

Centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal

Sommaire

CONTEXTE	2
MATERIEL ET METHODE	4
ACTIVITE GLOBALE	5
REPARTITION DE L'OFFRE DE SOINS	7
GROSSESSES AVEC UNE PATHOLOGIE FŒTALE CURABLE OU SANS PARTICULIERE GRAVITE	11
GROSSESSES AVEC UNE PATHOLOGIE FŒTALE NON CURABLE OU DE PARTICULIERE GRAVITE	14
ATTESTATIONS DE PARTICULIERE GRAVITE DELIVREES POUR MOTIF MATERNEL	22
AUTRES GROSSESSES	23
ACTIVITES TECHNIQUES EN MEDECINE FŒTALE	24

CONTEXTE

« 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 bonnes pratiques 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 ont été modifiées le 24 juin 2024¹. Le présent rapport d'activité portant sur l'année 2022, les bonnes pratiques applicables étaient celles de 2015.

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'examiner la demande de la femme et 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.²

Les CPDPN constituent des équipes pluridisciplinaires de praticiens ayant des compétences cliniques et biologiques en matière de diagnostic prénatal. Ces équipes travaillent au sein d'établissements de santé disposant d'une unité d'obstétrique.

En 2022, 48 CPDPN disposaient d'une autorisation de fonctionnement délivrée par l'Agence de la biomédecine.

Au sein de ce rapport, le terme « femme » fait référence à la femme enceinte, la femme et/ou le couple, selon la situation.

Les parcours des femmes enceintes ont été analysés selon les situations suivantes :

- Grossesses avec une pathologie fœtale curable ou sans particulière gravité
- Grossesses avec une pathologie fœtale non curable ou de particulière gravité
- Attestations de particulière gravité délivrées pour motif maternel
- Autres grossesses pour lesquelles l'examen du dossier n'a pas permis de confirmer ou d'infirmer une pathologie fœtale avérée ou a conclu à l'absence de pathologie.

¹ Arrêté du 18 juin 2024 modifiant 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

² Arrêté du 1^{er} 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.

Des informations complémentaires sont également disponibles au sein du rapport d'activité des laboratoires réalisant des examens prénataux, accessible via le lien ([lien hypertexte rapport DPN](#)).

MATERIEL ET METHODE

Le rapport d'activité des CPDPN porte sur les dossiers qui ont été soumis et examinés durant l'année 2022, ce qui permet de tenir compte des données issues de l'ensemble des grossesses, qui pour certaines se sont poursuivies en 2023. Les tendances sont observées avec un recul de 5 ans, donc sur la période comprise entre 2018 et 2022.

Pour l'année 2022, comme chaque année, tous les CPDPN ont transmis leur bilan d'activité à l'Agence de la biomédecine.

Limites des données agrégées : Les données agrégées présentent des limites pour les analyses statistiques des tendances en raison de la perte d'informations individuelles et de la difficulté à établir des relations de cause à effet. Une interprétation plus précise des tendances nécessitera des analyses basées sur un recueil de données individuelles. Une réflexion en ce sens est menée dans le cadre d'un groupe de travail à l'Agence de la biomédecine.

ACTIVITE GLOBALE

La majorité des 48 CPDPN autorisés se réunit de façon hebdomadaire, soit 51 réunions par an (45-98), un centre se réunissant deux fois par semaine.

A chaque réunion 15 dossiers sont examinés en moyenne (3-36).

Le tableau CPDPN1 résume l'activité des CPDPN au niveau national et leur évolution entre 2018 et 2022. Il est à noter que le tableau CPDPN1, dénombre les grossesses suivies alors que les tableaux suivants, portant sur le devenir de ces grossesses, dénombrent des fœtus. Les différences observées sont donc le fait des grossesses multiples.

Jusqu'en 2018 inclus, le nombre total de femmes dont le dossier était examiné était inférieur au nombre de dossiers enregistrés dans l'année, car le dossier d'une même femme pouvait être discuté lors de plusieurs réunions.

Depuis 2019, l'item « nombre de femmes vues » au CPDPN est défini comme le nombre de femmes dont le dossier a été discuté pour la première fois en réunion pluridisciplinaire dans l'année, et selon les conditions suivantes :

Critères d'inclusion :

- Présentation à une réunion pluridisciplinaire comportant les praticiens autorisés du premier cercle - au moins un gynécologue-obstétricien, un échographiste fœtal, un pédiatre spécialisé en néonatalogie et un généticien médical- tel que défini dans l'article R 2131-12 fixant la composition de l'équipe pluridisciplinaire
- Dossier médicalement et administrativement complets ;
- Comportant un avis enregistré par le CPDPN et rendu à la femme ou au médecin désigné par la femme ;
- Comportant le consentement signé de la femme (pour les situations où la loi le prévoit).

Sont exclus les dossiers présentés pour :

- Réductions embryonnaires (cas de grossesse multiple sans anomalie fœtale) ;
- Les indications citées ci-dessous :
 - Age maternel isolé ;
 - Echographie de dépistage anormale, non confirmée par un échographiste réalisant des échographies à visée diagnostique travaillant en lien avec le CPDPN ;
 - Anomalie échographique ne nécessitant pas l'avis d'un échographiste réalisant des échographies à visée diagnostique travaillant en lien avec le CPDPN, notamment :
 - Pyélectasie < 10mm ;
 - Fémur court > 3ème Percentile ;
 - Oligoamnios non confirmé.
 - Antécédent familial ne nécessitant pas de discussion pluridisciplinaire ;
 - Résultat du dépistage de la trisomie 21 par marqueurs sériques plaçant la femme dans un groupe à risque élevé sans anomalie échographique et sans anomalie chromosomique confirmée ;
 - Résultat du test de dépistage par ADN libre circulant (ADNlc) dans le sang maternel positif, sans anomalie échographique et sans anomalie chromosomique confirmées ;
 - Sérologies douteuses.

Suivant les recommandations de bonnes pratiques relatives au CPDPN, la femme, lorsqu'elle le souhaite, 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 par chacun des centres, donc deux fois.

L'activité est rapportée au nombre de naissances dans l'année sur le territoire national (données INSEE). Après plusieurs années de baisse consécutive et un rebond en 2021, le nombre de naissances a connu une baisse de 2.17% en 2022 passant de 742 052 en 2021 à 725 997 en 2022, soit le chiffre le plus bas des 5 dernières années.

Le nombre de femmes vues en CPDPN s'est quasi stabilisé en 2022, avec un chiffre de 38473 femmes vues au CPDPN versus 38564 en 2021. Cette « stabilisation » dans un contexte de diminution du nombre de naissances de l'ordre de 2.17% peut correspondre soit à une hausse de l'activité des CPDPN soit à un meilleur accès aux soins ou à la combinaison des deux.

Les CPDPN sont très majoritairement sollicités pour des grossesses en cours avec 36971 femmes enceintes dont le dossier a été discuté pour la première fois en réunion pluridisciplinaire dans l'année 2022, soit 96,1% du total des dossiers (36 971/38 473).

Les demandes dans le contexte préconceptionnel restent stables, avec 3,9% (1 502/38473) des femmes vues en CPDPN, et qui sont représentées majoritairement par les demandes pour un DPI, avec 1283 demandes, soit 85,4% des demandes préconceptionnelles (1 283/1502), taux le plus élevé depuis 5 ans

L'activité des CPDPN pendant la grossesse concerne des grossesses avec une pathologie fœtale considérée comme curable, ou ne comportant pas d'éléments en faveur d'une particulière gravité dans la moitié des situations soit 50,3% (18 588 /36 971).

Pour 0,3% des grossesses (107/36 971), une attestation de particulière gravité n'a pas été délivrée par le CPDPN alors que la femme a fait une demande d'IMG.

Les grossesses pour lesquelles l'examen du dossier n'a pas permis de confirmer ou d'infirmer une pathologie fœtale avérée, ou a conclu à l'absence de pathologie, représentent près d'un quart (24,8%) des dossiers présentés.

Les grossesses avec une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic, représentent 23,7% des grossesses, réparties ainsi :

- Pour 18,5% (6 827/36 971), une attestation de particulière gravité en vue d'une IMG a été délivrée par le CPDPN à la suite d'une demande d'IMG de la femme pour un motif fœtal ;
- Pour 5,2% (1 940/36 971), la femme n'a pas fait de demande d'IMG alors que la pathologie fœtale répondait aux critères de gravité et d'incurabilité et aurait pu permettre la délivrance d'une attestation de particulière gravité par le CPDPN en vue d'une IMG.

Une attestation de particulière gravité autorisant l'IMG pour motif maternel a été délivrée pour 1% (339/36 971) des femmes dont le dossier a été examiné durant la grossesse. Cet indicateur demeure stable sur 5 ans.

Le détail de l'activité est précisé dans les chapitres suivants.

Tableau CPDPN1. Résumé des activités des CPDPN de 2018 à 2022

	2018	2019	2020	2021	2022
Nombre de naissances vivantes France entière ⁽¹⁾	758590	753383	735196	742052	725997
Nombre de femmes vues en CPDPN ⁽²⁾	35649	35584	36736	38564	38473
• Pendant la grossesse	34249	34266	35401	36975	36971
• En pré-conceptionnel (hors DPI)	233	286	299	266	219
• Pour un DPI	1167	1032	1036	1323	1283
Nombre de dossiers examinés ⁽³⁾	50575	-	-	-	-
Nombre de grossesses avec une pathologie fœtale qui est considérée comme curable ou ne comportant pas une particulière gravité	18039	17042	17931	18024	18588
• Nombre de grossesses avec une pathologie fœtale qui est considérée comme curable ou ne comportant pas une particulière gravité pour 1000 naissances	23,8	22,6	24,4	24,3	25,6
Nombre de grossesses ayant fait l'objet d'une non délivrance d'attestation en vue d'une IMG	117	108	122	113	107

• Nombre de grossesses ayant fait l'objet d'une non délivrance d'une attestation en vue d'une IMG pour 1000 naissances	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1
Nombre de grossesses pour lesquelles une attestation de particulière gravité a été délivrée en vue d'une IMG pour motif fœtal	6754	7067	7165	7222	6827
• Nombre de grossesses pour lesquelles une attestation de particulière gravité a été délivrée en vue d'une IMG pour motif fœtal pour 1000 naissances	8,9	9,4	9,7	9,7	9,4
Nombre de grossesses avec une pathologie fœtale qui aurait pu faire délivrer une attestation en vue d'une IMG	1583	1779	1903	1821	1940
• Nombre de grossesses avec une pathologie fœtale qui aurait pu faire délivrer une attestation en vue d'une IMG pour 1000 naissances	2,1	2,4	2,6	2,5	2,7
Nombre de grossesses pour lesquelles une attestation de particulière gravité a été délivrée en vue d'une IMG pour motif maternel	343	291	363	381	339
• Nombre de grossesses pour lesquelles une attestation de particulière gravité a été délivrée en vue d'une IMG pour motif maternel pour 1000 naissances	0,5	0,4	0,5	0,5	0,5
Nombre de grossesses concernées par d'autres situations	6926	7979	7917	9414	9170
• Nombre de grossesses concernées par d'autres situations pour 1000 naissances	9,1	10,6	10,8	12,7	12,6
Nombre de réunions pluridisciplinaires décisionnelles annuelles	2454	2478	2506	2480	2459
Nombre moyen de réunions annuelles par centre	51	52	52	52	51

(1) Source INSEE : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381380#tableau-Donnes>.

Par convention, les publications de l'Insee emploient l'expression « France entière » pour désigner l'ensemble géographique comprenant la France métropolitaine et les régions d'outre-mer (Guadeloupe, Martinique, Guyane, la Réunion, Mayotte).

(2) Jusqu'en 2018 : nombre de femmes dont le dossier a été examiné au moins une fois dans l'année.

A partir de 2019 : nombre de femmes dont le dossier a été discuté pour la 1^{ère} fois en réunion pluridisciplinaire dans l'année..

(3) Cet indicateur n'est plus calculé à partir de 2019.

REPARTITION DE L'OFFRE DE SOINS

L'offre de soins en matière de CPDPN peut s'appréhender à partir de différents indicateurs, notamment :

- La présence d'un (ou plusieurs) CPDPN au niveau régional (Figure CPDPN1) ;
- L'accès au CPDPN, évalué par la proportion de femmes ayant eu recours au CPDPN pour 1 000 naissances dans leur région de résidence (Figure CPDPN2) ;
- L'activité globale des CPDPN par région, indiquant le nombre de femmes vues dans le ou les CPDPN d'une région au cours de l'année, quelle que soit la résidence des femmes (Figure CPDPN3).

En 2022 comme en 2021, 48 CPDPN sont autorisés (Figure CPDPN1). La Guyane, la Corse et Mayotte ne disposent pas de CPDPN. Certaines régions disposent de plusieurs CPDPN.

La figure CPDPN2 présente la proportion de femmes vues en CPDPN pour 1000 naissances dans leur région de résidence ; la moyenne pour 2022 est de 50,5. Il est à noter que les femmes habitant dans des régions sans CPDPN ont accès à ces soins, même si comparativement à la moyenne nationale l'accès est moins bon. Ceci est vérifié pour la Guyane et la Corse. Les proportions les plus hautes sont observées dans des régions relativement différentes sur le plan démographique (La Réunion, Guadeloupe, Rhône-Alpes, Bourgogne, Limousin, Ile de France), laissant supposer des mécanismes multiples à l'origine de ces variations.

L'activité globale des CPDPN par région continue à augmenter avec une activité moyenne nationale annuelle de 1 541 dossiers expertisés en 2022 versus 1 533 en 2021 (Figure CPDPN 3). Globalement, les régions avec des chiffres d'activité très supérieurs à l'activité nationale moyenne correspondent à des régions plus peuplées ou dotées de plusieurs CPDPN (Ile de France, Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte-d'Azur, Aquitaine, Nord-Pas de Calais). Les régions dans lesquelles l'activité globale est la plus basse sont des régions de plus petite taille ou moins peuplées (Martinique, Guadeloupe, Limousin, Franche-Comté).

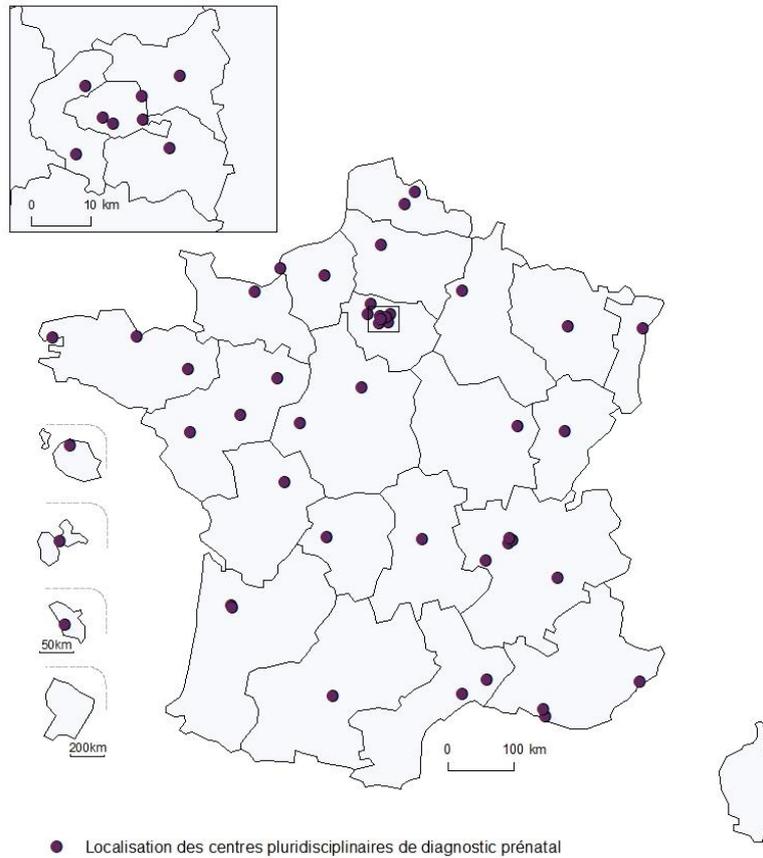
L'analyse de l'accès au CPDPN des femmes domiciliées dans une région doit être complétée par l'analyse de l'activité du/des CPDPN de cette région pour évaluer l'adéquation entre l'offre de soins et les besoins d'une région.

Ainsi, les figures CPDPN2 et CPDPN3 doivent être analysées en regard l'une de l'autre. En effet, l'accès des femmes à un CPDPN dans sa région de résidence (Figure CPDPN2) est à pondérer par l'activité du CPDPN rapportée à la moyenne nationale. Ainsi, des CPDPN peuvent présenter « un accès moins bon » avec cependant un nombre de dossier expertisé proche voire supérieure à la moyenne nationale (en exemple les Pays de la Loire ou le Nord Pas de Calais). Pour ces centres, la question de moyens supplémentaires pour renforcer l'accès au CPDPN doit être posée. L'analyse des flux à l'échelle régionale ([lien vers les fiches régionales](#)) permet d'affiner cette analyse.

D'autres régions, (à titre d'exemple ceux de la Réunion ou de la Guadeloupe), bénéficient d'un accès au soin satisfaisant au regard du national alors que leur nombre de femmes dont le dossier a été examiné pour la première fois par un CPDPN régional est plus faible que la moyenne nationale.

Le détail des flux par région est disponible dans les fiches régionales sur le site de l'Agence [[lien](#)]

Figure CPDPN1. Répartition sur le territoire des CPDPN en 2022



Source: Agence de la biomédecine

Figure CPDPN2. Accès au CPDPN : proportion de femmes/couples vus par un CPDPN pour 1 000 naissances dans leur région de résidence en 2022

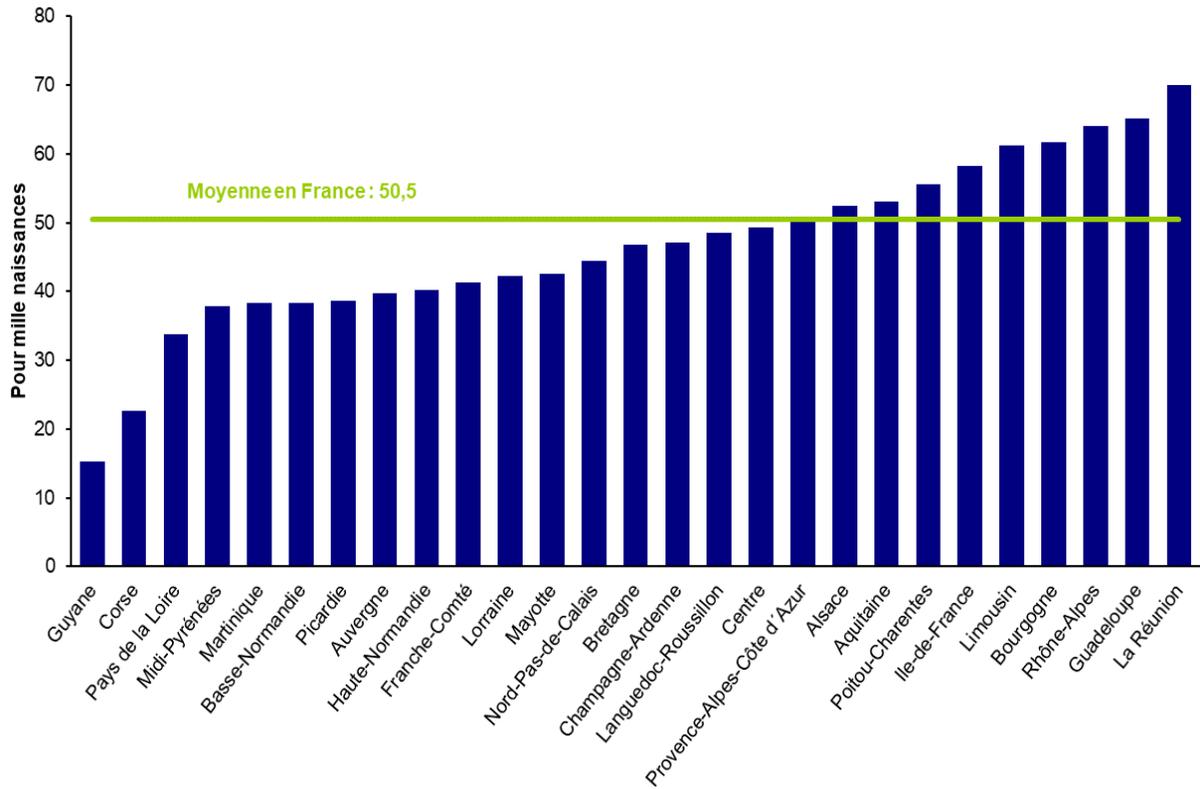
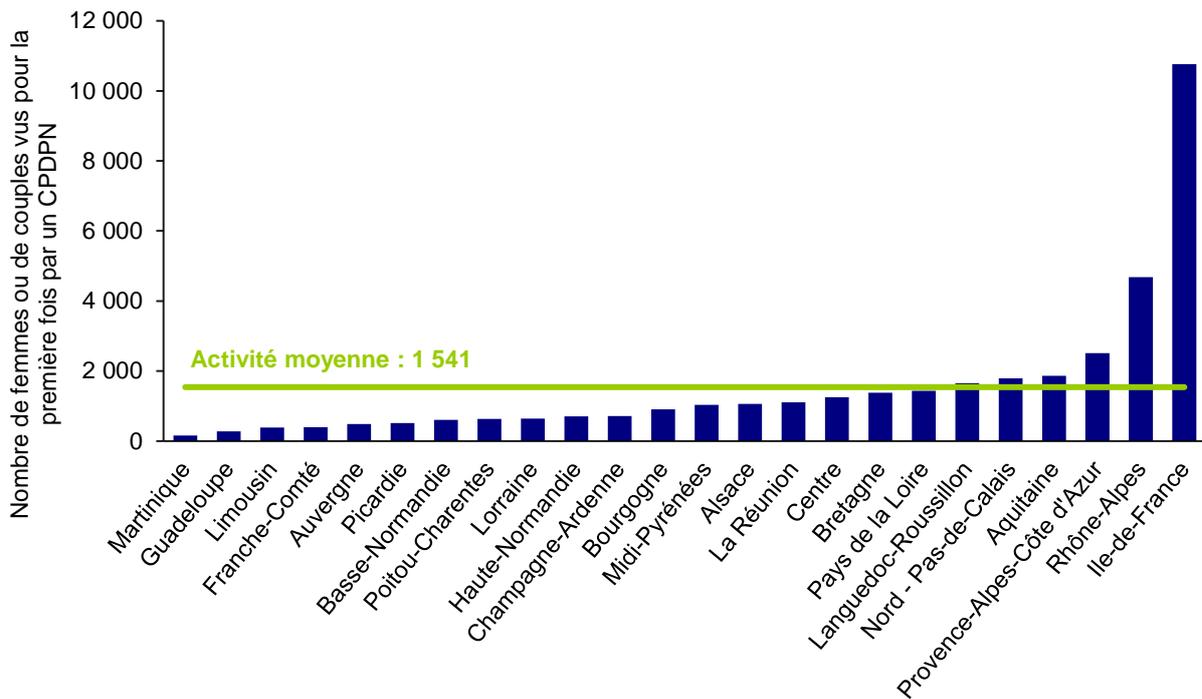


Figure CPDPN3. Nombre de femmes ou de couples dont le dossier a été vu pour la première fois par un CPDPN selon la région en 2022



GROSSESSES AVEC UNE PATHOLOGIE FŒTALE CURABLE OU SANS PARTICULIÈRE GRAVITÉ

La partie la plus importante de l'activité des CPDPN concerne des grossesses poursuivies avec une pathologie fœtale sans particulière gravité au moment de la prise en charge ainsi que des grossesses poursuivies avec une pathologie fœtale curable dans la perspective d'une prise en charge péri et postnatale.

En effet, pour un nombre croissant de pathologies fœtales malformatives (anomalies de fermeture de la paroi abdominale, certaines cardiopathies, fentes labiales ou labio-palatines, certaines uropathies, ou des pathologies fœtales comme le syndrome transfuseur-transfusé, une incompatibilité materno-fœtale érythrocytaire, etc), les évaluations diagnostique et pronostique prénatales permettent la mise en œuvre de protocoles de prise en charge maternel ou fœtal pré et postnataux, médicaux et chirurgicaux.

Sur le plan de l'activité des CPDPN cette situation rend compte de près de la moitié de l'activité des CPDPN (48%), soit 18 588 grossesses avec une pathologie fœtale évaluée comme curable ou sans particulière gravité pour 38 473 femmes vues en CPDPN (Tableau CPDPN1).

Dans 72,1% des cas (13 448/18 661), la pathologie fœtale prise en charge est malformative. Les autres indications sont secondaires à un diagnostic fœtal d'anomalie chromosomique (1,1%), génique (1,3%) ou de pathologie infectieuse (4%), soit au total 6,4% des dossiers (1191/18661) (Tableau CPDPN2). Plus particulièrement, concernant les pathologies infectieuses, l'infection à CMV (cytomégalovirus) représente près d'un tiers (32,8%) des indications infectieuses. A noter que l'information quant à la pathologie fœtale est manquante ou non précisée dans 21,6% des cas (4 022/18 661) (Tableau CPDPN2). Ces chiffres sont stables. Un travail devra être mené avec les CPDPN pour améliorer la qualité de cette information.

L'information relative à l'issue de grossesse est difficile à récupérer par les CPDPN. L'issue des grossesses reste inconnue dans 11,1% des cas. Cette proportion continue de décroître reflétant un meilleur renseignement du suivi de l'issue des grossesses et laissant envisager la possibilité d'une amélioration dans l'interprétation des données. Ce recueil fera l'objet d'un suivi les prochaines années.

En prenant en compte uniquement les issues connues, on identifie que pour 96,1% des cas, le nourrisson est vivant au 28^e jour de vie, le taux de mort fœtale in utero représente 2%, celui des morts néonatales

précoces ou tardives 1,2%, le taux d'IVG 0,4% et le taux d'IMG autorisées par un autre CPDPN 0,2%(Tableau CPDPN3).

Tableau CPDPN2. Grossesses poursuivies avec une pathologie fœtale curable ou sans particulière gravité : répartition des issues de grossesse en fonction de la pathologie en 2022

	Issue de grossesse							Total
	MFIU ⁽¹⁾	IMG ⁽²⁾	IVG ⁽³⁾	Mort néonatale précoce ⁽⁴⁾	Mort néonatale tardive ⁽⁵⁾	Enfant vivant à J28	Inconnue	
Malformations ou syndromes malformatifs	181	23	34	87	56	11649	1418	13448
Indications chromosomiques	16	4	2	3	1	163	15	204
Indications géniques	3	3	1	6	1	164	63	241
Indications infectieuses	10	1	13	0	1	649	72	746
- dont infection à CMV	2	1	8	0	1	189	26	227
Autres indications fœtales ou indications inconnues	139	5	6	37	12	3321	502	4022
Total	349	36	56	133	71	15946	2070	18661

(1) Fausse couche ou mort fœtale in utero.

(2) Interruption médicale de grossesse Attestation en vue d'une IMG délivrée par un autre CPDPN

(3) Interruption volontaire de grossesse réalisée dans un autre centre ou à l'étranger

(4) [J0-J7]

(5) [J8-J28]

Tableau CPDPN3. Grossesses poursuivies avec une pathologie fœtale curable ou sans particulière gravité : évolution de la répartition des différentes issues de grossesses de 2018 à 2022

	2018		2019		2020		2021		2022	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
MFIU ⁽¹⁾	413	2,3	387	2,3	381	2,1	356	2,0	349	1,9
IMG ⁽²⁾	29	0,2	51	0,3	47	0,3	231	1,3	36	0,2
IVG ⁽³⁾	42	0,2	37	0,2	57	0,3	66	0,4	56	0,3
Mort néonatale précoce	146	0,8	159	0,9	131	0,7	151	0,8	133	0,7
Mort néonatale tardive	68	0,4	55	0,3	61	0,3	51	0,3	71	0,4
Enfant vivant à J28	12898	71,2	14358	84,0	14921	83,1	15046	83,4	15946	85,5
Issue de grossesse inconnue	4517	24,9	2050	12,0	2363	13,2	2150	11,9	2070	11,1
Total	18113	100,0	17097	100,0	17961	100,0	18051	100,0	18661	100,0

(1) Fausse couche ou mort fœtale in utero.

(2) Attestation en vue d'une IMG (Interruption médicale de grossesse pour motif fœtal) délivrée par un autre CPDPN.

(3) interruption volontaire de grossesse réalisée dans un autre centre ou à l'étranger

Dans la majorité des cas, une pathologie fœtale évaluée par le CPDPN comme curable ou sans particulière gravité ne fait pas l'objet d'une demande d'IMG par la femme une fois qu'elle a bénéficiées d'une information. Il arrive néanmoins que la femme fasse une demande d'IMG et que le CPDPN ne délivre pas d'attestation au regard de la pathologie fœtale qui ne répond pas aux critères prévus par la loi de bioéthique.³

³ Article L. 2213-1 du code de la santé publique

Cette situation est suivie dans le cadre du rapport d'activité comme une « non délivrance d'une attestation de particulière gravité en vue d'une IMG »

Il est important de rappeler que la délivrance d'une attestation de particulière gravité est réalisée à un moment précis de la grossesse. Ainsi, lorsqu'un CPDPN n'a pas délivré d'attestation de particulière gravité en vue d'une IMG, de nouveaux éléments lors de l'évolution de la grossesse peuvent conduire à la délivrance d'une telle attestation à un terme plus avancé de la grossesse.

Ce second avis peut avoir lieu y compris dans un autre CPDPN comme le prévoit les recommandations de bonnes pratiques⁴

Le nombre de « non délivrance d'une attestation de particulière gravité » par les CPDPN reste limité en 2022 (107) et représente une très faible fraction de l'activité globale des CPDPN soit 0,3%. Cette proportion est stable au cours des 5 dernières années, et correspondant environ à 0,1 grossesse pour 1000 naissances (Tableau CPDPN1).

La majorité des situations concernées sont en lien avec une situation fœtale de « malformation ou syndrome malformatifs » (35,5%) et une « indication maternelle » (36,4% ; 39/107).

En ne considérant que les indications fœtales (n=68), le contexte est majoritairement en relation avec des malformations ou un syndrome malformatif fœtal (56% ; 38/68) (Tableau CPDPN4). Les indications chromosomiques représentent 10,3% (7/68), comme les indications infectieuses. En cas d'indication infectieuse, c'est l'indication liée au CMV qui est majoritairement en cause (5/68)

Les données concernant les issues de grossesse montrent que 40,2% (43/107) des nouveau-nés sont vivants à J28 et 32,7% (35/107) de ces grossesses sont interrompues : soit dans le cadre d'une interruption volontaire de grossesse (IVG) réalisée dans un autre centre ou à l'étranger (n=28), soit d'une IMG après attestation délivrée par un autre CPDPN (n=7) (Tableau CPDPN4). Il existe une mort fœtale in utero dans 2,8% (3/107) et un décès néonatal dans 3,7% (4/107). L'issue de grossesse demeure inconnue pour 22 cas, soit 20,5%

⁴ 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.

Tableau CPDPN4. Demandes d'attestation en vue d'une IMG non délivrées par les CPDPN : répartition des issues de grossesse en fonction des pathologies en 2022

	Issue de grossesse							Total
	MFIU ⁽¹⁾	IMG ⁽²⁾	IVG ⁽³⁾	Mort néonatale précoce ⁽⁴⁾	Mort néonatale tardive ⁽⁵⁾	Enfant vivant à J28	Inconnue	
Malformations ou syndromes malformatifs	0	5	12	0	1	10	10	38
Indications chromosomiques	0	1	3	0	0	3	0	7
Indications géniques	0	0	0	0	0	0	0	0
Indications infectieuses	0	0	6	0	0	0	1	7
- dont infection à CMV	0	0	5	0	0	0	0	5
Autres indications fœtales ou indications inconnues	2	0	4	2	0	5	3	16
Indications maternelles	1	1	3	0	1	25	8	39
Total	3	7	28	2	2	43	22	107

(1) Fausse couche ou mort fœtale in utero.

(2) Attestation en vue d'une IMG délivrée par un autre CPDPN.

(3) interruption volontaire de grossesse réalisée dans un autre centre ou à l'étranger

(4) [J0-J7]

(5) [J8-J28]

GROSSESSES AVEC UNE PATHOLOGIE FŒTALE NON CURABLE OU DE PARTICULIERE GRAVITE

La loi de bioéthique distingue les situations où l'IMG a lieu soit pour indications fœtales, soit pour indications maternelles. L'article L. 2213-1 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 ». Dans ce chapitre sont considérées les attestations de particulière gravité délivrées pour motif fœtal ainsi que les grossesses poursuivies avec une pathologie fœtale qui aurait pu faire délivrer une attestation de particulière gravité.

En 2022, 18,4% (6 827/36 971) des femmes dont le dossier a été examiné durant la grossesse se sont vues délivrer une attestation de particulière gravité en vue d'une IMG par un CPDPN à la suite d'une demande d'IMG pour motif fœtal (Tableau CPDPN1). Il est à noter qu'il s'agit ici de l'enregistrement des attestations de particulière gravité en vue d'IMG délivrées par les CPDPN et non du nombre d'IMG effectivement réalisées. De plus, pour 1 940 femmes dont le dossier a été examiné durant la grossesse sur 36 971, soit 5,2%, la pathologie fœtale observée aurait pu faire autoriser une IMG, sans que la femme ne formule une telle demande (Tableau CPDPN1).

ATTESTATIONS DE PARTICULIERE GRAVITE DELIVREES POUR MOTIF FŒTAL

En 2022, 6 827 attestations de particulière gravité dans le cadre de pathologies fœtales ont été délivrées par les CPDPN. Elles représentent 9,4 grossesses pour mille naissances (Tableau CPDPN1), soit une part stable de l'activité.

La part des femmes dont le dossier a été examiné durant la grossesse pour laquelle une attestation de particulière gravité pour motif fœtal en vue d'une IMG a été délivrée par un CPDPN à la demande des femmes représente 18,4% (6 827/36 971), soit le chiffre le plus bas depuis 5 ans, et une baisse de 1,2% par rapport à 2021.

Plus de deux tiers des attestations sont délivrées avant 22 semaines d'aménorrhée (SA), et 88,2% avant 28 SA. Ces taux demeurent stables sur les 3 dernières années (Tableaux CPDPN5 et CPDPN7).

Les malformations ou syndromes malformatifs (44,6%) et les indications chromosomiques (42,8%) sont les deux indications majeures de la délivrance d'attestation de particulière gravité pour motif fœtal. Les trois autres indications (géniques, infectieuses, et autres causes fœtales) représentent respectivement 7,1%, 0,5% et 4,9% des cas (Tableau CPDPN 5, Figure 5). Cette répartition est stable dans le temps.

L'analyse de la répartition des indications par âge gestationnel au moment de la délivrance de l'attestation et de l'évolution depuis plus de 5 ans (Figure CPDPN4, Tableaux CPDPN5, CPDPN6 et CPDPN7) montre qu'avant 22 SA les indications chromosomiques sont majoritaires, représentant 59% des indications entre 15 SA et 21 SA. La part importante de diagnostics d'anomalie chromosomique fœtale avant 22 SA reflète notamment les diagnostics portés suite aux prélèvements invasifs fœtaux réalisés sur signes d'appels échographiques précoces, dont la mesure de clarté nucale $\geq 3,5$ mm, et sur le dépistage de la trisomie 21 proposé au 1^{er} trimestre de la grossesse.

Entre 22 SA et 27 SA, les malformations fœtales représentent 70,10% des situations. Ces malformations restent la première indication jusqu'au terme de la grossesse.

Depuis le recueil d'activité 2019 des CPDPN, les indications donnant lieu à des attestations de particulière gravité sont détaillées (Tableau CPDPN5). Des informations complémentaires sont également disponibles dans le rapport d'activité des laboratoires réalisant des examens prénataux de cytogénétique, génétique moléculaire et maladies infectieuses ([lien hypertexte chapitre DPN](#)).

Parmi les indications chromosomiques, la trisomie 21 est la plus fréquente, représentant 56,7% (1 656/2 925) des attestations en vue d'IMG pour motif chromosomique et 24,3% (1 656/6 827) de l'ensemble des attestations établies en vue d'une IMG. La plupart, 89,9% (1 488/1 656) des attestations sont établies avant 22SA.

Les trisomies 18 et 13 représentent respectivement 16,6% (485/ 2925) et 6,8% (199/2925) des attestations en vue d'IMG pour indication chromosomique.

Les autres anomalies chromosomiques déséquilibrées représentent 10,4% (303/ 2925) des indications.

Les maladies géniques (tableau CPDPN5) à l'origine d'attestations de particulière gravité en vue d'une IMG sont caractérisées par une grande hétérogénéité. Une dizaine de maladies monogéniques sont à l'origine chacune d'au moins 10 attestations de particulière gravité dans l'année, au premier rang desquelles le syndrome de l'X-fragile, l'achondroplasie, la mucoviscidose et la drépanocytose avec respectivement 34, 29, 28 et 27 attestations en vue d'IMG (soit 7%, 6%, 5,8% et 5,5%).

Les « autres affections géniques », non détaillées, représentent 49,4% (241/487) des attestations délivrées pour pathologie génique, part qui poursuit sa progression (40% en 2020, 44,4% en 2021). Cette évolution semble refléter l'accès progressif aux nouvelles technologies utilisées pour le diagnostic génétique fœtal en période anténatale, et notamment l'utilisation progressive d'examens de séquençage « moins ciblés » (panel de gènes dédié ou d'exome fœtal).

« L'indication génique » pour la délivrance de l'attestation de particulière gravité représente 14,6% des indications après 32 SA, environ 10% avant 14 SA (9,6%) et entre 28 et 31 SA (9,5%), et proche de 5% entre 15-27 SA (Figure CPDPN4). Après 22 SA, 62,4% des attestations délivrées dans l'indication pathologie génique le sont pour « autres affections géniques » (103/165), alors qu'elles ne représentent que 37,3% avant 14 SA.

La part des causes infectieuses continue à diminuer, ne représentant plus que 0,5% en 2022, contre 1,1% en 2018. Elles sont majoritairement représentées par les infections à CMV (29/37), soit 78% des infections congénitales. La part des infections toxoplasmiques, au nombre de 6 en 2022, soit 16% des causes infectieuses, a doublé par rapport à 2021, contrastant avec la baisse régulière observée depuis 2017

(tableaux CPDPN 5, 6,7). Néanmoins cette augmentation est à analyser au regard de la petite taille de l'effectif. Cette tendance sera à surveiller dans le cadre des prochains rapports.

Concernant les causes malformatives fœtales, elles représentent 44,6% des attestations de particulière gravité délivrées pour motif fœtal (3 045/6 827) et le sont pour 83,5% avant 28 SA.

Les syndromes polymalformatifs conduisent à 21,5% (655/3 045) des attestations. Les malformations cérébrales, cardiaques, crâniennes et rachidiennes en représentent respectivement 15,6%, 12,6% et 11,5%. Cette répartition demeure identique à celle des années précédentes (tableaux CPDPN 5, 6,7).

Le recueil d'information sur le suivi des grossesses après délivrance d'une attestation de particulière gravité pour motif fœtal, indique qu'une IMG est effectivement réalisée dans 96,8% (6 607/6 827) des grossesses (tableau CPDPN8). Un geste d'arrêt circulatoire avant IMG est alors pratiqué dans 36% (2 372/6 607) des cas.

Une IMG n'est pas réalisée dans 1,8% des cas (124/6 827 des cas), pour lesquels une attestation de particulière gravité a été délivrée pour motif fœtal. Ce chiffre reste stable par rapport à 2021 (120 IMG non réalisées, soit 1,7%) et ce point fera l'objet d'un suivi.

Enfin, l'issue de la grossesse n'est pas connue du CPDPN dans 1,4% (96/6 827). Cette proportion est en augmentation par rapport 2021 (67/7 222), et est la plus élevée depuis 2019. Cet indicateur doit être suivi.

Tableau CPDPN5. Attestations de particulière gravité délivrées pour motif fœtal : répartition de l'âge gestationnel au moment de la délivrance de l'attestation en fonction des pathologies fœtales en 2022

	≤14SA	15-21SA	22-27SA	28-31SA	≥32SA	Total
Chromosomiques						
Trisomie 21	451	1037	116	28	24	1656
Trisomie 18	205	219	47	7	7	485
Autres anomalies déséquilibrées	33	105	84	44	37	303
Trisomie 13	86	90	18	4	1	199
45,X	71	58	3	2	1	135
Triploïdies	28	48	8	1	1	86
Del 22q	5	17	14	12	9	57
47,XXY	2	0	1	0	0	3
47,XYY et autres dysgonosomies	0	1	0	0	0	1
47,XXX	0	0	0	0	0	0
Total	881	1575	291	98	80	2925
Géniques						
Autres affections génique	68	70	46	21	36	241
Syndrome de l'X-fragile	18	14	1	0	1	34
Achondroplasie	3	3	4	6	13	29
Mucoviscidose	10	7	5	4	2	28
Drépanocytose	11	11	4	1	0	27
Maladies héréditaires du métabolisme	13	5	1	0	0	19
Neurofibromatose de type 1	14	1	0	0	0	15
Sclérose tubéreuse de Bourneville	1	2	3	2	6	14
Amyotrophie spinale	6	6	0	0	0	12
Dystrophie myotonique de Steinert	3	4	2	1	0	10
Maladie de Huntington	9	1	0	0	0	10
Myopathie de Duchenne et Becker	4	4	0	1	0	9
Adrénoleucodystrophie	5	3	0	0	0	8
Hémophilie	6	1	0	0	0	7
Polykystose rénale	3	1	1	1	0	6
Béta-Thalassémie	1	4	0	0	0	5
Maladie de Charcot-Marie-Tooth	5	0	0	0	0	5
Rétinoblastome	2	2	0	0	0	4
Syndrome de Prader-Willi/Angelman	0	0	2	0	1	3
Prédisposition au cancer (autre que NF1)	0	1	0	0	0	1
Total	182	140	69	37	59	487
Infectieuses						
Infection congénitale à CMV	0	3	16	3	7	29
Infection congénitale au toxoplasme	1	0	3	1	1	6
Infection congénitale au virus Zika	0	0	1	0	0	1
Infection congénitale à autre virus	0	0	0	1	0	1

Infection congénitale à Parvovirus B19	0	0	0	0	0	0
Infection congénitale au virus de la rubéole	0	0	0	0	0	0
Infection congénitale au virus VZV	0	0	0	0	0	0
Total	1	3	20	5	8	37
Malformations ou syndromes malformatifs						
Syndrome polymalformatif	185	192	178	46	54	655
Malformations cérébrales	67	64	150	73	121	475
Malformations cardiaques	7	85	229	34	28	383
Malformations crâniennes et rachidiennes	270	42	25	8	4	349
Anomalies de fermeture du tube neural hors crâne	43	87	166	15	8	319
Malformations des reins, des voies excrétrices et génitales	27	95	77	21	14	234
Anomalies du squelette et des extrémités	32	48	44	8	14	146
Autres malformations ou syndromes malformatifs	53	44	21	4	5	127
RCIU sévère précoce	4	26	80	12	1	123
Anasarque inexplicé	52	26	8	1	3	90
Malformations de la paroi abdominale et du diaphragme	34	16	22	10	4	86
Malformations de la face	1	7	7	6	2	23
Anomalies digestives	3	3	5	1	2	14
Malformations thoraciques et pulmonaires	0	4	8	1	0	13
Tumeurs	2	0	4	2	0	8
Total	780	739	1024	242	260	3045
Autres indications						
Ruptures prématurées des membranes	13	179	32	0	0	224
Autres	36	34	24	6	9	109
Total	49	213	56	6	9	333
Total des indications fœtales						
Total	1893	2670	1460	388	416	6827

Tableau CPDPN6. Attestations de particulière gravité délivrées pour motif fœtal : évolution de la répartition des indications de 2018 à 2022⁽¹⁾

	2018		2019		2020		2021		2022	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Malformations ou syndromes malformatifs	2912	43,1	3057	43,2	3137	43,8	3129	43,3	3045	44,6
Indications chromosomiques	2767	41,0	3146	44,5	3139	43,8	3206	44,4	2925	42,8
Indications géniques	482	7,1	461	6,5	506	7,1	513	7,1	487	7,1
Indications infectieuses	72	1,1	73	1,0	66	0,9	47	0,7	37	0,5
Autres indications fœtales ou indications inconnues	522	7,7	332	4,7	318	4,4	333	4,6	333	4,9
Total	6755	100,0	7069	100,0	7166	100,0	7228	100,0	6827	100,0

(1) En 2019, le recueil des indications a été modifié, les évolutions entre les deux périodes sont à interpréter avec prudence.

Figure CPDPN4. Attestations de particulière gravité délivrées pour motif fœtal : répartition des indications par âge gestationnel au moment de la délivrance de l'attestation en 2022

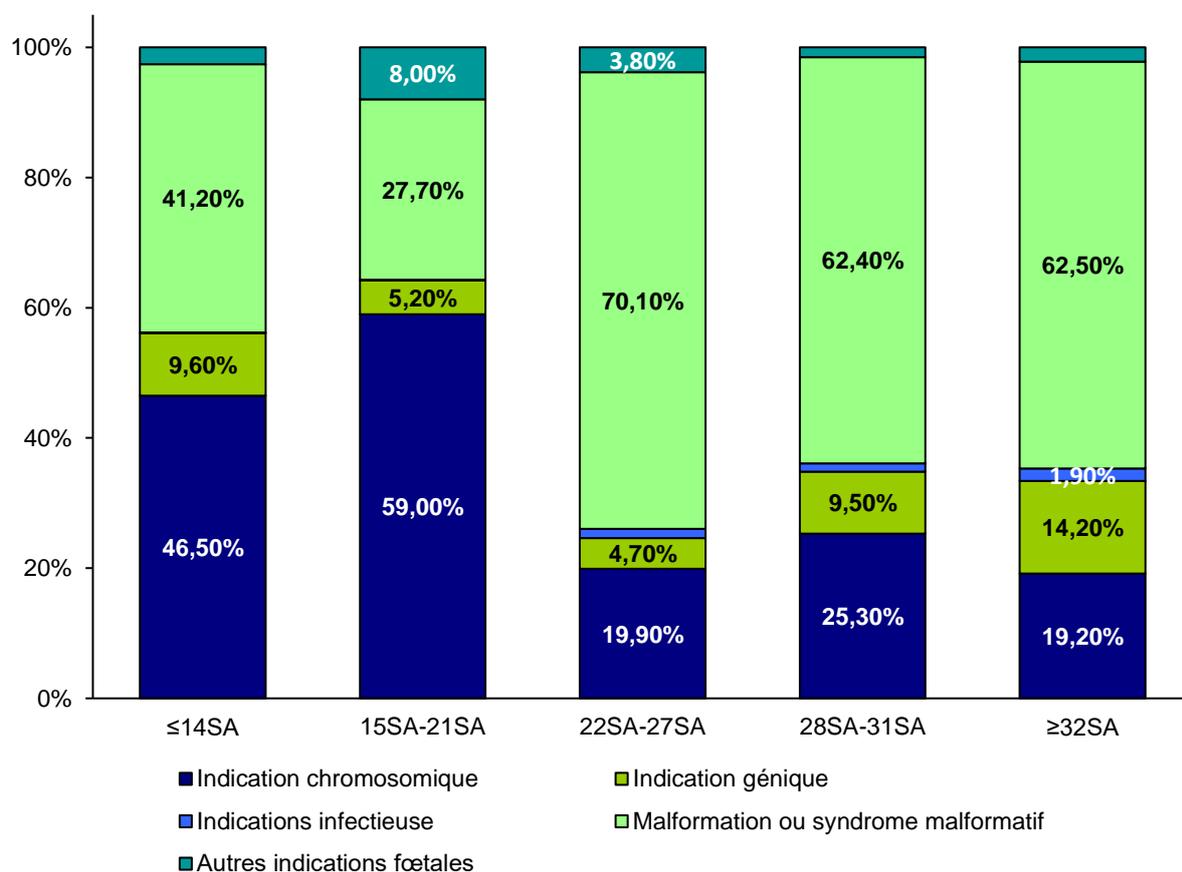


Tableau CPDPN7. Attestations de particulière gravité délivrées pour motif fœtal : évolution de la répartition des âges gestationnels au moment de la délivrance de l'attestation de 2018 à 2022

	2018		2019		2020		2021		2022	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
≤14 SA	1844	27,3	1919	27,1	2079	29,0	2105	29,1	1893	27,7
15 SA - 21 SA	2592	38,4	2826	40,0	2754	38,4	2792	38,6	2670	39,1
22 SA - 27 SA	1507	22,3	1449	20,5	1494	20,8	1479	20,5	1460	21,4
28 SA - 31 SA	404	6,0	455	6,4	425	5,9	446	6,2	388	5,7
≥32 SA	408	6,0	420	5,9	414	5,8	406	5,6	416	6,1
Total	6755	100,0	7069	100,0	7166	100,0	7228	100,0	6827	100,0

Tableau CPDPN8. Attestations de particulière gravité délivrées pour motif fœtal : suivi des grossesses après délivrance de l'attestation en 2022

Nombre d'attestations délivrées	6827
Nombre d'IMG réalisées	6607
• Avec geste d'arrêt circulatoire avant IMG	2372
• Sans geste d'arrêt circulatoire avant IMG	4114
• Réalisation ou non d'un geste d'arrêt circulatoire avant IMG non précisée	121
Nombre d'IMG non réalisées ⁽¹⁾	124
Nombre d'issues de grossesses inconnues	96

⁽¹⁾ Inclus les morts fœtales in utero avant IMG, les changements d'avis de la femme ou du couple

GROSSESSES POURSUIVIES AVEC UNE PATHOLOGIE FŒTALE QUI AURAIT PU FAIRE DELIVRER UNE ATTESTATION DE PARTICULIERE GRAVITE

En 2022, 1 952 grossesses ont été poursuivies avec une pathologie fœtale grave pour laquelle le CPDPN aurait pu délivrer, au regard de son évaluation, une attestation de particulière gravité ouvrant la possibilité d'une IMG, si les femmes en avaient fait la demande, (Tableau CPDPN9).

Cette situation dont la part tend à augmenter au cours de ces dernières années (Tableau CPDPN1, tableau CPDPN10) est de 5,3% des grossesses vues au CPDPN en 2022 (4,9% en 2021). Elle représente en 2022, 2,7‰ des naissances soit la part la plus importante depuis ces 5 dernières années (2,1‰ en 2018).

Les syndromes malformatifs représentent 63% de ces situations et les anomalies chromosomiques 23,6%.

Dans la moitié des cas (53,8%), le nouveau-né est vivant au 28e jour après sa naissance (Tableau CPDPN10 et Figure CPDPN5). Nous ne disposons pas d'information sur le type de prise en charge du nouveau-né à la naissance, ni sur son devenir. Les issues létales in utero ou décès néonataux (morts fœtales in utero et les morts néonatales précoces et tardives), représentent 34,4% des issues de ces grossesses, un chiffre stable par rapport à 2021. On note par ailleurs une tendance à l'augmentation de la part des morts néonatales tardives (2,9% en 2018 versus 3,8% en 2022).

La part d'interruption de grossesse, soit dans le cadre d'une IMG secondaire à une attestation délivrée par un autre CPDPN, soit d'une IVG, interruption volontaire de grossesse réalisée dans un autre centre, ou à l'étranger, est de 2%, le chiffre le plus bas de ces 5 dernières années.

Le nombre d'issues de grossesses inconnues (9.7%) reste important en 2022, malgré une amélioration par rapport au recueil de 2021 (11,6%). Il souligne les difficultés de suivi du devenir de la grossesse dans cette situation.

Tableau CPDPN9. Grossesses poursuivies avec une pathologie fœtale qui aurait pu faire délivrer une attestation en vue d'une IMG : répartition des issues de grossesse en fonction des pathologies en 2022

	Issue de grossesse							Total
	MFIU ⁽¹⁾	IMG ⁽²⁾	IVG ⁽³⁾	Mort néonatale précoce ⁽⁴⁾	Mort néonatale tardive ⁽⁵⁾	Enfant vivant à J28	Inconnue	
Malformations ou syndromes malformatifs	221	14	13	161	50	633	137	1229
Indications chromosomiques	97	3	6	50	12	261	32	461
Indications géniques	8	2	0	11	7	108	9	145
Indications infectieuses	3	1	1	0	0	10	1	16
Autres indications fœtales ou indications inconnues	34	0	0	13	5	38	11	101
Total	363	20	20	235	74	1050	190	1952

(1) Fausse couche ou mort fœtale in utero.

(2) Attestation en vue d'une IMG délivrée par un autre CPDPN.

(3) interruption volontaire de grossesse réalisée dans un autre centre ou à l'étranger

(4) [J0-J7]

(5) [J8-J28]

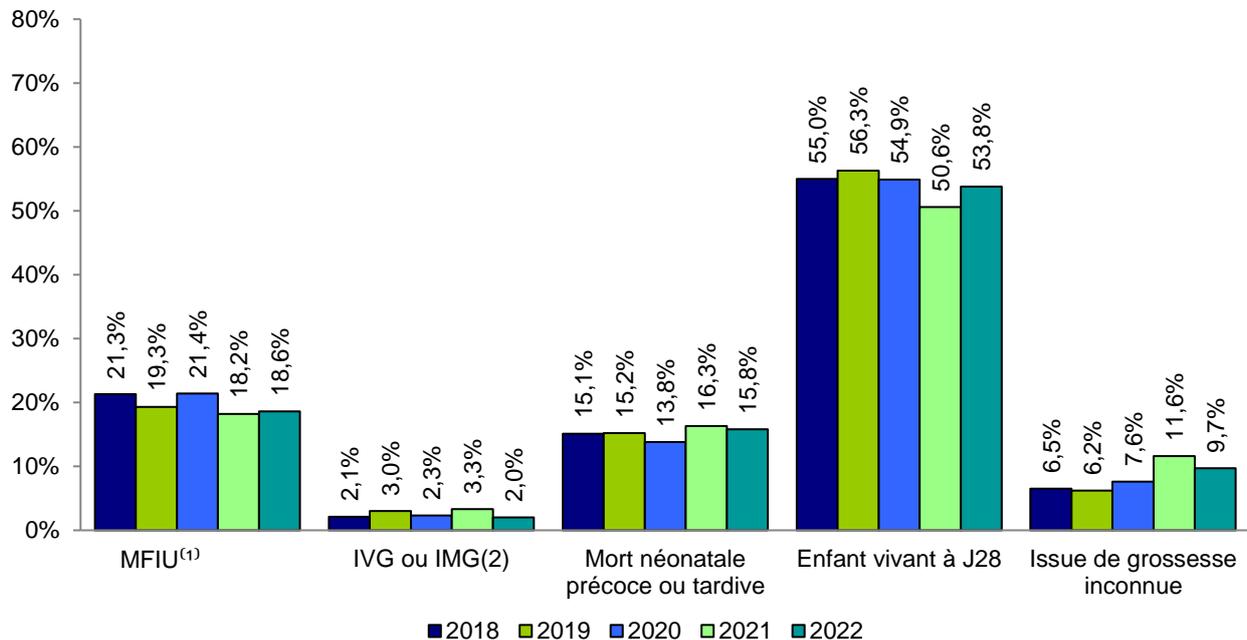
Tableau CPDPN10. Grossesses poursuivies avec une pathologie fœtale qui aurait pu faire délivrer une attestation en vue d'une IMG : évolution de la répartition des différentes issues de grossesses de 2018 à 2022

	2018		2019		2020		2021		2022	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
MFIU ⁽¹⁾	338	21,3	350	19,4	414	21,4	333	18,2	363	18,6
IVG ou IMG ⁽²⁾	34	2,1	55	3,0	45	2,3	61	3,3	40	2,0
Mort néonatale précoce	193	12,2	217	12,0	208	10,7	237	13,0	235	12,0
Mort néonatale tardive	46	2,9	58	3,2	60	3,1	61	3,3	74	3,8
Enfant vivant à J28	873	55,0	1014	56,1	1065	54,9	926	50,6	1050	53,8
Issue de grossesse inconnue	103	6,5	114	6,3	147	7,6	212	11,6	190	9,7
Total	1587	100,0	1808	100,0	1939	100,0	1830	100,0	1952	100,0

(1) Fausse couche ou mort fœtale in utero.

(2) Attestation en vue d'une IMG délivrée par un autre CPDPN.

Figure CPDPN5. Grossesses poursuivies avec une pathologie fœtale qui aurait pu faire délivrer une attestation en vue d'une IMG : évolution de la part de chaque type d'issue de grossesse de 2018 à 2022



ATTESTATIONS DE PARTICULIERE GRAVITE DELIVREES POUR MOTIF MATERNEL

En 2022, 339 attestations de particulière gravité autorisant l'IMG pour motif maternel ont été déclarées (Tableau CPDPN1). Cette information pourrait ne pas être collectée de manière exhaustive dans la mesure où ces décisions ne sont pas toujours prises dans le cadre d'un CPDPN. Elles sont délivrées par une équipe comprenant « au moins un médecin qualifié en gynécologie-obstétrique, membre d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal, un praticien spécialiste de l'affection dont la femme est atteinte, un médecin ou une sage-femme choisis par la femme et une personne qualifiée, tenue au secret professionnel, qui peut être un assistant social ou un psychologue⁵. Néanmoins, l'arrêté de bonnes pratiques⁶ précise que la décision doit être transmise au CPDPN. Le manque d'exhaustivité peut également être lié aux situations d'urgence obstétricale pour lesquelles le pronostic vital de la femme est en jeu.

L'analyse des indications ayant conduit à la délivrance de l'attestation (Tableau CPDPN11) montre que près de la moitié des situations sont en lien avec une détresse psychologique sans anomalie fœtale (44,5%). Les pathologies liées à la grossesse représentent 26,8% des attestations et les pathologies maternelles (hors psychiatrie) pré-conceptionnelles ou diagnostiquées en cours de grossesse 20,3%.

Ces attestations de particulière gravité ont été délivrées après 28 SA dans 9,2% des cas, dont 6,8% des cas entre 28-31SA, (Tableau CPDPN12). Bien que faible, cette part a doublé par rapport aux données de 2021, et constitue un indicateur à surveiller.

A partir du recueil de l'activité 2019 des CPDPN, l'information relative au suivi des grossesses après délivrance d'une attestation de particulière gravité pour motif maternel est disponible (tableau CPDPN13). Une IMG est réalisée dans 97,7% (331/339) des situations où une attestation de particulière gravité a été

⁵ Article L2213-1 du code de la santé publique

⁶ 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.

développée pour motif maternel. Une IMG n'est pas pratiquée dans 1,8% (6/339) des situations, situation incluant un changement d'avis de la femme ou une mort fœtale in utero avant le geste d'IMG. L'issue de grossesse n'est pas connue dans 0,59% (2/339) des situations.

Tableau CPDPN11. Attestations de particulière gravité délivrées pour motif maternel : répartition des indications au moment de la délivrance de l'attestation en 2022

	Attestations de particulière gravité délivrées pour motif maternel	
	N	%
Détresses psychologiques sans anomalie fœtale	151	44,5
Pathologies liées à la grossesse	91	26,8
Pathologies en cours de grossesse (hors psychiatrie)	35	10,3
Pathologies pré-conceptionnelles (hors psychiatrie)	34	10,0
Détresses psychologiques dans le contexte d'une anomalie fœtale	13	3,8
Autres indications maternelles	9	2,7
Pathologies psychiatriques pré-conceptionnelles	4	1,2
Pathologies psychiatriques découvertes en cours de grossesse	2	0,6
Total	339	100,0

Tableau CPDPN12. Attestations de particulière gravité délivrées pour motif maternel : évolution de la répartition des âges gestationnels au moment de la délivrance de l'attestation de 2018 à 2022

	2018		2019		2020		2021		2022	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
≤14 SA	82	23,9	68	23,4	55	15,2	55	14,4	44	13,0
15 SA - 21 SA	159	46,4	129	44,3	202	55,6	188	49,3	149	44,0
22 SA - 27 SA	95	27,7	81	27,8	90	24,8	121	31,8	115	33,9
28 SA - 31 SA	4	1,2	9	3,1	10	2,8	12	3,1	23	6,8
≥32 SA	3	0,9	4	1,4	6	1,7	5	1,3	8	2,4
Total	343	100,0	291	100,0	363	100,0	381	100,0	339	100,0

Tableau CPDPN13. Attestations de particulière gravité délivrées pour motif maternel : suivi des grossesses après délivrance de l'attestation en 2022

Nombre d'attestations délivrées	339
Nombre d'IMG réalisées	331
• Avec geste d'arrêt circulatoire avant IMG	146
• Sans geste d'arrêt circulatoire avant IMG	185
• Réalisation ou non d'un geste d'arrêt circulatoire avant IMG non précisée	0
Nombre d'IMG non réalisées ⁽¹⁾	6
Nombre d'issues de grossesses inconnues	2

(1) Inclus les morts fœtales in utero avant IMG, les changements d'avis de la femme ou du couple.

AUTRES GROSSESSES

Sont incluses dans ce chapitre toutes les grossesses non répertoriées dans les autres catégories :

- Les grossesses pour lesquelles l'examen du dossier a confirmé l'absence de pathologie fœtale (demande d'avis sur prise médicamenteuse, surveillance rassurante à la suite d'une situation à la limite de la physiologie...);
- Les grossesses pour lesquelles l'examen du dossier n'a pas permis de confirmer ou d'éliminer une pathologie fœtale (par exemple investigations complémentaires en cours au moment de la survenue de l'issue de grossesse);
- Les grossesses des femmes vues pour une pathologie maternelle ou obstétricale.

Il convient, cependant, de mentionner qu'il est difficile d'identifier l'ensemble des situations qui pourraient entrer dans cette dernière catégorie, qui de ce fait, est probablement non exhaustive.

En 2022, cette catégorie concerne 24,9% des grossesses (9 170/36 971) versus 25,4% en 2021 de l'activité des CPDPN (Tableau CPDPN1). Ainsi, l'augmentation observée en 2021 (22,3% en 2020 versus 25,4% en 2021) s'est stabilisée en 2022. Un travail avec les CPDPN va être mené afin de limiter l'utilisation de la catégorie « autres grossesses ».

Tableau CPDPN14. Autres grossesses : nombre de femmes dont le dossier a été examiné pour la première fois⁽¹⁾ de 2018 à 2022

	2018	2019	2020	2021	2022
Nombre de femmes pour lesquelles l'examen du dossier n'a pas permis de confirmer ou d'infirmier une pathologie avérée ou conclu à l'absence de pathologie	6926	7979	7917	9414	9170

(1) Nombre de fœtus avant 2020

ACTIVITES TECHNIQUES EN MEDECINE FŒTALE

Les CPDPN rapportent les activités techniques en médecine fœtale, réalisées dans leur établissement uniquement. Ces données ne représentent donc pas l'ensemble de ces activités réalisées en 2022 en France. Cependant, les CPDPN sont à l'origine d'une partie importante des prescriptions d'actes techniques de médecine fœtale, et les tendances observées donnent une indication de l'évolution générale. Par ailleurs, ces actes techniques reflètent également le niveau d'expertise des établissements auxquels les centres sont rattachés.

Les réductions embryonnaires ont fait l'objet d'une évolution dans le cadre de la loi de bioéthique du 2 août 2021 (article L2231-1). Dans ce rapport d'activité, ont été recueillis les actes thérapeutiques de type réduction embryonnaire réalisés sur site du CPDPN, par les membres du CPDPN, y compris ceux réalisés chez des femmes dont le dossier n'a pas été présenté en réunion pluridisciplinaire.

L'activité d'échographie diagnostique, initiale et de suivi, représente 102 980 actes en 2022 (Tableau CPDPN15). L'évolution de cette donnée est fluctuante ces 5 dernières années, un travail d'amélioration de la compréhension de cet indicateur est réalisé en lien avec les CPDPN. On dénombre en moyenne 2,8 échographies pour chaque femme vue au CPDPN pendant sa grossesse. Il est noté une légère augmentation de la part des échographies initiales (52,5%) comparées aux échographies de suivi d'une anomalie fœtale (Tableau CPDPN15), alors qu'elles se répartissaient de façon égale jusqu'alors.

Les actes d'imagerie fœtale « autres » sont majoritairement représentés par l'échographie cardiaque fœtale, avec 10 316 échographies cardiaques fœtales réalisées en 2022, en baisse par rapport à 2020 et 2021, et proche des chiffres de 2019. L'IRM et l'imagerie post-mortem représentent respectivement 3 974 et 3 549 actes en 2022 (Tableau CPDPN16). Le scanner ne représente logiquement que 1,8% des actes d'imageries fœtales.

Concernant les actes techniques (Tableau CPDPN17), 14 932 prélèvements à visée diagnostique ou pronostique ont été réalisés, et 1 458 gestes à visée thérapeutique.

Alors que la tendance était à l'augmentation des prélèvements fœtaux à visée diagnostique ou pronostique en 2021, elle a diminué en 2022 de -2,4% par rapport à 2021. Durant la même période, le nombre de femmes vues en CPDPN durant la grossesse n'a pas changé. Cette diminution porte essentiellement sur les

choriocentèses avec une diminution du nombre de 600 prélèvements par rapport à 2021 (-12%), contrastant avec une augmentation du nombre d'amniocentèses de 300 (+3%). La répartition des prélèvements est la suivante : amniocentèses : 66,8%, choriocentèses : 30,1%, cordocentèses : 1,6%. Une enquête auprès des CPDPN sera proposée afin de préciser les causes de ces changements. Une diminution des prélèvements a été également mentionnée au sein du rapport d'activité DPN des laboratoires de cytogénétique de 2022 (rapport accessible via le lien [lien hypertexte rapport DPN](#)).

Le nombre total des gestes à visée thérapeutique est en diminution avec 1458 actes (1672 en 2021), ce qui confirme la tendance observée depuis 2020. En détails, la diminution en 2022 concerne notamment les drainages amniotiques (-117), l'utilisation du laser (-43) et les transfusions in utero (-167). Par ailleurs certains gestes à visée thérapeutique augmentent depuis 2018 (chirurgie fœtale par fœtoscopie, exit procédure et autres drainages) (tableau CPDPN17). La part de l'utilisation du laser diminue depuis 5 ans. Ces indicateurs seront suivis lors des prochains rapports.

Le nombre de réductions embryonnaires est recensé depuis 2019. En 2022 cette activité représente 8,6% des gestes à visée thérapeutique, soit 126/1458.

Le nombre global d'examens fœto-pathologiques réalisés sur le site du CPDPN pour des fœtus dont le dossier a été examiné par le CPDPN, est en diminution, au plus bas depuis 5 ans, avec 3 357 examens 2022 (Tableau CPDPN18). Parmi l'ensemble des examens fœto-pathologiques, la proportion d'examens réalisés à la suite d'une IMG reste stable (58%), après une diminution ces dernières années. La part des examens réalisés à la suite d'un accouchement d'un enfant vivant et décédé en période néonatale précoce, augmente à 4,7% (2,8% en 2021), et celle du nombre d'examens réalisés à la suite d'une mort fœtale diminue à 34% (38,6% en 2021). Ces indicateurs seront suivis, afin de confirmer ou non ces tendances.

Parmi les 48 établissements dans lesquels un CPDPN est autorisé, 44 ont indiqué avoir réalisé des examens de fœtopathologie en 2022.

Tableau CPDPN15. Evolution du nombre d'échographies fœtales de diagnostic⁽¹⁾ réalisées dans les établissements des CPDPN de 2018 à 2022

	2018	2019	2020	2021	2022
Echographies de diagnostic pour confirmer ou infirmer une anomalie foetale	50285	48952	48722	53459	54065
Echographies de diagnostic pour suivre l'évolution d'une anomalie foetale	50979	47911	48746	51557	48915
Nombre total d'échographies de diagnostic⁽²⁾	101778	96863	97468	105016	102980

(1) Echographies diagnostiques telles que définies par l'Arrêté du 20 avril 2018 fixant les recommandations de bonnes pratiques relatives aux modalités de réalisation des examens d'imagerie concourant au diagnostic prénatal et aux modalités de prise en charge des femmes enceintes et des couples lors de ces examens.

Tableau CPDPN16. Evolution des examens d'imageries autres que les échographies effectuées en médecine fœtale sur le site des CPDPN⁽¹⁾ de 2018 à 2022

	2018	2019	2020	2021	2022
Echographie cardiaque fœtale	9489	10103	10801	10759	10316
IRM	3692	3782	3835	3811	3974
Imagerie post-mortem	3960	3324	3597	3948	3549
Scanner	412	442	413	415	335
Autre	23	16	-	44	-
Total	17576	17667	18646	18977	18174

(1) Il s'agit des activités techniques réalisées par les CPDPN dans l'établissement ou les différents sites qui figurent nominativement dans leur autorisation.

Tableau CPDPN17. Evolution du nombre d'actes techniques effectués en médecine fœtale sur le site des CPDPN⁽¹⁾ de 2018 à 2022

	2018	2019	2020	2021	2022
Prélèvements à visée diagnostique ou pronostique	-	-	-	-	-
Amniocentèses	9661	9320	9597	9670	9970
Choriocentèses	5070	4809	4908	5253	4619
Cordocentèses	404	427	350	285	243
Autres	130	122	141	90	100
Total	15265	14678	14996	15298	14932
Gestes à visée thérapeutique	-	-	-	-	-
Drainages amniotiques	548	527	520	586	469
Laser	247	351	255	215	172
• pour grossesse gémellaire compliquée du syndrome transfuseur transfusé	-	314	246	201	164
• pour une autre indication (hors interruption sélective de grossesse)	-	37	9	14	8
Transfusions in utero	205	164	238	225	167
• pour allo-immunisation fœto-maternelle	125	126	175	166	123
• pour autre motif	80	38	63	59	44
Amnio-infusions ou injections intra-amniotiques	192	123	159	74	102
Autres drainages (pleuraux, urinaires, péritonéaux, autres)	137	164	205	133	181
• ponction d'organe	-	91	135	69	104
• pose de drain	-	73	70	64	77
Exit procédure	10	16	12	10	19
Chirurgie fœtale par fœtoscopie	13	22	16	33	38
Chirurgie fœtale à ciel ouvert	5	5	2	3	2
Réduction embryonnaire	-	144	140	151	126
Interruptions sélectives de grossesse ⁽²⁾	209	176	177	207	155
Autres	53	18	26	35	27
Total	1372	1710	1750	1672	1458

(1) Il s'agit des activités techniques réalisées par les CPDPN dans l'établissement ou les différents sites qui figurent nominativement dans leur autorisation.

(2) Pour anomalie fœtale jusqu'en 2016, quelle que soit l'indication à partir de 2017.

Tableau CPDPN18. Evolution du nombre d'examens fœtopathologiques réalisés sur le site du CPDPN⁽¹⁾ pour des fœtus dont le dossier a été examiné par le CPDPN de 2018 à 2022

	2018	2019	2020	2021	2022
Nombre d'examens à la suite d'une IMG	2411	2204	2103	2124	2042
Nombre d'examens à la suite d'une mort fœtale	1244	1218	1342	1414	1144
Nombre d'examens à la suite d'un accouchement d'un enfant vivant et décédé en période néonatale précoce [J0 à J7]	98	108	158	104	157
Nombre d'examens à la suite d'un accouchement d'un enfant vivant et décédé en période néonatale tardive [J8 à J28]	38	48	25	18	14

(1) Il s'agit des activités techniques réalisées par les CPDPN dans l'établissement ou les différents sites qui figurent nominativement dans leur autorisation.