricale qu'une sage-femme ayant suivi le programme de 2001.

Malgré ce constat, les sages-femmes estiment que leur formation initiale devrait être enrichie en échographie : plus de 70% d'entre elles le souhaitent.

Ce constat m'amène à plusieurs hypothèses :

- Les sages-femmes considèrent qu'il est primordial actuellement pour tout intervenant médical en périnatalité de maîtriser l'échographie afin de suivre au mieux ses patientes.
- Elles sont d'avis que la maîtrise de cet outil nécessite une connaissance pratique et théorique bien au-delà de l'enseignement délivré lors de la formation initiale
- Enfin , les praticiennes considèrent que pour faciliter l'accès des sages-femmes au diplôme universitaire d'échographie obstétricale, l'apport de l'enseignement initial en imagerie fœtale devrait s'enrichir sur le plan théorique mais également en termes d'apprentissage pratique.

Une autre composante importante est à évoquer : plusieurs sages-femmes ont souhaité souligner le fait que l'échographie obstétricale est une activité à haut risque médico-légal qui viendrait majorer le risque déjà présent dans leur activité de sage-femme (le suivi de grossesse, l'accouchement...)

2. Le champ de compétence des sages-femmes en termes d'échographie

2.1. La cotation des actes

L'ordre des sages-femmes définit comme tel son champ de compétences :

« Ses compétences concernent la femme enceinte et la naissance. Elles sont toutefois bornées à la grossesse et à l'accouchement normal, la sage-femme devant obligatoirement faire appel à un médecin en cas de grossesse ou d'accouchement pathologique. »

Cette définition est applicable au domaine de la pratique d'échographies de dépistage durant la grossesse.

Or, comme annoncé précédemment, certains actes de pratique courante (tels que la réalisation de dopplers utérins ou la surveillance d'un dispositif intra-utérin), font partis du libellé des échographies obstétricales réalisées par les sages-femmes alors qu'ils sont cotés en acte CCAM donc médecin.

La sage-femme est également habilitée à réaliser des échographies de surveillance de grossesses à risques sur prescription d'un médecin. Ces actes sont également cotés en actes CCAM médecin.

Quel est l'intérêt pour les sages-femmes d'accéder à cette cotation CCAM ? Les principales bénéficiaires seraient les sages-femmes échographistes exerçant en libéral. En effet, elles pourraient réaliser ce type d'acte et être rémunérées au même titre que les médecins. Bien entendu, en cas de pathologie, le recours à l'obstétricien restant la règle.

2.2. Les règles de bonne pratique de l'échographie obstétricale

Avant la loi du 23 juin 2009 au sujet du dépistage de la trisomie 21, il n'existait aucun texte qui encadrait la pratique des échographies par les sages-femmes.

Il existait comme seule recommandation de la part du Conseil National Technique d'Échographie l'importance de la formation continue et de l'évaluation des pratiques professionnelles.

Il est à noter que cette loi oblige les praticiens réalisant des échographies obstétricales du premier trimestre à posséder un diplôme inter-universitaire en échographie obstétricale. Les sages-femmes, étant soumises à cette loi, sont donc dans l'obligation de compléter leur formation initiale si elles veulent pratiquer des dépistages échographiques du premier trimestre qui comprend notamment les mesures de la clarté nucale et de la longueur crânio-caudale.

De plus, sont décrites les règles de bonnes pratiques en termes de mesure de clarté nucale, que ce soit tant du point de vue de la réalisation de l'acte que de l'utilisation du matériel approprié.

Cette loi ne concerne que les échographies du premier trimestre. On peut alors se demander si une nouvelle réglementation pourrait être envisagée pour la réalisation d'échographies au cours du second et du troisième trimestre.

Le but de cette loi n'est pas tant améliorer les techniques d'échographie mais plutôt garantir que le dépistage de la trisomie 21 qui repose désormais sur la mesure de la clarté nucale combinée aux marqueurs sériques. Cette mesure tend à diminuer le taux injustifié d'amniocentèses proposées aux femmes. Mais pour être sûr du dépistage, il faut que les protagonistes (échographistes et laboratoires d'analyse) fassent preuve de la qualité de leurs mesures et analyses. Le diplôme d'échographie inter-universitaire serait en quelque sorte un gage de qualité des mesures.

3. Le risque médico-légal

3.1. Le ressenti des sages-femmes

Selon mon étude, 31 sages femmes considèrent qu'il existe un risque majeur dans la réalisation d'actes échographiques.

Deux hypothèses principales peuvent être avancées :

- Le manque de formation agit comme un frein pour les sages-femmes souhaitant réaliser des échographies de dépistage
- Le contexte actuel de recours juridique important de la part des patients

Cette crainte ne s'explique pas par le manque de formation des sages-femmes car toutes celles ayant passé un D.U. d'échographie obstétricale considèrent qu'un risque majeur existe.

On peut alors s'interroger sur cette situation. Comment le risque médico-légal peut-il devenir un frein dans l'accomplissement d'actes faisant partie de la profession de sage-femme?

3.2. Un exemple : le dépistage de la trisomie 21

L'exemple pris de la trisomie 21 a fait le sujet d'une étude du centre hospitalier de Tours intitulée « aspect médico-légal du diagnostic prénatal de la trisomie 21 ».

Cette étude reprend les différents moments importants du dépistage de la trisomie 21 pendant la grossesse :

- Le dosage des marqueurs plasmatiques : suite à de nombreuses plaintes de patientes, un cadre juridique a été mise en place. Son but a été de redéfinir la place du médecin lors de la prescription de tels examens : son rôle principal est l'information de la patiente au sujet de la maladie elle même mais aussi des conséquences du dosage sérique (proposition de l'amniocentèse et de ses risques) .

- Les limites de l'échographie : l'information de la patiente est indispensable dans la réalisation d'échographies. Elle doit être absolument avertie à propos du caractère incertain de la réalisation de l'échographie. Ce constat est souligné dans une étude du Dr Brideron intitulée « les limites de l'échographie obstétricale ». En effet, il souligne le fait que seulement 60% des anomalies peuvent être décelées lors d'une échographie obstétricale et 70% pour le dépistage de la trisomie 21. La conclusion de son étude est la suivante : « Il lui est donc impossible d'annoncer aux patientes que le fœtus est normal au prétexte d'une échographie sans anomalie visualisée. »

Ces éléments peuvent être mis en parallèle avec la loi du 4 mars 2002:

« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus ».

L'information est donc au cœur de la prévention du risque médico-légal. La patiente doit être informée des limites des examens mais aussi de la possibilité d'existence d'anomalies chez son fœtus. Cette information doit se faire de manière orale de la façon la plus claire possible et doit être reportée par écrit dans le compte-rendu d'examen.

Selon le Dr Brideron : « L'échographie obstétricale de dépistage ne peut-être considérée comme un certificat de bonne santé du fœtus. »

Un autre aspect est à prendre en compte dans ce cadre médico-légal : le versant psychologique est très important. En effet, une femme enceinte peut être en proie à de nombreuses craintes lors de sa grossesse, en particulier face à son futur bébé. L'échographie peut être perçue comme un choc du fait qu'elle révèle les caractéristiques morphologiques de l'enfant à naître. Il est alors primordial pour l'échographiste de prendre le temps nécessaire afin de transmettre à sa patiente une information compréhensible et précise afin de ne pas créer d'inquiétudes inutiles, de malentendu et d'entraîner un éventuel conflit juridique.

4. Les nouvelles recommandations du dépistage de la trisomie 21

4.1.La loi

Depuis le 23 juin 2009, madame Roselyne Bachelot, ministre de la Santé et des Sports, a publié au Journal Officiel un arrêté décrivant les nouvelles recommandations vis-à-vis du dépistage précoce de la trisomie 21 lors du premier trimestre de la grossesse .

Ce dépistage, appelé « dépistage combiné du premier trimestre », est en fait la mise en relation de la mesure de la clarté nucale et de la longueur cranio-caudale réalisées lors de la première échographie de grossesse avec des dosages sanguins spécifiques. Ces marqueurs sanguins sériques sont la protéine plasmatique placentaire de type A (PAPP-A) et la fraction libre de la chaîne bêta de l'hormone chorionique gonadotrope (sous-unité bêta libre de l'hCG).

Si ces dosages n'ont pas été réalisés à temps (entre 11 SA et 13 SA+6 jours), la femme aura la possibilité de réaliser les dosages sériques du 2e trimestre intégrés au résultat de la mesure de la clarté nucale du premier trimestre. Il est important également de remarquer que la loi précise qu'il est possible de réaliser les marqueurs sériques du 2e trimestre sans échographie préalable.

Ce dosage plus précoce a pour but de diminuer le nombre d'amniocentèses. En effet, selon une étude de T.Farau et C.Cans au sujet des méthodes de dépistage de la Trisomie 21 au cours de la grossesse, 10% des femmes environ se verraient proposer une amniocentèse pour un risque de fausses-couches estimé à environ 1%.

4.2.Les discussions face à cette loi

Dans son article 1er, le texte de loi stipule : « toute femme enceinte, quel que soit son âge, est informée de la possibilité de recourir à un dépistage combiné permettant d'évaluer le risque de trisomie 21 pour l'enfant à naître ».

La formulation de cet article sous-entend que le praticien doit proposer systématiquement à toute femme ce dépistage.

Cette loi a soulevé un questionnement éthique en particulier chez les médecins catholiques français par le biais d'une lettre envoyée à madame Bachelot (voir annexe 6), sur la place du handicap dans la société.

En effet, le président du centre des médecins catholiques français le Dr Bertrand Galichon souligne le fait que ce dispositif remet en question la place laissée « dans notre société aux personnes porteuses de ce handicap » et relance ainsi le débat sur l'interruption médicale de grossesse chez les fœtus porteurs de trisomie 21. Il met également en évidence un autre questionnement : quelle est la part de responsabilité du praticien et de l'apport scientifique dans le choix de poursuivre ou non une grossesse?

Conclusion

L'échographie est devenue incontestablement l'outil primordial du dépistage des pathologies fœtales lors du suivi de la grossesse. C'est pourquoi, elle s'inscrit parfaitement dans le champ de compétences de la sage-femme du fait de la nature même de sa profession : le suivi physiologique de la grossesse et de l'accouchement et donc ainsi le dépistage d'éventuelles pathologies.

A l'heure de nouvelles lois concernant le dépistage de la trisomie 21, on pourrait supposer une refonte du système de suivi échographique des femmes enceintes avec l'obligation pour tout praticien (gynécologue obstétricien, radiologue et sage-femme) de détenir un diplôme inter-universitaire afin de réaliser des échographies de dépistage du premier trimestre.

Les sages-femmes ont donc une opportunité d'asseoir leur rôle dans le suivi de la grossesse physiologique et du dépistage des pathologies fœtales.

De plus, on voit naître de nouvelles formes d'exercice pour les sages-femmes faisant de l'échographie, en particulier dans l'installation en libéral.

Malgré tout, la sage-femme est confrontée à diverses difficultés dans la réalisation de tels actes :

- Une formation initiale incomplète pour réaliser des échographies de dépistage .
- Un accès pas toujours aisé du point de vue pratique à une formation complémentaire.
- Une cotation des actes inadaptée face aux réalités du terrain.

L'émergence du risque médico-légal est également source de réticence chez certaines sages-femmes désirant se spécialiser.

Il semblerait judicieux qu'en cette période d'essor de l'échographie obstétricale, son enseignement soit plus poussé au cours de la formation initiale. Cet enrichissement pourrait être éventuellement envisagé dans le cadre de l'instauration de la L1 santé et de la création d'un master propre à la profession de sage-femme.

BIBLIOGRAPHIE

- Livres :

Soutoul J.H., Pierre F. *La responsabilité médicale et les problèmes médico-légaux en gynécologie et reproduction*, éd. Maloine

Tournaire M., Thepot F. *Diagnostic et prise en charge des affections foetales*, ed. Vigot

Seguy B., Amiel-Tison C., Racinet C. *Prevenir le risque juridique en obstétrique cas réels-bonnes pratiques*, ed. Masson

Bault J.-P., Coquel P., Ville Y., Benoist G. *Pratique de l'échographie obstétricale*, ed. Broché

Sohn C., Schiesser M., Krapfl-Gast A.-S., *Echographie en gynécologie et obstétrique*, ed. Relié

Guérin B., Ardaens Y., Bailleux B., Houzé D., *Echographie en pratique obstétricale*, ed. Masson

Uzan M., Cynober E., Benard C., *Guide pratique de doppler en obstétrique*, ed. Masson

Ardaens Y., Guérin B., Lambert I., Lemaitre L., *Echographie pelvienne en gynécologie*, ed. Masson

- Revues :

Responsabilité n°20-Décembre 2005, Dr Henrion Roger, *Bonnes pratiques de l'échographie de dépistage prénatal*

Les dossiers de l'obstétrique n°328-Juin 2004, Dr Blin Gerard, *A propos de l'échographie foetale*

Profession Sage-femme n°136-Juin 2007, Richard-Guerroudj Nour, *Risque médico-légal, réalité ou fantasme ?*

- Mémoires :

Le Page M., *Sage-femme échographiste : pour une juste adéquation entre polyvalence et spécialisation*, Dijon : 2003-2004

Helvig A.-D., *Etre sage-femme échographiste en libéral*, Nancy : 2006-2007

- Sites internet :

- Atlas d'échographie obstétricale :

www.docteur-benchimol.com/atlas_echographie_obstetricale

- Atlas d'échographie en gynécologie-obstétrique :

www.aly-abbara.com/echographie/Atlas_echographie/atlas_echographie

- L'échographie obstétricale en danger :

www.em-consulte.com

- Quelques mots sur l'histoire de l'échographie :

www.info-radiologie.ch/echographie

- Jean Daniel COLLADON (1802-1893) : physicien, ingénieur et professeur genevois

www.pionnair-ge.com/spip1/spip.php?article79

- Kretz Museum Tour - The History of Ultrasound

www.obgyn.net/displaytranscript.asp?page=/avtranscripts/RSNA/combison

- Echographie médicale

www.universalis.fr/encyclopedie/Z020552/ECHOGRAPHIE_MEDICALE

- Diplôme d'université d'études avancées en échographie obstétricale
www.unistra.fr/formation-continue/stage/fr-rne-0673021v-pr-acv-549-1158

- Arrêté du 23 juin 2009 fixant les règles de bonnes pratiques en matière de dépistage et de diagnostic prénatals avec utilisation des marqueurs sériques maternels de la trisomie 21 :
www.legifrance.gouv.fr

- Autres documents :

Publications de l'ONSSF :

- VIOSSAT P., *Les actes d'échographie réalisés par des sages-femmes*, Octobre 2008
- VIOSSAT P., *Le champ de compétences des sages-femmes échographistes*, Janvier 2009

TABLE DES MATIERES

Remerciements	2
Sommaire.....	3
Introduction	5
Partie 1	6
1.Historique de l'échographie obstétricale	7
2.Les différentes formations possibles pour les sages-femmes	10
2.1.La formation initiale	10
2.2.Le diplôme universitaire	11
3.L'apport de l'échographie dans la pratique de la sage-femme	13
3.1.Le suivi échographique de grossesse physiologique	13
3.1.1.Echographie du premier trimestre	13
3.1.2.Echographie du deuxième trimestre	14
3.1.3.Echographie du troisième trimestre	15
3.1.4.Législation	16
3.1.5.Le cas particulier de la mesure de la clarté nucale	18
3.2.Les autres échographies réalisées par des sages-femmes	19
3.2.1.En PMA	19
3.2.2.Au bloc obstétrical	20
3.2.3.En hospitalisation anténatale	21
3.2.4.En salle de naissances	21
3.2.5.Législation	21
4.La sage-femme échographiste	23
4.1.Les secteurs d'activité	23
4.2.Une pratique régulière	24
Partie 2	25
1.Démographie	27
2.La formation des sages-femmes	28
3.Les modes d'exercice	31
4.Les enjeux	33
4.1.La notion de spécialité	33
4.2.Le cadre légal	34
Partie 3	36
1.L'échographie obstétricale est-elle une spécialité du métier de sage-femme?	37
1.1.La notion de spécialité médicale	37
1.2.L'accès à la formation	37
2.Le champ de compétence des sages-femmes en terme d'échographie	39
2.1.La cotation des actes	39

2.2.Les règles de bonne pratique de l'échographie obstétricale	39
3.Le risque médico-légal	41
3.1.Le ressenti des sages-femmes	41
3.2.Un exemple : le dépistage de la trisomie 21	41
4.Les nouvelles recommandations du dépistage de la trisomie 21	43
4.1.La loi	43
4.2.Les discussions face à cette loi	43
Conclusion	45
Bibliographie	46
Table des matières	48
Annexes	

ANNEXE 1

ÉLÉMENTS DEVANT FIGURER DANS LE COMPTE RENDU DE L'EXAMEN DE DÉPISTAGE DU PREMIER TRIMESTRE (DE PRÉFÉRENCE ENTRE 11 SA+0 J ET 13 SA+6 JOURS)

IDENTIFICATION DU PRATICIEN EFFECTUANT L'ÉCHOGRAPHIE :

- Nom
- Prénom
- Adresse
- Téléphone

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
- Date de début de grossesse si établi
- Terme théorique (semaines et jours d'aménorrhée)
- Terme corrigé (semaines et jours d'aménorrhée, mode de détermination du début de grossesse)

CONTENU DE L'EXAMEN* :

- Nombre de fœtus (en cas de grossesse multiple : les informations relatives à chacun des fœtus doivent être clairement individualisées. La chorionicité doit être précisée et documentée)
- Mobilité spontanée
- Activité cardiaque (chiffrer la fréquence cardiaque si inhabituelle)
- Longueur crano-caudale exprimée en millimètres
- Diamètre bipariétal (exprimé en millimètres)
- Contour de la boîte crânienne
- Absence de particularité de la ligne médiane
- Paroi abdominale antérieure
- Présence de quatre membres comprenant chacun trois segments
- Volume amniotique
- Aspect du trophoblaste (placenta)
- Absence de masse annexielle suspecte.
- Mesure de la clarté nucale exprimée en millimètres et 1/10 de millimètres (après information spécifique, et si la patiente le

souhaite, il peut être procédé à un calcul de risque d'anomalie chromosomique)

CONCLUSION :

- Si examen sans particularité : une phrase synthétique pour l'ensemble.
- Le cas échéant :
 - Correction de terme exprimée en semaines + jours d'aménorrhée et sous forme de proposition de date de début de grossesse
 - Proposition d'échographie diagnostique
 - Difficulté technique rencontrée (préciser laquelle)
- En cas de grossesse multiple :
 - Préciser le type de chorionicité

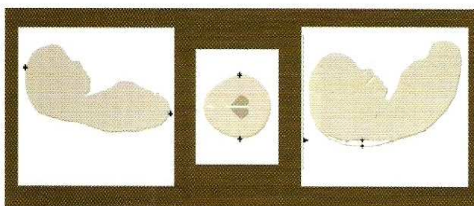
ICONOGRAPHIE JOINTE :

- Biométrie sur abaques référencés.
- Les images statiques suivantes font partie du compte rendu :
 - Longueur crano-caudale, marqueurs de mesure en place **
 - Diamètre bipariétal, marqueurs de mesure en place **
 - Clarté nucale, marqueurs de mesure en place **
 - Illustration d'un éventuel élément suspect ou pathologique.
- En cas de grossesse multiple :
- Un jeu d'iconographie par embryon
- Image permettant d'affirmer la chorionicité (membranes)

Il n'est pas nécessaire de documenter le compte rendu par un enregistrement vidéo.

**Par le mot "aspect", on entend que l'opérateur a examiné une structure ou un organe. Dans le compte rendu, une mention de type « structure d'aspect habituel » signifie que cette structure a été vue et a paru normale à l'examineur. Dans la majorité des cas, il y a concordance entre le résultat du dépistage échographique et l'état de santé de l'enfant. Cependant, comme pour tout dépistage, des faux négatifs sont possibles : une structure considérée comme vue et normale à l'échographie peut s'avérer en réalité absente ou anormale. Des faux positifs sont également possibles : une structure considérée comme non vue ou anormale à l'échographie peut s'avérer en réalité présente ou normale.*

***Selon schémas en annexe*



ANNEXE 2

ÉLÉMENTS DEVANT FIGURER DANS LE COMPTE RENDU DE L'EXAMEN DE DÉPISTAGE DU SECOND TRIMESTRE (ENTRE 20 ET 25 SA)

IDENTIFICATION DU PRATICIEN EFFECTUANT L'ÉCHOGRAPHIE :

- Nom
- Prénom
- Adresse
- Téléphone

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
- Date de début de grossesse si établi
- Terme théorique (semaines et jours d'aménorrhée)
- Terme corrigé (semaines et jours d'aménorrhée, mode de détermination du début de grossesse)

CONTENU DE L'EXAMEN* :

- Nombre de fœtus (en cas de grossesse multiple : les informations relatives à chacun des fœtus doivent être clairement individualisées. Il faut s'efforcer de confirmer ou de déterminer la chorionicité. Identification de la position de chaque fœtus et de chaque placenta)
- Mobilité spontanée
- Activité cardiaque (chiffrer la fréquence cardiaque si inhabituelle)
- 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
- Aspect de la ligne médiane
- Cavum du septum pellucidum
- Aspect de la fosse postérieure et du cervelet
- Continuité de la lèvre supérieure
- Aspect des poumons
- Position du cœur
- Quatre cavités cardiaques
- Équilibre des cavités
- Aspect et position des gros vaisseaux
- Position de l'estomac
- Aspect de l'intestin
- Aspect de la paroi abdominale antérieure
- Aspect et volume de la vessie
- Aspect des reins
- Aspect du rachis
- Présence de quatre membres
- Présence des trois segments de chaque membre
- Estimation qualitative du volume amniotique

→ Aspect du placenta

→ Localisation du placenta: signaler et décrire si bas-inséré.

CONCLUSION :

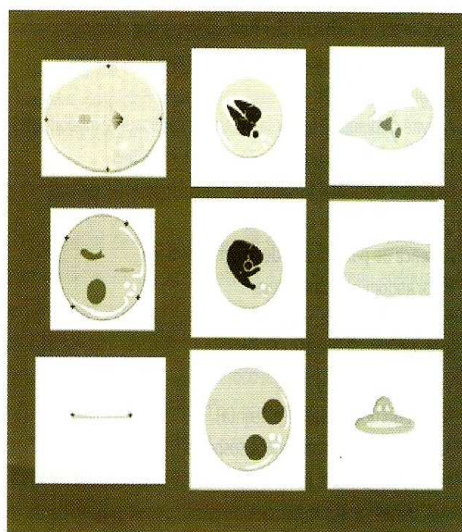
- Si examen sans particularité :
 - Nombre de fœtus
 - Phrase synthétique résumant la biométrie
 - Indiquer que l'examen morphologique n'a pas permis de révéler d'anomalie
- Le cas échéant :
 - Élément inhabituel ou suspect
 - Demande d'avis diagnostique
 - Difficulté technique rencontrée (préciser laquelle)

ICONOGRAPHIE :

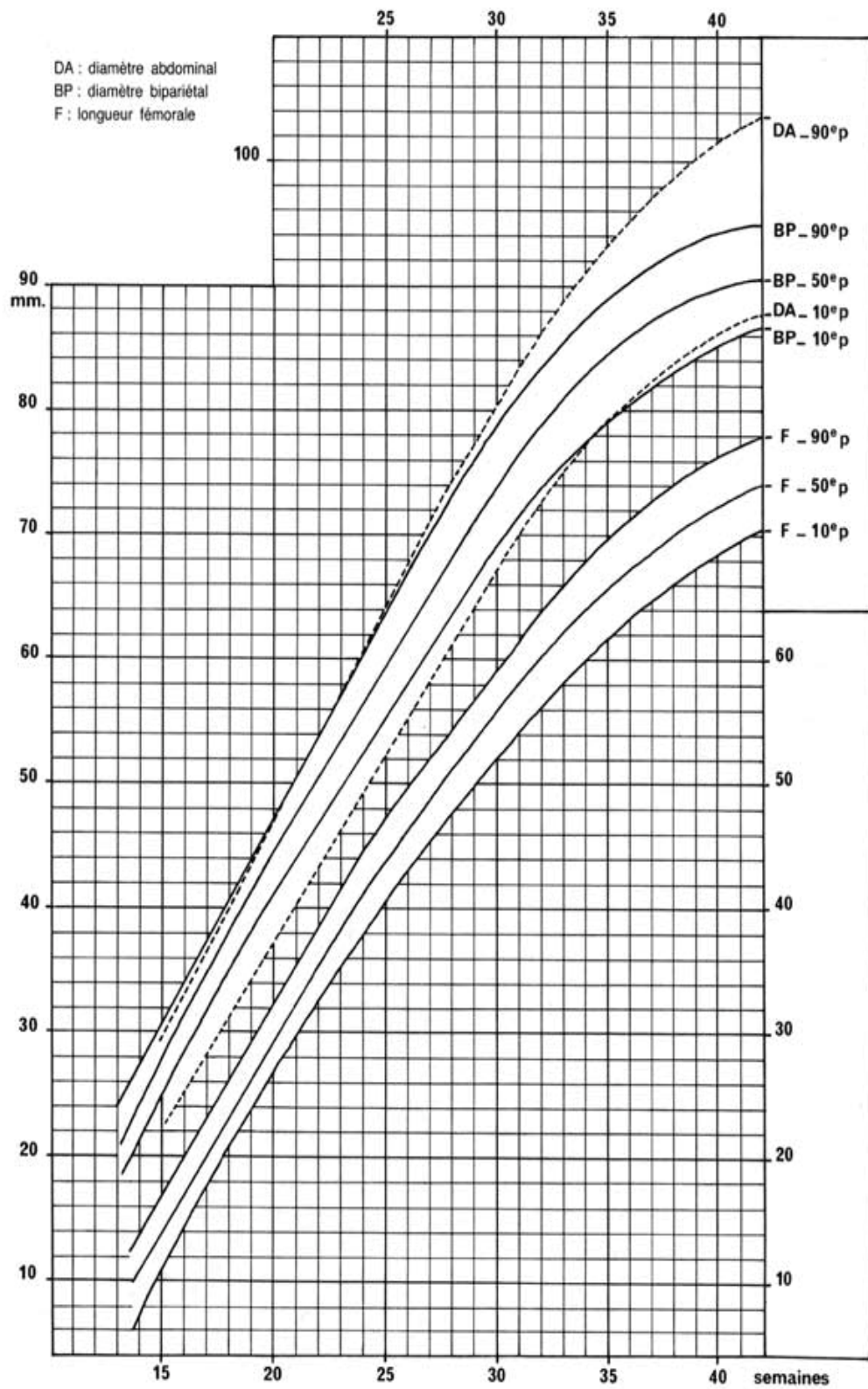
- Inscription des mesures sur des abaques référencées
- Mesure du diamètre bipariétal (marqueurs en place)**
- Mesure du périmètre céphalique (marqueurs en place)**
- Mesure du périmètre abdominal (marqueurs en place)**
- Mesure de la longueur fémorale (marqueurs en place)**
- Images correspondant aux schémas morphologiques annexés.**
- Illustration d'un éventuel élément suspect ou pathologique**
- En cas de jumeauté ou de grossesse multiple : un jeu de clichés par fœtus
- Il n'est pas nécessaire de documenter le compte rendu par un enregistrement vidéo

**Par le mot "aspect", on entend que l'opérateur a examiné une structure ou un organe. Dans le compte rendu, une mention de type « structure d'aspect habituel » signifie que cette structure a été vue et a paru normale à l'examineur. Dans la majorité des cas, il y a concordance entre le résultat du dépistage échographique et l'état de santé de l'enfant. Cependant, comme pour tout dépistage, des faux négatifs sont possibles : une structure considérée comme vue et normale à l'échographie peut s'avérer en réalité absente ou anormale. Des faux positifs sont également possibles : une structure considérée comme non vue ou anormale à l'échographie peut s'avérer en réalité présente ou normale.*

***Selon schémas en annexe*



ANNEXE 3



ANNEXE 4

ÉLÉMENTS DEVANT FIGURER DANS LE COMPTE RENDU DE L'EXAMEN DE DÉPISTAGE DU TROISIÈME TRIMESTRE (ENTRE 30 ET 35 SA)

IDENTIFICATION DU PRATICIEN EFFECTUANT L'ÉCHOGRAPHIE :

- Nom
- Prénom
- Adresse
- Téléphone

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
- Date de début de grossesse si établi
- Terme théorique (semaines et jours d'aménorrhée)
- Terme corrigé (semaines et jours d'aménorrhée, mode de détermination du début de grossesse)

CONTENU DE L'EXAMEN* :

- Nombre de fœtus (en cas de grossesse multiple : les informations relatives à chacun des fœtus doivent être clairement individualisées. Il faut s'efforcer de confirmer ou de déterminer la chorionicité. Identification de la position de chaque fœtus et de chaque placenta)
- Présentation
- Côté du dos
- Mobilité spontanée
- Diamètre bipariétal (en mm)
- Périmètre céphalique (en mm)
- Périmètre abdominal (en mm)
- Longueur fémorale (en mm)
- Contour de la boîte crânienne
- Aspect de la ligne médiane
- Cavum du septum pellucidum
- Aspect de la fosse postérieure et du cervelet
- Aspect des poumons
- Position du cœur
- Quatre cavités cardiaques
- Aspect et position des gros vaisseaux
- Position de l'estomac
- Aspect de l'intestin
- Aspect de la vessie
- Aspect des reins
- Aspect du rachis
- Estimation qualitative du volume amniotique
- Aspect habituel du placenta
- Localisation du placenta : signaler et décrire si bas-inséré.

CONCLUSION :

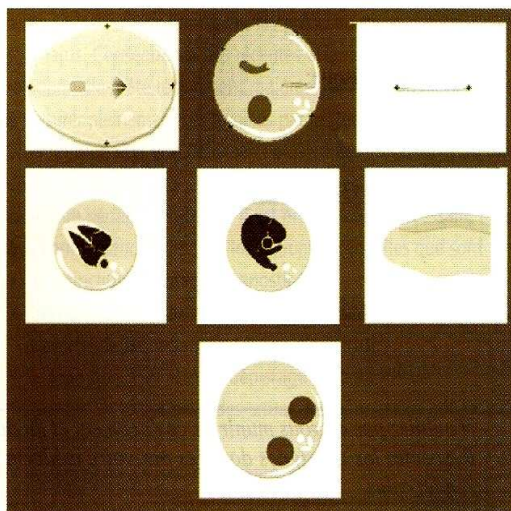
- Si examen sans particularité :
 - Nombre de fœtus et présentation.
 - Indiquer que l'examen morphologique n'a pas permis de révéler d'anomalie
 - Phrase synthétique résumant la biométrie
 - Localisation placentaire
- Le cas échéant :
 - Difficulté rencontrée (préciser laquelle).
 - Élément inhabituel ou suspect
 - Demande d'avis diagnostique

ICONOGRAPHIE :

- Inscription des mesures sur des abaques référencées.
- 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)**
- Images correspondant aux schémas morphologiques annexés **
- Illustration d'un éventuel élément suspect ou pathologique
- En cas de gémellité ou de grossesse multiple: un jeu de clichés par fœtus
- Il n'est pas nécessaire de documenter le compte rendu par un enregistrement vidéo

**Par le mot "aspect", on entend que l'opérateur a examiné une structure ou un organe. Dans le compte rendu, une mention de type « structure d'aspect habituel » signifie que cette structure a été vue et a paru normale à l'examineur. Dans la majorité des cas, il y a concordance entre le résultat du dépistage échographique et l'état de santé de l'enfant. Cependant, comme pour tout dépistage, des faux négatifs sont possibles : une structure considérée comme vue et normale à l'échographie peut s'avérer en réalité absente ou anormale. Des faux positifs sont également possibles : une structure considérée comme non vue ou anormale à l'échographie peut s'avérer en réalité présente ou normale.*

***Selon schémas en annexe*



ANNEXE 5

Questionnaire pour mon mémoire de fin d'études COURIOT Sébastien

A l'attention des sages-femmes de la maternité

Actuellement en 3^e année d'école de sage-femme, je vous sollicite afin d'aider à la réalisation de mon mémoire de fin d'études dont le sujet est « Sage-femme et échographie : formation, enjeux et modes d'exercices ».

Ce questionnaire s'adresse à toutes les sages-femmes ayant la possibilité d'utiliser un appareil d'échographie dans leur pratique courante.

1) Avez-vous une activité :

- ☐ Hospitalière dans le public
- ☐ Hospitalière dans le privé
- ☐ Libérale

2) Si vous travaillez en hospitalier, dans quel service travaillez –vous le plus souvent ? (Salle de naissances, échographie, anténatal...)

.....
.....

3) En quelle année avez-vous eu votre diplôme d'état de sage-femme ?

.....
.....

4) Pensez-vous que la formation initiale des sages-femmes est suffisante pour une pratique performante de l'échographie obstétricale ?

☐ OUI

☐ NON

5) Avez-vous suivi une formation complémentaire en échographie ?

☐ OUI

☐ NON

• Si OUI, laquelle ?

.....
.....

Cette formation vous semblez-t-elle indispensable dans votre pratique ?
Pourquoi ?

.....
.....
.....
.....
.....

• Si NON, seriez vous intéressé(e) pour compléter votre formation ? (par un diplôme universitaire, une formation continue...) Pourquoi ?

.....
.....
.....
.....

.....
.....
6) Réalisez-vous des échographies ?

☐ OUI

☐ NON

7) Si OUI, sous quelle forme :

☐ Échographie morphologique de dépistage du 1^{er} trimestre

☐ Échographie morphologique de dépistage du 2^e trimestre

☐ Échographie morphologique de dépistage du 3^e trimestre

☐ Autres formes d'échographie (présentation en salle de naissances, doppler en anténatal, en PMA, échographies gynécologiques...)

De quel type :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Ces échographies rentrent-elles dans le cadre d'une prise en charge d'urgence ou planifiée ? :

☐ Échographies relevant d'un service et de prises en charge d'urgences

☐ Échographie planifiées

Etes-vous sous la tutelle d'un médecin référent ?

☐ OUI

☐ NON

8) Si vous ne réalisez pas d'échographies, pourquoi ?

☐ Vous ne souhaitez pas

☐ Vous sentez que vous manquez de compétences

☐ Vous n'avez pas d'accès à un appareil d'échographie

☐ Vous n'avez pas l'autorisation de votre hiérarchie

☐ Vous n'avez pas d'accès à une formation

9) Avez-vous le sentiment de ne pas utiliser pleinement toutes vos connaissances acquises en échographie ?

☐ OUI

☐ NON

Si OUI, quelle en est la raison ?

.....
.....

.....
.....

.....
.....

10) Considérez-vous que la réalisation d'échographies obstétricales de dépistage (de 12, 22 et 32 SA) peut être considérée comme une spécialisation à part entière du métier de sage-femme ?

☐ OUI

☐ NON

11) Existe-t-il, selon vous, un frein à l'utilisation de l'échographie chez les sages-femmes ?

☐ **OUI**

☐ **NON**

12) Si **OUI**, lequel ?

.....
.....
.....
.....
.....

13) Selon vous, le code de déontologie des sages-femmes les autorise-t-elles à pratiquer des échographies obstétricales sans passer de diplôme universitaire ?

☐ **OUI**

☐ **NON**

14) Considérez-vous qu'il soit important d'enrichir la formation initiale des sages-femmes dans ce domaine ? Pourquoi ?

.....
.....
.....
.....
.....

15) Avez-vous le sentiment d'être soumis(e) à un risque médico-légal dans la pratique de l'échographie ?

☐ **Majeur**

☐ **Modéré**

☐ **Peu**

☐ **Pas du tout**

16) Si vs faites de l'échographie, l'accès à la formation continue est-il aisé ?
(congrès, DU...)

☐ **OUI**

☐ **NON**

Si **NON**, pourquoi ?

.....
.....
.....
.....
.....

ANNEXE 6

CENTRE CATHOLIQUE DES MEDECINS FRANÇAIS

5 avenue de l'Observatoire, 75006 Paris

Dr Bertrand Galichon, Président

Madame Roselyne BACHELOT
Ministre de la Santé et des Sports
14, avenue Duquesne
75007 PARIS

Paris, le 12 Juin 2009

Objet : lettre ouverte à propos du dépistage de la trisomie 21 en cours de grossesse

Double : Pr Lansac Président du Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français.

Madame la Ministre,

Il vous sera probablement demandé prochainement de signer un arrêté concernant le dépistage de la trisomie 21 en cours de grossesse. Nous nous permettons de vous faire part, au nom de tout les membres du CCMF, de notre très vive inquiétude à ce sujet.

Les différents arrêtés signés jusqu'à présent ont réglementé la prescription du dépistage sans enfreindre la loi sur les pratiques *tendant* à l'organisation de la sélection des personnes ni contourner l'avis n°37 de 1993 du Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE). Ainsi, par le passé, le dépistage n'a pas été organisé, mais encadré.

L'arrêté qui est en préparation à la DGS et à l'Agence de Biomédecine pourrait franchir la limite vers l'organisation, notamment en contraignant les médecins et sages-femmes à proposer le dépistage à toutes les femmes enceintes.

Cet arrêté a pour objet de limiter le taux d'amniocentèses qui s'élevait à 11% des grossesses en 2003 et qui se compliquent de fausses couches dans 1% des cas environ. Cet objectif est louable mais les mots utilisés dans l'arrêté doivent laisser la place dans notre société aux personnes porteuses de ce handicap. Il conviendrait aussi que les mots employés ne poussent pas les médecins et sages-femmes à demander des justifications aux patientes qui n'ont pas recours à ces tests.

Nous nous permettons d'ajouter qu'il est communément admis dans la communauté médicale que l'information de toutes les femmes enceintes à propos des tests de dépistage est déjà obligatoire du fait d'une lecture erronée de l'arrêté du 23 Janvier 1997 repris à tort par l'HAS en 2007.

Nous savons que **le futur arrêté aura un fort retentissement auprès des professionnels** notamment sur la nature du regard que l'on pose sur l'anormalité et sur la liberté individuelle face à la prégnance des normes. Nous faisons appelle à la raison pour que notre société puisse être attentive à chacun et surtout aux personnes les plus fragiles.

Nous savons pouvoir compter sur votre attention, et vous prions, Madame la Ministre, d'agréer nos sentiments les meilleurs.

Docteur Bertrand Galichon, Président

Mr COURIOT Sébastien

Promotion 2006-2010

**Mémoire de fin d'étude en vue de l'obtention
du Diplôme d'Etat de Sage-femme**

Université Henri Poincaré, Nancy I

Ecole de Sages-femmes Albert Fruhinsoltz

10, rue du docteur Heydenreich

54000 NANCY

Intitulé : Sage-femme échographiste : formations, enjeux et modes d'exercice

Problématique : En fonction de leur type d'exercice, quelles sont les exigences demandées à la sage-femme du point de vue de la pratique de l'échographie obstétricale ?

Mots clés : Sage-femme, échographie, formation, diplôme universitaire, exercice libéral, exercice hospitalier

Résumé : Les sages-femmes, du fait de leur Code de Déontologie, ont pour compétence la réalisation d'échographies obstétricales. Cependant, on peut constater une disparité dans l'utilisation de cet outil chez les sages-femmes. Comment une sage-femme parvient-elle à réaliser des échographies de dépistage durant la grossesse? J'ai donc d'abord étudié la formation des sages-femmes dans ce domaine, puis les différents modes d'exercice existant et enfin les enjeux de cette spécialisation.

Summary : Midwives are able to realize pregnancy ultrasounds. However, we can see differences in the use of that tool. How can a midwife do screening ultrasounds during pregnancy? First, I have studied the midwives training, then the different uses in practice and finally the stakes of that specialisation.