

# Les FAQ des RPE du CFEF

## Devons nous dès à présent utiliser les courbes Intergrowth 21-st ?

Oui! Ca y est le CFEF recommande officiellement l'usage de ces courbes.

Il faut donc finaliser leur implémentation sur vos machines / logiciels et commencer à les utiliser de manière prospective.

En pratique, vous allez, pour vos nouvelles patientes réaliser l'écho T1 avec ce nouveau standard, puis les échos T2, T3....

Il ne faut pas passer d'un coup au nouveau standard avec les patientes que vous suivez déjà avec les anciennes références!

Le CFEF sera là pour vous accompagner et bien sur pour répondre à toutes vos questions via Workplace.!

**Sur mon logiciel il est proposé de choisir de basculer sur les courbes Intergrowth ou de l'OMS selon que l'on veut suivre les recos du CFEF ou celles prochaines du CNGOF... Est-il possible que nos 2 sociétés savantes ne soient pas d'accord et nous proposent des référentiels différents ??? Quelles sont les différences d'ailleurs ?**

Lorsque ce n'est pas encore fait, il faut insister auprès des constructeurs pour implémenter le nouveau standard INTERGROWTH-21 recommandé.

Les RPE du CFEF sont présentés en texte court avec le lien vers les texte longs qui donnent toutes les explications et les raisons des choix.

Le principal argument avancé pour l'OMS (qui n'est pas un standard complet réalisé en aveugle) est qu'il colle plus à nos pratiques actuelles (c'est à dire aux vieilles courbes du CFEF). C'est ce qu'on attend d'un référentiel descriptif et non d'un standard prescriptif....

D'autant que dans notre cas, nous savons que nos pratiques sont biaisées et que nos efforts ne sont pas justement récompensés par de bons résultats en terme de dépistage, du fait de pratiques anciennes et hétérogènes avec des courbes de multiples origines....

Je vous cite un extrait de notre texte long:

" Au total, plusieurs éléments orientent vers l'utilisation du standard INTERGROWTH-21 pour l'EPF (NP3) :

- Le choix scientifique d'un standard international et non d'une référence descriptive, permettant les comparaisons universelles et évitant d'utiliser des références changeantes selon le lieu où le moment.
- Un certain nombre d'avantages (méthodologiques et pratiques) factuels par rapport au standard WHO tel que détaillé dans le Tableau 5

- L'inclusion de populations variées en parfait bonne santé, dont des population anglaises ou italiennes, relativement proches de la population française, comme confirmé par des études (récentes ) (20,120)
- La confirmation de bonnes performances même si uniquement sur des études rétrospectives et avec des mesures non en aveugle (117,121)
- L'existence de standards correspondants homogènes en prénatal (datation, biométrie, Doppler, vélocité de croissance) et en post natal (poids et taille pour les enfants nés prématurés ou à terme) permettant un suivi de la croissance et un contrôle de qualité des mesures depuis la période embryonnaire jusqu'à l'enfance (116,122–131)
- Des éléments de validité extrinsèque de bonne applicabilité à la pratique en France :
  - o Pendant la période in utero : la quasi superposition du standard INTERGROWTH-21 avec la modélisation de croissance EPOPé reposant sur un modélisation théorique de la croissance fœtale à partir des poids de naissance observés en France (91,116)
  - o En fin de grossesse ; la quasi superposition des EPF entre 37 et 41SA avec les poids observés AUDIPOG (132)
  - o A la naissance, la bonne correspondance des poids de naissance en France avec le standard INTERGROWTH-21 (126,133)»

Et je vous joins ce tableau 5 avec les principales différences OMS vs INTERGROWTH-21.

Tableau 5 : Principales différences entre les standards WHO et INTERGROWTH-21 :

Critères	OMS	INTERGROWTH-21
Nombre sites	10	8
Objectif de population	1400	4000
Population finale	1387	4321
Exclusions pour pathologies	3.6%	6.2%
Modélisation	Quantile de régression	Moyenne / Déviation standard
Possibilité de calcul de Z-score	Non	Oui
Sex ratio (F/M)	46/54	50/50
Exclusion pathologies maternelles	Non	Oui
Pré-éclampsie	1.7%	0.7%
Exclusion pathologies néonatales	Non	Oui
Prématurité	7.5%	5%
Mesures en aveugle	Non	Oui
Standardisation des machines	Non	Oui
Plage d'utilisation (SA)	14-40	18-41
Publication des formules	Non	Oui

## Les laboratoires vont ils changer de référentiel pour la détermination de la date de début de la grossesse pour le calcul du risque de T21 ?

Les laboratoires n'utilisent que la LCC mesurée. Le changement de référentiel de LCC pour dater les grossesses ne change absolument rien dans le calcul de risque de T21 ni d'ailleurs dans les valeurs de MoM de Papp-A ou d'HCG. Rien ne va changer à ce sujet, vous pouvez être rassurée.

### Le changement des courbes en pratique....

Il s'agit d'un fœtus que je suis depuis le 2eme trimestre conjointement avec l'hôpital pour un PAG RCIU ... nous sommes à 31SA2j l'EPF est à 1406g

Soit

3 eme percentile pour CFEF 2006

,11 eme percentile pour Intergrowth 21

et 5 eme percentile pour la courbe OMS ...

Si on se tient au seuil strict du 10eme percentile ce bébé est classé normal par intergrowth...Alors qu'il fera probablement moins de 2500g à la naissance

Avec l'application de ce nouveau référentiel ne risque-t-on pas de passer à côté de RCIU?

Faut-il déplacer la limite du seuil du 10 eme percentile avec l'usage de ces nouvelles courbes ?

Ton exemple est parfait et permet de comprendre que TOUTES les études comparant IG avec des courbes descriptives locales ou le référentiel sont obsolètes.

En effet toutes ces études ne tiennent jamais en compte la LCC et la date de réalisation de cette LCC.

En prenant compte la LCC à 60,7 mm le 23/09/21, nous avons pu en déduire sans le savoir que tu as réalisé l'échographie le 03/02/2022 ce qui donne une DDG au 13/07/2021 (31SA+2J) pour Robinson et 12/07/2021 (31SA+3J) pour IG.

Et comme tu le verras sur le tableau ci dessus l'EPF IG est au 5P (Z-score à -1,66) et l'EPF CFEF est au 3P (Z-score à -1,87).

Donc ta patiente aurait été dépistée avec le référentiel Intergrowth 21st mais heureusement pour elle les dopplers sont normaux.

Nous allons faire tout notre possible pour que ton logiciel de compte rendu soit en accord avec le calculateur du CFEF.

Nous leur avons donné toutes les formules nécessaires pour que tout le monde parle de manière homogène. Ces formules sont dans l'annexe du document des RPE du CFEF.

<https://www.cfef.org/fichiers/Annexes02.pdf>

DATE DE LA MESURE DE LA LCC		LCC en 10ème de mm		
23 09 2021		60,7		
DATE DE L'ECHOGRAPHIE	BIP	PC	PA	FEMUR
03 02 2022	72,5	280,6	255,5	53,9

CALCULER

Date Echo	DDG ROB	DDG IG	BIP	PC	PA	FEMUR	EPF
03/02/2022	13-07-2021	12-07-2021	72.5 mm	280.6 mm	255.5 mm	53.9 mm	1406 grs

31SA + 2J (ROB) / 31SA + 3J (IG)		BIP	PC	PA	FEMUR	EPF
Percentile	Intergrowth	0 P	16 P	17 P	3 P	5 P
	CFEF	1 P	37 P	21 P	1 P	3 P
Z-score	Intergrowth	-3.15	-0.99	-0.96	-1.91	-1.66
	CFEF	-2.47	-0.32	-0.81	-2.19	-1.87

**Les sociétés savantes n'ont pas l'air d'être d'accord entre elles... qu'elle est la différence entre ces courbes ? pourquoi intergrowth plutôt que OMS ?**

A notre connaissance le CNGOF à l'heure actuelle n'a publié aucune recommandation et sincèrement nous ne savons toujours pas ce qu'ils vont recommander. En effet dans le groupe du CNGOF certains étaient pour des courbes descriptives purement nationales, d'autres pour des courbes prescriptives type Intergrowth ou OMS en sachant que les courbes OMS ne peuvent pas donner le Z-score rendant le contrôle qualité des données difficile voir impossible alors que certains dans le groupe CNGOF en faisait une condition non négociable pour recommander un référentiel (contrôle qualité) et enfin d'autres souhaitaient promouvoir des courbes individualisées qui n'ont malheureusement jamais prouvé leur pertinence.

Donc savoir ce que le CNGOF va recommander est très difficile.

Espérons qu'en lisant attentivement les RPE du CFEF, ils vont comprendre tout l'intérêt de l'utilisation du référentiel et de l'homogénéisation de nos pratiques échographiques.

Pour vous faire votre opinion entre Intergrowth 21-st et OMS, je vous invite à lire attentivement le texte long sur l'estimation du poids foetal des RPE du CFEF

Notre marge de progression est importante. Nous y arriverons par l'utilisation d'un référentiel international ayant utilisé une méthodologie robuste pour sa construction, d'une homogénéisation de nos pratiques, d'un contrôle qualité facile à mettre en place, d'une formation des échographistes et enfin de l'utilisation d'outils complémentaires comme la dynamique de croissance et les dopplers car tout ne se résume pas à la biométrie.

### **On nous recommande d'évaluer avec Haddock3 1985, pourquoi ne pas utiliser un outil IG 21 afin de conserver un caractère homogène à la méthode ?**

Ce sont deux choses complètement différentes. Il faut bien sûr être cohérent et utiliser le standard INTERGROWTH-21 pour l'EPF.

En revanche la formule de Hadlock 3 paramètres est et reste le meilleur moyen pour estimer un poids à partir de 3 mesures de PC, PA et LF. Tous ceux qui ont essayé de faire une meilleure formule se sont cassés les dents (nous aussi en envisageant de s'affranchir du fémur). Cela n'a pas de rapport avec la cohorte prescriptive homogène et tous les outils homogènes INTERGROWTH-21.

Dans notre étude et pour l'établissement du standard, la formule d'Hadlock a été appliquée à toute la cohorte INTERGROWTH-21 pour construire le standard d'EPF. C'est parfaitement cohérent et on a fait comme cela parce que c'est la meilleure formule.

Pour illustrer, c'est un peu comme si tu disais qu'il aurait fallu recréer une formule INTERGROWTH-21 de calcul de l'ellipse du PC. On continue d'utiliser celle dans les échographes (en général  $HC = 1.62 \times (BPD + OFD)^3$ ) mais elle est appliquée à la cohorte INTERGROWTH-21, en aveugle, sur une population totalement phénotypée...!

### **La datation pour les grossesses gémellaires est-elle toujours la même ?**

Comme pour les singletons, les gémellaires doivent adopter le standard Intergrowth-21.

A noter que les recommandations internationales sont en faveur d'une datation sur la base de la LCC la plus grande. Actuellement les recommandations françaises stipulent encore une datation sur la LCC la plus petite mais cela peut être amené à changer.

Dans tous les cas, ces grossesses doivent toujours être référées dès lors qu'une discordance de LCC de plus de 10 mm est observée.

### **Quel est l'intérêt de la mesure du BIP ?**

Aucun pour la datation, qui doit plutôt reposer sur le PC si une datation n'a pas pu être réalisée pour une LCC entre 45 et 84 mm. La mesure du BIP servait antérieurement pour pallier à l'absence de courbe de PC entre 14 et 16SA.

Par ailleurs, les dolichocéphalies ou brachycéphalies importantes peuvent inciter à regarder les sutures à la recherche d'une craniosténose.

**Lorsque la datation est modifiée à 12 SA après une échographie précoce, quelle datation conserver ?**

Il est recommandé de conserver celle de l'échographie officielle du premier trimestre, c'est à dire pour une LCC entre 45 et 84 mm. Toutefois, si une datation précoce a été réalisée avec des clichés de qualité et que l'échographie du premier trimestre retrouve un fœtus nettement plus petit qu'attendu, il faut envisager une RCIU précoce. De même si une échographie précoce a été réalisée avec une mesure de LCC comprise entre 15 et 45mm et que cette patiente n'a pu bénéficier de son échographie morphologique du 1er trimestre, il est recommandé de calculer la DDGE sur cette échographie précoce plutôt que sur le PC.

**Je suis perdu pour les datations précoces, il y a une différence de datation entre Robinson et IG sur des LCC avant 45mm. Faut-il quand même préférer IG dès 15mm? Cela pourra avoir un impact également sur les prises en charge des IVG?**

Oui, il est recommandé d'utiliser le référentiel de LCC IG21 pour toute mesure de LCC comprise entre 15 et 84mm. Ceci s'applique donc aussi aux prises en charge des IVG.

Effectivement il existe des différences entre l'ancienne courbe de Robinson de 1975 et IG21, en raison de l'évolution des outils échographiques ayant permis l'élaboration de ces courbes et également leur méthodologie.

**Pouvez-vous donner un seuil de percentile pour chaque biométrie qui doit amener une écho référente ?**

Le passage au standard IG ne change pas le seuil pour référer les patientes pour des anomalies des biométries dont les percentiles sont très proches de la référence actuelle.

Toutefois, pour le périmètre abdominal, on proposera un contrôle les biométries dès lors qu'elles sont inférieures au 10e (si patientes à bas risque) ou au 15e percentile (si patientes à haut risque).

Intergrowth va dépister plus de PAG, donc plus d'écho de référence. Pour les petites structures éloignées de gros centres de référence, ça va engendrer plus de déplacements et des frais pour les futurs parents, ainsi plus de stress. Est-ce que vous prévoyez de désigner plus d'échographistes « de référence » en périphérie pour pallier ce problème ?

Cette augmentation du chiffre des PAG ne sera pas très importante mais il est surtout important de noter que nous ne dépisterons pas MOINS de PAG qu'avec les courbes actuelles. Pour rappel, les patientes sont référées pour des EPF ou un PA < 3e percentile, mais lorsque ces paramètres sont simplement < 10ème percentile, l'échographiste peut réaliser lui-même le contrôle de la croissance ainsi que l'examen Doppler. Enfin, ce n'est pas le CFEF qui désigne les échographistes réalisant des examens de diagnostic, mais les CPDPN.

## **Avec IG21, ne risque-t-on pas d'augmenter le nombre de contrôles de croissance à 36 SA pour suspicion de macrosomie à la T3 avec en fait normalisation à 36SA?**

Il risque d'y avoir une augmentation des contrôles échographiques pour de nombreuses raisons pendant une période d'acclimatation, en particulier lorsque deux courbes cohabitent dans les machines d'échographie, les logiciels, les réseaux de périnatalité etc. Néanmoins, s'il existe effectivement des différences significatives sur les seuils de dépistages à 32 SA des RCIU entre la courbe d'EPF IG21 et celle du CFEF, ces différences sont très faibles pour le 90ème p. Il est donc peu probable que l'introduction des références IG génère une épidémie de contrôles inutiles à 36 SA, ce contrôle étant par ailleurs peut être souhaitable pour améliorer notre dépistage des troubles de croissance.

## **Pour l'EPF, il n'est pas vérifié d'affirmer qu'avoir une courbe d'EPF qui diminue le nombre de PAG (vs CFEF ou OMS), cela ne va pas avoir un risque de sous-estimer les PAG à risque de mauvaises issues**

Dans une population de fœtus, on sait qu'il existe un nadir (minimum) de la morbi-mortalité vers le 70<sup>ème</sup> percentile. Lorsque l'on s'éloigne de ce percentile, par exemple vers les plus petits poids, la morbi-mortalité augmente et de manière assez significative en dessous du 30<sup>ème</sup> percentile...Dès lors, plus on va catégoriser de patiente dans un groupe « à risque » comme des PAG, plus on captera d'issues potentiellement défavorables...mais le rendement est mauvais. En reprenant l'exemple de la trisomie 21, on décide par exemple que sur un élément biométrique seul ie une hyperclarté supérieure à 3.5 mm, on est à risque. Si l'on utilisait un seuil à 3 mm ou même à 2.5 voire à 2mm, on identifierait certainement plus d'anomalies...mais aussi beaucoup de fœtus en bonne santé (faux positifs). C'est la raison pour laquelle, il est plus intéressant pour le dépistage de la trisomie 21 de combiner la biométrie (clarté nucale) avec l'âge maternel et les marqueurs sériques, plutôt que d'identifier les fœtus à risque sur la biométrie seule....

Le même raisonnement doit s'appliquer pour le dépistage du RCIU : la biométrie lorsqu'elle est très anormale permet d'en identifier un certain nombre. Pour en dépister efficacement plus, il vaut mieux combiner la biométrie avec d'autres choses (dynamique de croissance, Doppler...) plutôt que de vouloir rendre plus de fœtus « à risque » sur la base de la biométrie seule...

## **Pourquoi des biométries supérieures au 10ème percentile peuvent aboutir à une EPF<10ème percentile.?**

L'EPF est une combinaison du PC, PA et Fémur. Si ces trois mesures sont modérément basses, la combinaison des 3 peut aboutir à une EPF nettement plus basse...Un peu comme si au triathlon, on peut terminer dernier sans être le dernier à chaque épreuve...

## **Pour une courbe prescriptive: soit OMS ou IG21, quel est le vrai bénéfice de IG21 sur OMS ?**

Les investigateurs des études OMS et IG21 ont en effet eu le même objectif avec ces études (d'ailleurs, certains travaillaient ensemble au départ). Il est fréquent que des études en médecine soient réalisées avec un même objectif, mais qu'ensuite, les matériels et méthodes soient différents, et les résultats aussi ! En pratique, l'objectif était de décrire la croissance optimale, dans des populations à bas risque de différents pays du globe. Seul IG21 a toutefois prévu un contrôle de qualité très strict de ses opérateurs et surtout des mesures en aveugle, ce qui assure de limiter au maximum les biais de mesure ou d'interprétation. C'est pour nous un atout majeur et incontournable, comme pour une étude clinique d'être réalisée en aveugle et/ou contre placebo.

Par ailleurs, la population d'IG21 était plus « normale », plus grande, plus équilibrée en terme de sex ratio et par ailleurs la modélisation statistique permet une plus grande facilité de calcul des percentiles, des Z-scores et ainsi un contrôle de qualité efficace. Enfin la cohorte IG21 a été utilisée pour établir de nombreux autres standards (Doppler, dynamique de croissance, hauteur utérine, biologie, croissance post natale....) et suivie pendant plusieurs années de vie pour s'assurer du bon développement.

## **Vu le parallèle avec le dépistage de la T21 serait-il possible de donner un risque de PAG avec un outcome défavorable comme pour le dépistage combiné et déclencher un suivi spécifique ?**

Ce serait tout à fait possible et pertinent. Pour l'instant, nous butons sur le manque de standardisation dans les mesures échographiques (nous n'aurions pas pu construire un dépistage combiné avec des courbes de clartés nucales différentes d'un pays à l'autre....) et sur la difficulté à définir « l'outcome défavorable » contrairement à une T21.

## **Pouvez-vous rappeler les normes de Doppler DO-DU-DC à chaque trimestre ?**

Il n'y a hélas pas de norme internationale et standardisée à l'heure actuelle. Le consortium IG21 a déjà publié un standard pour le Doppler ombilical.

## **Si on prend un seuil au 10<sup>o</sup>p pour les RCIU et demande d'avis référent, ne va-t-on pas augmenter la sensibilité au dépend de la spécificité?**

Quel que soit le seuil choisi, il y a toujours un équilibre entre sensibilité et spécificité. C'est la raison pour laquelle nous devons adapter nos seuils aux populations et aux ressources disponibles et non l'inverse.



## **Quel référentiel pour le Cérébro Placental Ratio ? : pas mal de différences dans les courbes..**

Effectivement, il y a là aussi un manque d'homogénéisation et de standardisation. Ce sera l'étape d'après une fois que nous serons cohérents sur la biométrie.

## **Pourriez-vous préciser dans quelles situations vous conseillez d'utiliser le 15ème percentile plutôt que le 10ème percentile pour demander un contrôle ?**

Les biométries doivent être perçues comme des variables continues et non comme une variable binaire normale ou anormale. Dans le but d'optimiser le dépistage des RCIU, il est recommandé de contrôler un PA et/ou une EPF dès le 15<sup>ème</sup> percentile dans les populations à haut risque (antécédent de RCIU ou de pathologie vasculaire, anomalie clinique ou Doppler ...)

## **J'aurai besoin que l'on me ré-explique pourquoi un 10è percentile en france n'a pas la même signification qu'un 10è percentile en inde**

Être au 10<sup>ème</sup> percentile d'une population signifie que dans cette population, 10% des individus sont plus petits et 90% des individus sont plus gros. Si l'on est au 10<sup>ème</sup> percentile de la France, ce n'est pas comme être au 10<sup>ème</sup> percentile de l'Inde, qui a une population en moins bonne santé, avec plus de risque de retard de croissance....C'est un peu comme dire qu'être 3<sup>ème</sup> de sa classe dans un excellent lycée, ce n'est pas pareil que d'être 3<sup>ème</sup> de sa classe dans un mauvais lycée....Ou de dire qu'avoir une hémoglobine à 9g/dl est normal en Afrique.

Si l'on adopte le standard IG21 international, qui décrit une croissance « optimale internationale », le 10<sup>ème</sup> percentile IG21 ne correspond pas forcément au 10<sup>ème</sup> percentile dans chaque pays...Ainsi en France, ou aux Etats-Unis, il y aura sans doute moins de fœtus sous le 10<sup>ème</sup> percentile et plus au-dessus du 90<sup>ème</sup> percentile. A l'inverse, dans des pays qui ont de gros problèmes de santé périnatale et de pathologies, il pourra y avoir plus de fœtus inférieurs au 10<sup>ème</sup> percentile et moins au-dessus du 90<sup>ème</sup> percentile.

Avec ce standard universel IG21, nous parlerions tous le même langage, décrivions la croissance sur la base d'un standard reconnu et parfaitement développé, et chaque pays pourrait ensuite décider d'adapter ses seuils à sa situation médicale, économique....Comme pour la trisomie 21, certains décidaient de recommander un prélèvement pour un seuil > 1/250, d'autres 1/300, d'autres 1/1000....mais tous utilisent la même courbe de clarté nucale de la FMF et les mêmes algorithmes...

## **Les échographes actuels ont-ils intégré les normes et courbes IG 21 ?**

Tous les constructeurs ont reçu un document leur expliquant comment implémenter le référentiel Intergrowth21 dans leurs échographes. Les principaux constructeurs GE, Canon, Samsung, Hitachi et Siemens ont déjà incorporé ce référentiel dans leurs appareils. Vous pouvez

contacter votre constructeur pour lui demander comment faire apparaître ce référentiel dans votre choix de courbes.

### **Doit on modifier les courbes et les centiles dans les échographes ?**

Vous n'avez pas à modifier vos courbes et percentiles. Vous n'avez qu'à choisir le référentiel Intergrowth dans votre choix de courbes sur votre échographe et sur votre logiciel. En cas de difficultés, vous pouvez contacter votre commercial pour qu'il fasse le nécessaire.

### **D'un point de vue de terrain, comment recommandez-vous la mise en place du passage vers les courbes intergrowth ?**

Oui, le changement va être un peu compliqué au tout début mais cela ne tient pas à IG21. Quel que soit le choix, nous allons changer de référentiel et nous devons tous nous adapter (que ce choix soit IG21 OMS ou un autre).

L'avantage du changement collectif c'est que tous les soucis seront résolus et que le CFEF aidera par des tutos ou via le forum. Avec IG21, le CFEF a déjà plus de 5 ans de travail de fond et a pu anticiper déjà un nombre significatif des difficultés qui pourraient apparaître.

Par ailleurs, un Club des Utilisateurs Intergrowth (CUI) est en voie de constitution, afin de favoriser le partage d'expérience, l'aide au déploiement des nouveaux standards, le contrôle qualité et la collaboration scientifique autour du dépistage des troubles de croissance. Le CFEF sera partie prenante de ce CUI et nous vous tiendrons prochainement informés.

### **Comment dans un contrôle de qualité basé sur les z-score des paramètres biométriques, on tient compte des différences de risque de la population des praticiens ?**

Votre question est très intéressante et elle est souvent revenue sur le tapis lors du contrôle qualité de la nuque. Certains praticiens nous avaient fait la même remarque en nous disant qu'ils ne voyaient que des foetus ayant une clarté nucale augmentée et par conséquent leur contrôle qualité ne serait pas juste. Il faut simplement faire remarquer que ces pratiques sont à la marge. Dans la très grande majorité il s'agit du dépistage et ce contrôle qualité permettra plus de voir votre pratique que votre population. Enfin il faut bien comprendre que ce contrôle qualité doit s'inscrire dans une démarche d'évaluation formative et non dans une démarche d'évaluation sanctionnante

### **Nicolas nous avait fourni en démonstration un logiciel de calcul de vitesse de croissance, ce qui semble répondre au critère de dynamique de croissance. Est-il envisagé de le mettre à disposition sur le site du Collège ?**

Très bonne question. Effectivement nous avons l'intention de construire un outil simple sur le site du CFEF pour analyser la dynamique de croissance. Simplement laissez nous le temps de le construire et de vous le mettre à disposition.

**Le CFEF préconise le standard Intergrowth21, la CNGOF n'a pas sorti de recommandation mais envisagerait de préconiser celui de l'OMS. Enfn, la CNEOF doit prochainement sortir ses nouvelles recommandations ...Comment faire? Voir avec notre CPDPN?**

Les sociétés savantes (CFEF, CNGOF, SFIPP, ...) sont pleinement dans leur rôle lorsqu'elles font des recommandations. Elles participent activement à la diffusion des règles de bonnes pratiques, à la formation des professionnelles et à la qualité des pratiques. Il faudrait toutefois idéalement éviter qu'elles publient des recommandations divergentes...

Le Collège Français d'Echographie Foetale (CFEF), engagé depuis toujours dans la formation et la qualité des pratiques, est la seule société savante autonome qui représente la majorité des professionnels de Santé réalisant au quotidien les échographies des femmes enceintes. Ces professionnels, légitimes, parfaitement formés et informés, sont les premiers concernés par le choix des courbes de croissance foetale à utiliser pour permettre la meilleure prise en charge échographique.

Quelles que soient les recommandations respectives, ces différentes sociétés savantes sont toutes fédérées au sein de la CNEOF.

Les CPDPN ont une mission de formation et de veille concernant la qualité des soins mais leur mission ne comprend pas l'établissement des normes professionnelles.

Concernant les échographies prénatales, l'établissement des normes nationales pour ce qui concerne le contenu des actes et le compte-rendu des examens est dévolue à la CNEOF. Ceci est précisé par l'arrêté d'avril 2018 relatif aux bonnes pratiques en matière d'imagerie prénatale.