

Centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal 2014

« Les centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN), constitués par la loi de bioéthique de 1994, fonctionnent depuis 1999 (date de parution des décrets d'application de cette loi). Ils participent au dispositif d'encadrement des activités de diagnostic prénatal et de diagnostic préimplantatoire souhaité par le législateur. Ils aident les équipes médicales, la femme et les couples dans l'analyse, la prise de décision et le suivi de la grossesse lorsqu'une malformation ou une anomalie fœtale est détectée ou suspectée et lorsque le risque de transmission d'une maladie génétique amène à envisager un diagnostic prénatal ou préimplantatoire.

Les centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal ont pour mission :

- de favoriser l'accès à l'ensemble des activités de diagnostic prénatal et d'assurer leur mise en œuvre en constituant un pôle de compétences cliniques, biologiques et d'imagerie au service des patients et des praticiens ;
- de donner des avis et conseils, en matière de diagnostic, de thérapeutique et de pronostic, aux cliniciens et aux biologistes qui s'adressent à eux lorsqu'ils suspectent une affection de l'embryon ou du fœtus ;
- de poser l'indication de recourir au diagnostic préimplantatoire ;
- d'organiser des actions de formation théorique et pratique destinées aux praticiens concernés par le diagnostic prénatal des diverses affections de l'embryon et du fœtus.

Lorsqu'une anomalie fœtale est détectée, il appartient aux CPDPN d'attester qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité réputée comme incurable au moment du diagnostic. Cette attestation permet, si la femme enceinte le décide, de réaliser une interruption volontaire de la grossesse pour motif médical (IMG).

Lorsque la grossesse est poursuivie, les CPDPN ont la charge de participer à son suivi, à l'accouchement et à la prise en charge du nouveau-né dans les meilleures conditions de soins possibles. » (Arrêté du 1er juin 2015 déterminant les recommandations de bonnes pratiques relatives aux modalités d'accès, de prise en charge des femmes enceintes et des couples, d'organisation et de fonctionnement des centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal en matière de diagnostic prénatal et de diagnostic préimplantatoire).

Matériel et méthode

Les activités des CPDPN font l'objet d'un suivi annuel sur un modèle de dossier fixé par arrêté du ministre chargé de la santé. Le formulaire de recueil des données d'activité a été révisé, dans le cadre d'un groupe de travail. Certains indicateurs ayant été redéfinis, leur valeur de 2009 à 2012 n'est pas comparable aux années 2013, 2014.

Tous les CPDPN ont transmis leur bilan d'activité pour l'année 2014 (49 Centres). Grâce au contrôle de qualité systématique auprès des centres, la qualité des données continue de s'améliorer.

Les bases de données ont été figées le 4 mars 2016. L'ensemble des corrections apportées avant cette date, a été intégré.

Les données sur les naissances sont issues des statistiques de l'état civil (source Insee) et représentent le nombre total d'enfants nés vivants, dont le domicile de la mère se situe en France.

Le découpage régional utilisé dans ce document est celui existant avant la réforme territoriale de juillet 2015.

Activité des centres pluridisciplinaire de diagnostic prénatal

En 2013, le formulaire de recueil des données pour le rapport d'activité a été modifié en profondeur en concertation avec un groupe de travail constitué de professionnels des CPDPN. L'objectif a été d'harmoniser la compréhension des indicateurs demandés et donc d'améliorer la qualité du rapport annuel d'activité.

Le dossier d'une même femme pouvant être examiné plusieurs fois, seuls les dossiers ayant fait l'objet d'un compte-rendu aux patientes sont comptabilisés à partir de 2013. Ainsi, le nombre de dossiers examinés de 2009 à 2012 n'est pas comparable à ceux de 2013 et 2014.

Pour comparer l'évolution de l'activité dans le temps et sa répartition géographique, l'activité des CPDPN peut être rapportée au nombre de naissances dans l'année. Ce nombre est resté stable entre 2013 et 2014 (809 328 en 2014 versus 809 556 en 2013).

Le tableau CPDPN1 présente l'évolution de l'activité des CPDPN au niveau national. Le nombre de femmes dont le dossier a été examiné au moins une fois dans l'année lors d'une réunion pluridisciplinaire a augmenté de 4,7% entre 2013 et 2014 (28 082 contre 26 811), cela représente 3,5% des naissances en France (contre 3,3% en 2013). Le dossier d'une femme peut être examiné plusieurs fois, on compte en moyenne près de 1,4 examens de dossiers par femme en 2013 et en 2014.

Les recommandations de bonnes pratiques relatives au CPDPN précisent :

« Lorsqu'elle le souhaite, la femme (ou le couple) peut solliciter l'avis d'un second CPDPN. Chaque CPDPN assume la responsabilité de ses avis et garde une autonomie d'appréciation. »

Au niveau national lorsqu'une femme est prise en charge par deux centres différents, elle sera comptabilisée deux fois. Cette situation est néanmoins très probablement à la marge, même si elle n'est pas évaluée à l'heure actuelle.

Les missions des CPDPN sont définies par l'arrêté du 1er juin 2015 déterminant les recommandations de bonnes pratiques relatives aux modalités d'accès, de prise en charge des femmes enceintes et des couples, d'organisation et de fonctionnement des centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal en matière de diagnostic prénatal et de diagnostic préimplantatoire ainsi :

« Lorsqu'une anomalie fœtale est détectée, il appartient aux CPDPN d'attester qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité réputée comme incurable au moment du diagnostic. Cette attestation permet, si la femme enceinte le décide, de réaliser une interruption volontaire de la grossesse pour motif médical (IMG). »

Lorsque la grossesse est poursuivie, les CPDPN ont la charge de participer à son suivi, à l'accouchement et à la prise en charge du nouveau-né dans les meilleures conditions de soins possibles. »

Ainsi les parcours des femmes ont été analysés selon 4 situations suivantes (Tableau CPDPN1) :

- La grossesse est poursuivie avec une pathologie curable dans la perspective d'une prise en charge périnatale ou sans particulière gravité
- Une attestation de particulière gravité a été délivrée suite à une demande d'IMG de la femme
- Aucune attestation de particulière gravité n'a été délivrée alors que la femme a fait une demande d'IMG
- La femme n'a pas fait de demande d'IMG alors que la pathologie fœtale répond au critère de gravité et d'incurabilité

On note que les centres ont déclaré un nombre total de femmes supérieur à la somme des femmes comptabilisées dans ces différents parcours. Un contrôle qualité mis en place tend à améliorer la qualité de cette information. Ces discordances peuvent être expliquées par le fait que la répartition des parcours des femmes qui consultent le CPDPN ne prend pas en compte les demandes d'avis pour une grossesse future, une grossesse gémellaire ... Une modification du formulaire l'année prochaine visera à améliorer la qualité du recueil.

Les grossesses poursuivies avec une pathologie curable dans la perspective d'une prise en charge périnatale ou sans particulière gravité représentent l'activité la plus importante en terme de volume avec 62% des femmes (N=17 474). Ce chiffre est en augmentation (+25%), il ne représentait que 52% des femmes en 2013. Cette évolution devra être confirmée par les prochains rapports pour savoir s'il s'agit d'une tendance ou bien d'une meilleure appropriation du rapport d'activité par les équipes.

Les attestations de gravité délivrées en vue d'une IMG n'ont pas augmenté par rapport à 2013 (N=7 422 en 2014 contre 7 552 en 2013), elles représentent plus du quart des femmes prises en charge par les centres en 2014 (26% en 2014 ; 28% en 2013).

Ces activités et leur évolution sont présentées dans la suite de ce chapitre.

Tableau CPDPN1. Résumé des activités des CPDPN de 2010 à 2014

	2010	2011	2012	2013	2014
Nombre de naissances ^(a)	831495	821589	819191	809556	809328
Nombre de femmes ^(b)	.	.	.	26811	28082
Nombre de dossiers examinés ^(c)	42894	37061	37050	36804	38652
Nombre d'attestations de particulière gravité délivrées en vue d'une IMG	7141	7211	7406	7552	7422
. Attestations de particulière gravité délivrées en vue d'une IMG pour motif foetal	6949	6994	7134	7200	7104
<i>Attestations de particulière gravité délivrées en vue d'une IMG pour motif foetal pour 1000 naissances</i>	8,4	8,5	8,7	8,9	8,8
. Attestations de particulière gravité délivrées en vue d'une IMG pour motif maternel	192	217	272	352	318
Nombre de refus d'autorisation d'IMG	119	110	91	120	107
<i>Nombre de refus d'autorisation d'IMG pour 1000 naissances</i>	0,14	0,13	0,11	0,15	0,13
Nombre de grossesses poursuivies avec une pathologie qui aurait pu faire autoriser une IMG	664	762	810	928	1173
<i>Nombre de grossesses poursuivies avec une pathologie qui aurait pu faire autoriser une IMG pour 1000 naissances</i>	0,80	0,93	0,99	1,15	1,45
Nombre de grossesses poursuivies avec une pathologie curable dans la perspective d'une prise en charge périnatale ou sans particulière gravité ^(d)	3961	5478	6579	14031	17474
<i>Nombre de grossesses poursuivies avec une pathologie curable dans la perspective d'une prise en charge périnatale ou sans particulière gravité pour 1000 naissances</i>	4,76	6,67	8,03	17,33	21,59
Nombre de réunions pluridisciplinaires décisionnelles annuelles	2358	2310	2338	2365	2448
Nombre moyen de réunions annuelles	50	49	49	48	50

(a) Source : Insee, statistique de l'état civil ; naissances vivantes domiciliées

(b) Nombre de femmes dont le dossier a été examiné au moins une fois dans l'année lors d'une réunion pluridisciplinaire ; 1 centre n'a pas renseigné cet item

(c) Le nombre de dossiers examinés de 2009 à 2012 n'est pas comparable à celui de 2013 car l'intitulé de la question a été modifié ; depuis 2013, seuls sont pris en compte les dossiers ayant fait l'objet d'un avis rendu aux patientes ou médecin référent.

(d) De 2009 à 2012, seules les grossesses poursuivies dans la perspective d'une prise en charge périnatale étaient colligées.

IMG : interruption médicale de grossesse

La répartition sur le territoire de l'offre de soin

Les centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal constituent des équipes pluridisciplinaires de praticiens ayant des compétences cliniques ou biologiques en matière de diagnostic prénatal. Ces équipes travaillent au sein d'établissements de santé disposant d'une unité d'obstétrique et ont pour mission principale la prise en charge médicale des femmes enceintes lorsqu'est suspectée une affection de l'embryon ou du fœtus.

L'offre de soin en matière de CPDPN peut s'appréhender à partir de différents indicateurs, notamment la présence d'un CPDPN au niveau régional (Figure CPDPN 1), le nombre de femmes dont le dossier a été examiné lors d'une réunion pluridisciplinaire par les centres d'une région rapporté au nombre de naissances de cette région (quel que soit le domicile des femmes) (Figure CPDPN2), ou bien le nombre de femmes domiciliées dans une région dont le dossier a été examiné par un CPDPN quel que soit le CPDPN (Figure CPDPN3¹).

Il est à noter que les données relatives à la domiciliation des femmes ont été recueillies pour la première fois en 2014. Un CPDPN francilien ayant une activité importante ne les a pas transmises et un second n'a pas transmis le lieu de résidence des femmes examinées. Quinze autres CPDPN n'ont pas déclaré de dossier extra régional. Les taux de la région Ile de France sont donc sous-estimés.

¹ Les femmes domiciliées à l'étranger (N=146) et à Mayotte (N=96) n'ont pas été représentées sur la figure CPDPN3.

En 2014, 49 CPDPN sont autorisés (Figure CPDPN1), 809 328 naissances domiciliées ont été enregistrées, ce qui représente une moyenne théorique de près de 16 500 naissances pour chaque CPDPN. Ces centres sont répartis sur l'ensemble du territoire hormis en Corse, en Guyane et à Mayotte (Mayotte n'est pas représenté sur les cartes).

Rapporté aux naissances de la région, l'activité des CPDPN des régions Midi-Pyrénées et Lorraine est inférieure à la moyenne nationale (Figure CPDPN2), ce qui est confirmé par un plus faible accès des femmes domiciliées dans cette région (Figure CPDPN3). Les régions Limousin et Rhône-Alpes ont une activité plus élevée et les femmes domiciliées dans ces régions ont un accès aux CPDPN supérieur à la moyenne nationale.

Les femmes habitant dans les régions ne disposant pas de CPDPN ont tout de même accès à cette offre de soin. Le taux pour les femmes domiciliées en Guyane et en Corse est comparable aux régions Midi-Pyrénées et Lorraine. Les dossiers des femmes guyanaises sont principalement examinés par les CPDPN de Martinique et Basse-Normandie. Ceux des femmes habitant Mayotte (non représenté sur la carte) sont examinés en majorité (94/96) par les CPDPN de la Réunion.

L'analyse comparative des figures CPDPN2 et CPDPN3 montre que les deux indicateurs (selon le domicile des centres ou le domicile des femmes) ont des répartitions très proches ce qui semble indiquer que les flux entrants et sortants sont relativement limités. Les données manquantes ne permettent pas de réaliser une analyse plus précise cette année.

Il faudra donc consolider cette information avec les prochains recueils d'activités.

Figure CPDPN1. Répartition sur le territoire des centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal en 2014

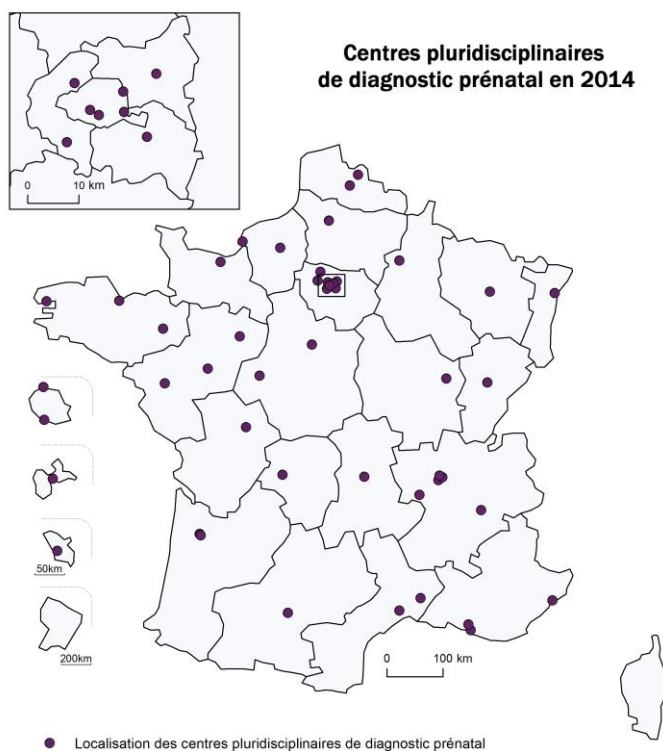
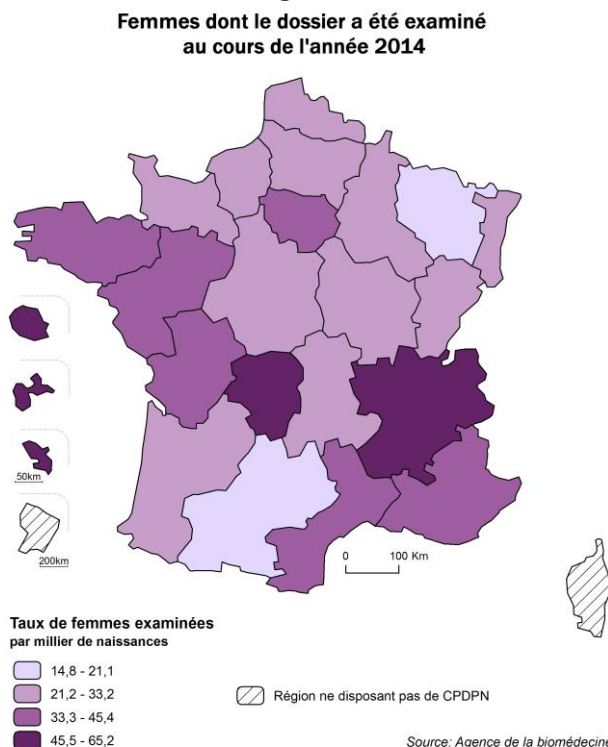


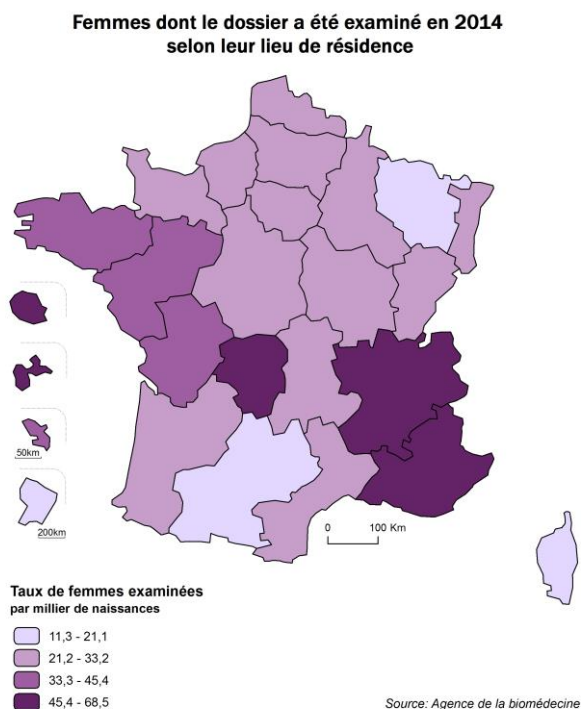
Figure CPDPN2. Femmes dont le dossier a été examiné au moins une fois dans l'année lors d'une réunion pluridisciplinaire par un CPDPN de la région*



Provences-Alpes -Côte d'Azur (PACA) : Pour cette région, le taux calculé de femmes examinées par millier de naissances, est le nombre de femmes examinées par l'ensemble des CPDPN de la région PACA rapporté au nombre de naissances des régions PACA et Corse.

*Le nombre de femmes dont le dossier a été examiné en 2014 n'a pas été transmis par un des CPDPN parisien

Figure CPDPN3. Région de résidence des femmes dont le dossier a été examiné au moins une fois au cours de l'année 2014*



*Le nombre de femmes dont le dossier a été examiné en 2014 n'a pas été transmis par un des CPDPN parisien

Le recueil du lieu de résidence des femmes dont le dossier a été examiné est réalisé depuis l'activité 2014 des CPDPN.

Le lieu de résidence n'est pas connu pour 3,5% des femmes examinées : 97% de ces femmes ont été examinées par un centre d'île de France.

Les femmes domiciliées à l'étranger (n=146) et Mayotte (n=96) ne sont pas représentées sur cette carte.

Attestation de particulière gravité en vue d'une interruption médicale de grossesse pour motif médical (IMG)

La loi de bioéthique distingue des situations où l'IMG a lieu pour indications fœtales de celles pour indications maternelles. L'article L2213-1 du code de la santé publique précise que « *l'interruption volontaire d'une grossesse peut, à toute époque, être pratiquée si deux médecins membres d'une équipe pluridisciplinaire attestent, après que cette équipe a rendu son avis consultatif, soit que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme, soit qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic.* »

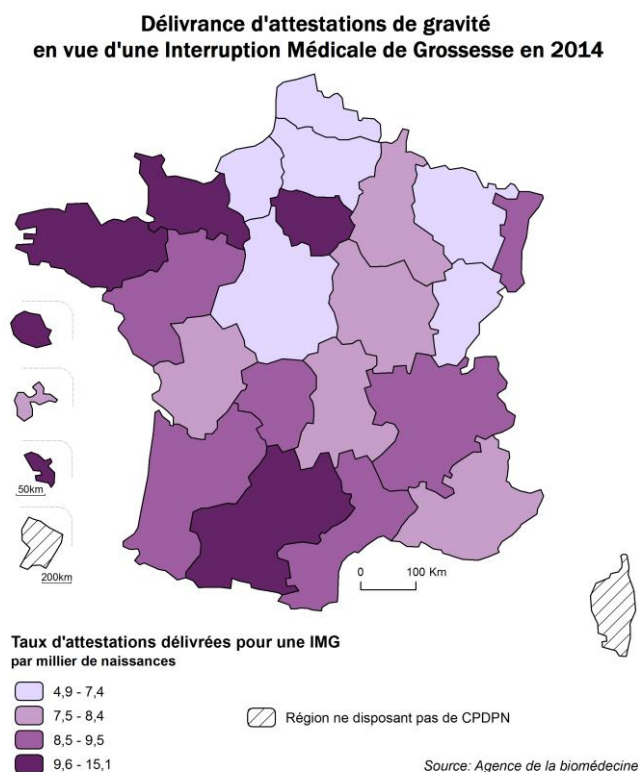
En 2014, 7 104 attestations de particulière gravité en vue d'une interruption médicale de grossesse pour motif fœtal et 318 pour motif maternel ont été déclarées par les centres, soit au total 0,92% des naissances : 0,88% pour motif fœtal et 0,04% pour motif maternel. Ces chiffres semblent se stabiliser par rapport à 2013 (respectivement 7 200 et 352). Il est à noter qu'il s'agit ici de l'enregistrement des attestations d'IMG, et non du nombre d'IMG réalisé. Le tableau CPDPN14 indique que 4 548 IMG ont été réalisées dans les établissements de santé des CPDPN. Or les IMG peuvent être réalisées dans des structures autres que des CPDPN et cette information n'est pas recensée dans ce rapport. Ainsi le nombre d'IMG réalisées en France n'est pas disponible de façon exhaustive dans le cadre de ce rapport annuel d'activité.

Attestation de particulière gravité : indication fœtale

En ce qui concerne les attestations de particulière gravité pour motif fœtal (tableau CPDPN3), elles sont délivrées principalement pour une indication chromosomique (39,9% des indications) ou des malformations (44,3% des indications), soit 84,2% de ces attestations. Globalement, 27,4% des attestations ont été délivrées pour des termes de grossesse inférieurs à 14 semaines d'aménorrhées (SA), 35,2% entre 15 et 21 SA et 37,3% après 22 SA (tableau CPDPN4). Ces attestations sont délivrées plus souvent à des termes précoces lorsque l'étiologie est génétique ou chromosomique. Ceci s'explique pour les étiologies génétiques par un diagnostic moléculaire réalisé en raison d'un antécédent familial et donc presque toujours effectué à partir d'un prélèvement ovulaire précoce, c'est-à-dire une biopsie de villosités choriales qui se réalise habituellement vers 12 SA. Ainsi, 40,5% des attestations de gravité sur indications géniques sont réalisées avant 14 SA et 33% entre 15 et 21 SA. Pour les attestations d'IMG avec indications chromosomiques, environ 81% sont délivrées avant 21 SA, ce qui pourrait s'expliquer par le dépistage prénatal de la trisomie 21. En revanche, les indications pour syndromes malformatifs, restent plus tardives (53,3% après 22 SA) en raison essentiellement de leur mode de diagnostic par imagerie. Les indications infectieuses, qui ne représentent que 0,9% des attestations, sont également tardives (71% après 22 SA), la gravité n'étant souvent appréciée qu'en raison d'anomalies échographiques apparaissant le plus souvent en deuxième partie de la grossesse (tableau CPDPN2). L'analyse de l'évolution (Tableau CPDPN3 et Tableau CPDPN4) montre depuis 2010 une stabilité du nombre d'attestations tant en nature d'indication et qu'en terme auquel elles sont délivrées.

La figure CPDPN4 montre au niveau régional le nombre d'attestations de particulière gravité délivrées par les CPDPN pour motif fœtal rapporté au nombre de naissances dans la région. Il est en France en moyenne de 8,8%. Parmi les six régions où ce taux est plus élevé, le test statistique indique que ce taux est significativement supérieur à la moyenne nationale pour les régions Ile-de-France, Martinique et Midi Pyrénées. Parmi les régions où le taux est inférieur, il est significativement différent de la moyenne nationale pour les régions Centre, Lorraine, Nord-Pas-de-Calais, et Picardie.

Figure CPDPN4. Délivrance d'attestations de particulière gravité pour motif fœtal en vue d'une interruption médicale de grossesse



Provences-Alpes -Côte d'Azur (PACA) : Pour cette région, le taux calculé d'attestations délivrées pour une IMG, est le nombre d'autorisations d'IMG délivrées par l'ensemble des CPDPN de la région PACA rapporté au nombre de naissances des régions PACA et Corse.

Tableau CPDPN2. Indications et termes des attestations de particulière gravité délivrées en vue d'une IMG pour motif fœtal en 2014

	<=14SA	15SA-21SA	22SA-27SA	28SA-31SA	>=32SA	Total
Indications chromosomiques	.	.	.	.	.	.
Nombre	989	1294	354	86	109	2832
% du total d'indications chromosomiques	34,9%	45,7%	12,5%	3,0%	3,8%	100%
Indications génétiques	.	.	.	.	.	.
Nombre	193	157	46	31	49	476
% du total d'indications génétiques	40,5%	33,0%	9,7%	6,5%	10,3%	100%
Indications infectieuses	.	.	.	.	.	.
Nombre	0	18	19	11	14	62
% du total d'indications infectieuses	0,0%	29,0%	30,6%	17,7%	22,6%	100%
Malformations ou syndromes malformatifs	.	.	.	.	.	.
Nombre	706	765	1067	295	316	3149
% du total d'indications de malformations	22,4%	24,3%	33,9%	9,4%	10,0%	100%
Autres indications fœtales	.	.	.	.	.	.
Nombre	59	270	194	18	44	585
% du total d'autres indications fœtales	10,1%	46,2%	33,2%	3,1%	7,5%	100%
Total	.	.	.	.	.	.
Nombre	1947	2504	1680	441	532	7104
% du total des indications fœtales	27,4%	35,2%	23,6%	6,2%	7,5%	100%

SA : semaines d'aménorrhées

Tableau CPDPN3. Evolution des indications des attestations de particulière gravité délivrées en vue d'une IMG pour motif fœtal de 2010 à 2014

Indications	2010		2011		2012		2013		2014	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Chromosomique	2748	39,5%	2807	40,1%	2899	40,6%	2953	41,0%	2832	39,9%
Génique	442	6,4%	471	6,7%	426	6,0%	477	6,6%	476	6,7%
Infectieuse	60	0,9%	49	0,7%	69	1,0%	56	0,8%	62	0,9%
Malformation ou syndrome malformatif	3145	45,3%	3112	44,5%	3223	45,2%	3167	44,0%	3149	44,3%
Autres indications fœtales	554	8,0%	555	7,9%	517	7,2%	547	7,6%	585	8,2%
Total	6949	100%	6994	100%	7134	100%	7200	100%	7104	100%

Tableau CPDPN4. Evolution du nombre d'attestations de particulière gravité délivrées en vue d'une IMG pour motif fœtal en fonction du terme de la grossesse

	2010		2011		2012		2013		2014	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<= 14SA	1935	27,8	2058	29,4	2073	29,1	2126	29,5	1947	27,4
15SA-21SA	2314	33,3	2373	33,9	2393	33,5	2423	33,7	2504	35,2
22SA-27SA	1773	25,5	1715	24,5	1703	23,9	1725	24,0	1680	23,6
28SA-31SA	456	6,6	407	5,8	449	6,3	456	6,3	441	6,2
>= 32SA	471	6,8	441	6,3	516	7,2	470	6,5	532	7,5
Total	6949	100,0	6994	100,0	7134	100,0	7200	100,0	7104	100,0

Attestation de particulière gravité : indication maternelle

En ce qui concerne les attestations de particulière gravité en vue d'une IMG pour indication maternelle, on constate une évolution significative du nombre de cas déclarés depuis 2011 (tableau CPDPN6), passant de 192 en 2010 à 352 en 2013, soit 83% d'augmentation. Cette augmentation apparente est plus vraisemblablement en rapport avec un enregistrement plus systématique de ces attestations d'IMG du fait de l'implication réglementaire du CPDPN pour la délivrance d'une attestation d'IMG pour indication maternelle introduite lors de la révision de la loi de bioéthique de juillet 2011. La stabilisation observée entre 2013 et 2014 (318 attestations déclarées en 2014) semble indiquer que les CPDPN ont intégré cette démarche dans leur activité.

Tableau CPDPN5. Indications et termes des attestations de particulière gravité délivrées en vue d'une IMG pour motif maternel en 2014

	<=14SA	15SA-21SA	22SA-27SA	28SA-31SA	>=32SA	Total
Indications maternelles	.	.	.	.	.	.
Nombre	73	131	100	9	5	318
% du total d'indications maternelles	23,0%	41,2%	31,4%	2,8%	1,6%	100%

SA : semaines d'aménorrhées

Tableau CPDPN6. Evolution du nombre d'attestations de particulière gravité délivrées en vue d'une IMG pour motif maternel en fonction du terme de la grossesse

	2010		2011		2012		2013		2014	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<= 14SA	36	18,8	62	28,6	58	21,3	77	21,9	73	23,0
15SA-21SA	83	43,2	93	42,9	126	46,3	144	40,9	131	41,2
22SA-27SA	62	32,3	59	27,2	82	30,1	110	31,3	100	31,4
28SA-31SA	9	4,7	3	1,4	5	1,8	15	4,3	9	2,8
>= 32SA	2	1,0	0	0,0	1	0,4	6	1,7	5	1,6
Total	192	100,0	217	100,0	272	100,0	352	100,0	318	100,0

*La déclaration des attestations de particulière gravité en vue d'une IMG pour indication maternelle est obligatoire depuis 2012

Refus de délivrance d'une autorisation d'IMG

Le refus de délivrance d'une autorisation d'IMG correspond à la situation où une femme a fait une demande d'IMG alors que l'attestation de particulière gravité n'a pas été délivrée car l'examen du dossier par l'équipe pluridisciplinaire ne permet pas de conclure qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité considérée comme incurable au moment du diagnostic.

Les refus de délivrance d'une autorisation d'IMG concernent peu de dossiers et leur fréquence reste relativement stable d'une année sur l'autre (tableau CPDPN1).

Ce faible taux pourrait être révélateur d'une bonne information délivrée à la femme (ou au couple) par le CPDPN concernant le pronostic et le cas échéant la prise en charge de l'anomalie diagnostiquée qui permettrait d'éviter une demande d'IMG.

Dans ce contexte particulier, l'information concernant l'issue de la grossesse est importante, mais pas toujours aisée à recueillir : les femmes n'accouchant souvent pas dans le même site que le CPDPN. Ainsi, 21,5% de ces données sont manquantes. Parmi les cas renseignés (n=84), plus de la moitié de ces grossesses vont être interrompues, soit dans le cadre d'une IVG, soit dans le cadre d'une interruption de grossesse réalisée à l'étranger, soit dans le cadre d'une IMG si l'attestation de particulière gravité a été délivrée par un second centre sollicité. Il est important de noter que la délivrance de l'attestation est réalisée à un moment précis de la grossesse. Ainsi si le pronostic était favorable ou d'évolution incertaine au moment où l'attestation a été refusée par un CPDPN, des éléments médicaux nouveaux peuvent conduire un autre CPDPN dans un second temps à délivrer une attestation de particulière gravité (tableau CPDPN7).

Tableau CPDPN7. Détail des pathologies et des issues de grossesses lors d'un refus de délivrance d'une attestation de particulière gravité en 2014

Pathologies	Issue de grossesse						Total
	MFIU (fausse couche ou mort fœtal in utero)	IMG ou IVG (au sein d'un autre centre ou à l'étranger)	Mort néonatale précoce [J0-J7]	Mort néonatale tardive [J8-J28]	Enfant vivant au dernier suivi	Issue de grossesse inconnue	
Chromosomique	0	3	0	0	8	4	15
Génique	0	1	0	0	2	1	4
Infectieuse	0	0	0	0	0	0	0
Malformation ou syndrome malformatif	0	29	1	0	13	12	55
Autres indications fœtales	1	8	0	0	3	4	16
Indications maternelles	0	8	1	0	6	2	17
Total	1	49	2	0	32	23	107

Grossesses poursuivies avec une pathologie fœtale qui aurait pu faire délivrer une attestation de particulière gravité en vue d'une IMG

En 2014, 1 173 femmes ont choisi de poursuivre leur grossesse avec une pathologie grave pour laquelle le CPDPN aurait pu délivrer, si elles en avaient fait la demande, une attestation de particulière gravité ouvrant la possibilité d'une IMG. Cette situation voit sa fréquence augmenter régulièrement (+75,6% en 4 ans) (tableau CPDPN1). Cette augmentation doit être analysée sous un angle à la fois médical et sociétal. L'amélioration de la prise en charge médico-chirurgicale de certaines pathologies (sans pour autant que les caractères de particulière gravité et d'incurabilité soient remis en cause) peut expliquer ce choix. Par ailleurs, le développement des soins palliatifs et la possibilité d'un accompagnement post-natal (pour certaines pathologies) joue également un rôle.

On peut remarquer (tableau CPDPN9) la prédominance des syndromes malformatifs dans ces situations par différence avec les situations aboutissant à la délivrance d'une attestation de particulière gravité en vue d'une IMG (63% vs. 44%).

Le suivi de ces grossesses (tableau CPDPN8) était manquant dans 5,8% des cas (n=68) en 2014. Parmi les cas renseignés, dans près de 43% des cas, la grossesse a conduit soit à une mort fœtale *in utero*, à une mort néonatale précoce ou tardive. L'enfant était vivant au dernier suivi dans près de 57% des cas. Le dernier suivi est bien souvent la période néonatale et il se peut que certains des nouveau-nés soient décédés plus tard dans les premiers mois de vie. De plus, l'état de santé et le développement psychomoteur des enfants nés vivants ne sont pas renseignés.

Tableau CPDPN8. Issues de grossesses poursuivies avec une pathologie fœtale qui aurait pu faire délivrer une attestation de particulière gravité de 2010 à 2014

	2010		2011		2012		2013		2014	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Mort fœtal in utero	102	15,3	126	16,5	140	17,3	186	20,0	251	21,4
Mort néonatale précoce ou tardive	136	20,4	155	20,3	200	24,7	192	20,7	229	19,5
Enfant vivant au dernier suivi	390	58,4	434	57,0	422	52,1	504	54,3	625	53,3
Issue de grossesse inconnue	40	6,0	47	6,2	48	5,9	46	5,0	68	5,8
Total	668	100,0	762	100,0	810	100,0	928	100,0	1173	100,0

Tableau CPDPN9. Grossesses poursuivies avec une pathologie fœtale qui aurait pu faire autoriser une IMG et issue de ces grossesses en 2014

Pathologies	Issue de grossesse					Total
	MFIU (fausse couche ou mort fœtal in utero)	Mort néonatale précoce [J0-J7]	Mort néonatale tardive [J8-J28]	Enfant vivant au dernier suivi	Issue de grossesse inconnue	
Chromosomique	78	32	6	95	9	220
Génique	4	11	3	56	4	78
Infectieuse	2	4	0	14	0	20
Malformation ou syndrome malformatif	126	124	33	410	47	740
Autres indications fœtales	41	15	1	50	8	115
Total	251	186	43	625	68	1173

Grossesses poursuivies avec une pathologie fœtale curable dans la perspective d'une prise en charge périnatale ou sans particulière gravité

L'augmentation importante de cette catégorie (tableau CPDPN10) témoigne de la prise en compte pour la première année en 2013 des grossesses poursuivies avec une pathologie sans particulière gravité. Cette

modification introduite dans le recueil des données d'activité est destinée à renseigner l'évolution de l'ensemble des grossesses ayant fait l'objet d'un avis rendu par un CPDPN. Cette dernière catégorie devrait ainsi comprendre toutes les grossesses non comptabilisées par ailleurs, poursuivies dans la perspective d'une prise en charge périnatale, ou avec des pathologies sans particulière gravité.

Cette prise en charge témoigne du rôle essentiel des CPDPN dans l'accompagnement prénatal et périnatal des grossesses et du recours à ces derniers pour expertise.

Pour quelques pathologies bien définies (coelosomies, fentes labiales ou labio-palatines, pieds bots, hernies diaphragmatiques, la plupart des cardiopathies et des uropathies, syndrome transfuseur-transfusé), des protocoles de prise en charge médico-chirurgicale, sont établis par la plupart des équipes. Pour d'autres (allo-immunisation, pathologie infectieuse, retard de croissance intra-utérin...), pour lesquelles il n'y a pas nécessairement d'indication chirurgicale, il s'agit surtout d'assurer une prise en charge médicale dès la naissance et de prévenir certaines complications en organisant le suivi pédiatrique.

La répartition des indications de prise en charge montre que 60% sont des malformations et seulement 3% sont des anomalies chromosomiques ou géniques (tableau CPDPN11).

Le suivi de ces grossesses (tableau CPDPN10) était manquant dans 10% des cas. Parmi les cas renseignés l'enfant était vivant au dernier suivi dans 96% des cas.

Tableau CPDPN10. Issues de grossesses poursuivies dans la perspective d'une prise en charge pré ou périnatale ou sans particulière gravité de 2010 à 2014

	2010		2011		2012		2013*		2014*	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Mort fœtal in utero	104	2,6	153	2,8	169	2,6	429	3,1	386	2,2
Mort néonatale précoce ou tardive	112	2,8	135	2,5	163	2,5	211	1,5	234	1,3
Enfant vivant au dernier suivi	3403	85,9	4564	83,3	5851	88,9	11508	82,0	15094	86,4
Issue de grossesse inconnue	342	8,6	626	11,4	396	6,0	1883	13,4	1760	10,1
Total	3961	100,0	5478	100,0	6579	100,0	14031	100,0	17474	100,0

*Depuis 2013, les grossesses poursuivies avec une pathologie sans particulière gravité sont colligées, en plus des grossesses poursuivies avec une pathologie fœtale curable dans la perspective d'une prise en charge périnatale. Avant 2013, seules les grossesses poursuivies avec une pathologie fœtale curable dans la perspective d'une prise en périnatale étaient comptabilisées.

Tableau CPDPN11. Grossesses poursuivies avec une pathologie fœtale curable dans la perspective d'une prise en charge périnatale ou sans particulière gravité en 2014

Pathologies	Issue de grossesse					Total
	MFIU (fausse couche ou mort fœtal in utero)	Mort néonatale précoce [J0-J7]	Mort néonatale tardive [J8-J28]	Enfant vivant au dernier suivi	Issue de grossesse inconnue	
Chromosomique	25	5	3	160	33	226
Génique	13	5	4	230	34	286
Infectieuse	8	3	1	529	112	653
Malformation ou syndrome malformatif	172	96	43	9122	961	10394
Autres indications fœtales	168	55	19	5053	620	5915
Total	386	164	70	15094	1760	17474

Activités techniques en médecine fœtale dans les centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal

Dans cette partie du rapport d'activité, les centres ont rapporté les activités techniques en médecine fœtale réalisées uniquement dans leur établissement. Ces statistiques ne résument donc pas l'ensemble des activités réalisées au niveau national. Cependant, les centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal, prenant en charge des grossesses avec suspicion de pathologie fœtale, sont à l'origine d'une partie importante des prescriptions d'actes techniques de médecine fœtale et les tendances observées peuvent donner une indication des évolutions générales. D'autre part, ces actes techniques reflètent le niveau d'expertise des établissements auxquels les centres sont rattachés.

La prise en compte des échographies diagnostiques réalisées par les membres du CPDPN intervient pour la première fois en 2013. Cette activité représente 84 284 actes en 2014. Le nombre de scanners et d'IRM a augmenté depuis 2010, mais reste relativement stable depuis 2012 autour de 4 050 actes. En revanche, les actes de radiographie sont très peu pratiqués. L'échographie cardiaque fœtale recueillie dans le rapport annuel seulement depuis 2013 constitue avec 7 588 actes déclarés en 2014 l'activité d'imagerie la plus importante. Il conviendra de suivre l'évolution de ces pratiques (tableaux CPDPN12 et CPDPN13)

Concernant les autres activités techniques (tableau CPDPN14), on peut noter que le nombre d'amniocentèses a diminué de 27,5% entre 2010 et 2014. Cette diminution résulte de la mise en œuvre du dispositif de dépistage de la trisomie 21 au 1^{er} trimestre de la grossesse. Néanmoins entre 2013 et 2014, cette tendance est moins nette avec une diminution du nombre de prélèvements de seulement 3,7% ce qui témoigne de l'extension actuelle du dispositif en population.

Les traitements par laser augmentent régulièrement, avec 280 actes en 2014 soit une augmentation de 30% par rapport à 2010. Il s'agit d'un traitement réalisé dans les cas de syndromes de transfusion fœto-fœtale.

Les gestes d'arrêts de vie in utero sont réalisés dans les cas d'IMG de plus de 22 semaines d'aménorrhée, quelques cas d'interruptions sélectives de grossesse pour anomalie fœtale peuvent donner lieu à un geste d'arrêt de vie avant 22 semaines d'aménorrhée. Les gestes d'arrêt de vie représentent près de 40% des IMG, réalisées dans les établissements comportant un CPDPN, ce qui correspond au pourcentage des IMG de plus de 22 SA observé au niveau national (38%).

Tableau CPDPN12. Nombre d'échographies fœtales de diagnostic réalisées par les membres des CPDPN en 2014

Nombre total d'échographies diagnostiques	84284*
. Echographies de diagnostic pour confirmer ou infirmer une malformation	41862
. Echographies de diagnostic pour suivre l'évolution d'une malformation	41883

*539 échographies diagnostiques n'ont pu être réparties dans les deux sous types d'échographies diagnostiques proposées (échographies réalisées pour confirmer/infirmer ou suivre l'évolution d'une malformation) : seul le nombre total d'échographies de diagnostic a été déclaré

Tableau CPDPN13. Evolution des autres imageries effectuées en médecine fœtale

	2010	2011	2012	2013	2014
IRM	3165	3418	3718	3618	3723
Scanner	394	426	345	399	362
Radio	81	211	214	24	85
Echographie cardiaque fœtale	.	.	.	6957	7588
Imagerie post-mortem	.	.	.	1862	2054
Autre	1960	1580	1870	0	0
Total	5600	5635	6147	12860	13812

*Depuis 2013, le nombre d'échographies cardiaques fœtales et le nombre d'imageries post-mortem sont recueillis. Avant 2013, ces imageries étaient déclarées par quelques CPDPN sous la catégorie 'Autre'

Tableau CPDPN14. Evolution des activités techniques effectuées en médecine fœtale de 2010 à 2014**

	2010	2011	2012	2013	2014
Prélèvement à visée diagnostique ou pronostique	.	.	.	.	.
Amniocentèses	15433	12974	12578	11618	11183
Choriocentèses	6362	6384	6593	6656	6643
Cordocentèses	481	560	544	553	489
Autres	242	310	149	229	209
Gestes à visée thérapeutique	.	.	.	.	.
Exsanguino-transfusions et transfusions in utero	204	245	242	253	201
. pour allo-immunisation fœto-maternelle	159	186	159	195	150
. pour autre motif	45	59	83	58	51
Drainages amniotiques	511	640	608	612	576
Autres drainages (pleuraux, urinaires, péritonéaux, autres)	162	163	142	148	159
Laser	216	235	252	266	280
Amnio-infusions ou injections intra-amniotiques	132	153	239	162	176
Chirurgie fœtale par fœtoscopie*	.	.	.	25	49
Chirurgie fœtale ouverte*	.	.	.	0	1
Exit procédure*	.	.	.	8	9
Autres	56	51	70	20	64
Gestes d'arrêt de vie in utero	.	.	.	.	.
Nombre d'IMG*	.	.	.	4601	4548
Nombre de gestes d'arrêt de vie avant IMG	1844	1920	1992	1853	1797
Interruptions sélectives de grossesse pour anomalie fœtale	129	154	162	181	189

* Données recueillies depuis 2013

**Il ne s'agit que des activités techniques réalisées par les CPDPN dans l'établissement ou les différents sites qui figurent nominativement dans l'autorisation des CPDPN