



Conseil Scientifique
Domaine de la Santé



TRANSFERT INTER- HOSPITALIER DE LA FEMME ENCEINTE - TRANSFERT IN UTERO

**RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE
MÉDICALE**

2 0 2 5

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES.....	2
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	3
MOTS-CLÉS.....	3
1. INTRODUCTION.....	4
1.1. Définitions.....	4
1.1.1 <i>Le transfert in utero</i>	4
1.1.2 <i>La prématurité</i>	4
1.2. Cadre et objectifs de la recommandation	5
1.3. Données épidémiologiques	5
1.3.1 <i>En Europe</i>	5
1.3.2 <i>Au Grand-Duché de Luxembourg</i>	6
2. GRADES DE RECOMMANDATION ET NIVEAUX D'ÉVIDENCE	8
2.1. Les grades de recommandation du Conseil scientifique	8
2.2. Les niveaux d'évidence scientifique.....	9
3. LES PRINCIPES D'ORGANISATION DES TRANSFERTS IN UTERO	9
3.1. Les transferts nationaux	9
3.2. Les transferts internationaux	9
3.3. Définition du rôle de chaque intervenant	10
3.4. Choix de l'établissement receveur.....	10
3.5. Choix du mode de transport	11
3.6. Conditions générales de transport lors d'un transfert in utero	11
4. ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE LA MÈRE ET DU FŒTUS EN VUE D'UN TRANSFERT IN UTERO.....	12
5. PATHOLOGIES OBSTÉTRICALES ET FŒTALES POUVANT JUSTIFIER UN TRANSFERT IN UTERO.....	13
6. CONTRE-INDICATIONS GÉNÉRALES À UN TRANSFERT IN UTERO	15
6.1. Contre-Indications maternelles	15
6.2. Contre-Indications fœtales.....	15
7. BIBLIOGRAPHIE	15
8. GROUPE DE TRAVAIL.....	17

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AVC	Accident vasculaire cérébral (ischémique ou hémorragique)
CGDIS	Corps grand-ducal d'incendie et de secours
CHdN	Centre hospitalier du Nord (Ettelbruck)
CHEM	Centre hospitalier Emile Mayrisch (Esch-sur-Alzette)
CHL	Centre hospitalier de Luxembourg (Luxembourg)
CNS	Caisse nationale de santé
CS	Conseil scientifique du domaine de la santé
HAS	Haute Autorité de Santé (France)
HELLP syndrome	Hemolysis, elevated liver enzymes and low platelet count syndrome (syndrome d'hémolyse, cytolyse hépatique et thrombopénie)
HRS	Hôpitaux Robert Schuman (Kirchberg)
IV	Voie intraveineuse
MAP	Menace d'accouchement prématuré
NN	Nouveau-né
RCF	Rythme cardiaque fœtal
RCIU	Retard de croissance intra utérin
SA	Semaines d'aménorrhée
TIU	Transfert in utero

MOTS-CLÉS

- Transfert in utero
- Accouchement
- Obstétrique
- Accouchement prématuré
- Néonatalogie
- Menace d'accouchement prématuré

Messages-clés

- La décision d'un transfert in utero (TIU), le moment opportun pour le mettre en œuvre, le choix de l'établissement receveur et les conditions du transport doivent être discutés au cas par cas en fonction de l'état de la mère et du fœtus.
- Les modalités du TIU doivent être choisies en concertation pluridisciplinaire entre le gynécologue -obstétricien.ne et l'équipe ayant pris en charge la patiente, l'équipe du central du 112 et l'équipe qui prendra en charge la patiente et l'enfant dans l'établissement receveur (comprenant notamment le gynécologue-obstétricien et le service de néonatalogie).
- La décision du TIU et le choix de ses modalités doivent être établis de manière à garantir l'absence de risque pour la mère, l'enfant à naître et le personnel accompagnant durant le transport.

1. INTRODUCTION

1.1. Définitions

1.1.1 Le transfert in utero

Le transfert in utero (TIU) consiste à transférer une femme enceinte d'un service hospitalier spécialisé en obstétrique vers un autre établissement hospitalier disposant d'un service d'obstétrique, et ce, avant l'accouchement.

La raison de ce transfert est principalement une complication ou une pathologie maternelle et/ou fœtale ne pouvant pas être prises en charge de manière optimale dans l'établissement actuel.

Comme souligné par la Haute autorité de santé (HAS) en France, le TIU est donc indiqué « dès qu'il existe une inadéquation entre la structure d'hospitalisation d'une femme enceinte et la pathologie qu'elle ou son fœtus présente ». (1)

Les risques encourus par la mère et l'enfant lors d'un transfert doivent être évalués avant la prise de décision, ce qui nécessite qu'un diagnostic précis soit établi au préalable. En cas de contre-indication au TIU, un transfert en urgence du nouveau-né (NN) avec, éventuellement assistance anténatale sur les lieux, SAMU néonatal ainsi qu'un rapprochement mère-NN dans un second temps peut être envisagé.

1.1.2 La prématurité

On considère comme prématuré un nourrisson né vivant avant 37 semaines d'aménorrhée (37SA).

La prématurité est divisée en sous-catégories, en fonction de l'âge gestationnel :

- la très grande prématurité (entre 23 et 28 SA) ;
- la grande prématurité (entre 28 et 32 SA) ;
- la prématurité moyenne, voire tardive (entre 32 et 37SA). (2)

1.2. Cadre et objectifs de la recommandation

Une demande de la part du CGDIS (Corps grand-ducal d'incendie et de secours) a été soumise au Conseil scientifique du domaine de la santé (CS) concernant les transferts in utero. Leur personnel y est régulièrement confronté, soit pour des transferts au niveau national, soit pour des transferts internationaux.

Le périmètre de ce document, regroupe les principales recommandations concernant les transferts in utero urgents et non-urgents entre les établissements hospitaliers au Grand-Duché de Luxembourg et à l'étranger.

Les objectifs de cette recommandation sont :

- de définir le rôle de chaque intervenant dans les transferts materno-fœtaux in utero en fonction de la pathologie ;
- de favoriser la coordination entre les professionnels des réseaux périnataux et du CGDIS ;
- d'améliorer la prise en charge des femmes enceintes et de leur(s) enfant(s) lors de leur transfert de façon à optimiser la qualité, la sécurité et la traçabilité ;
- d'optimiser les transferts en fonction des besoins et ressources disponibles.

Sont exclus de ce document :

- les transferts intra-hospitaliers (entre les différents services du même hôpital) ;
- les transferts avec point de départ en dehors de l'hôpital (p.ex. du domicile, du cabinet médical, de la maison de naissance etc.). En effet, ces transferts sont considérés comme des interventions primaires des services de secours du CGDIS ;
- les pathologies liées au 1er trimestre de la grossesse.

La présente recommandation s'adresse en priorité aux professionnels du CGDIS pouvant prendre en charge la femme enceinte lors du transfert in utero, aux médecins spécialistes en gynécologie-obstétrique, aux sage-femmes et aux professionnels de santé hospitaliers, notamment les services de néonatalogie, d'urgences, d'anesthésie-réanimation etc.

1.3. Données épidémiologiques

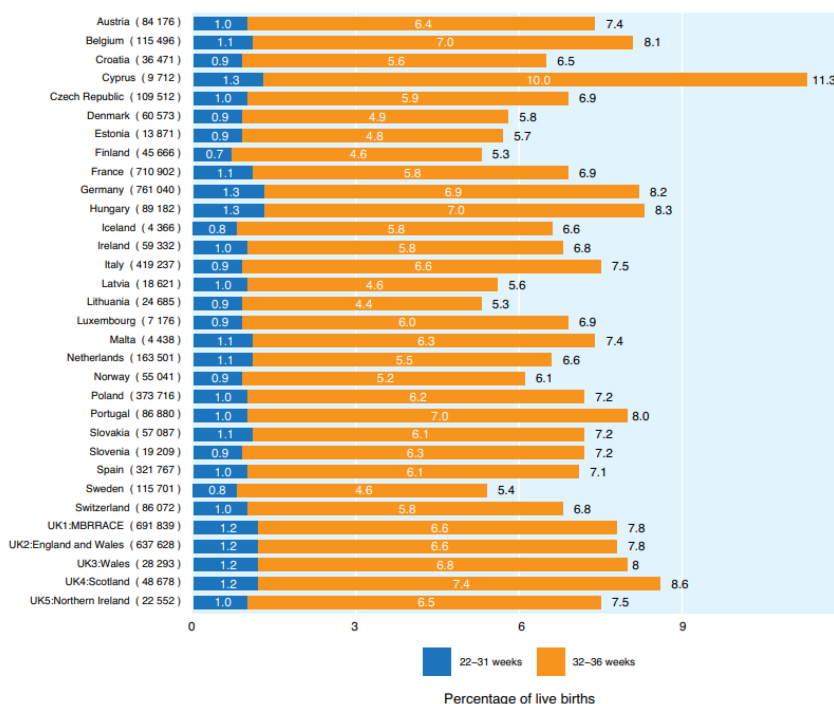
1.3.1 En Europe

La menace d'accouchement prématuré (MAP) est la principale raison pour laquelle un transfert in utero peut être envisagé.

Selon le rapport européen de santé périnatale, (EuroPeristat), dans les 32 pays participants en fournissant des données, le taux de naissance avant terme (entre 22 et 36 SA) varie entre 5,3 et 11,3% avec une médiane à 6,9% (voir Figure 1). (3)

Figure 1 : Pourcentage de naissances vivantes de grands prématurés (22-31 semaines de gestation) et de prématurés (32-36 semaines de gestation) en Europe en 2021

Figure C5.1: Percentages of extremely and very preterm (22-31 weeks of gestation) and moderate and late preterm (32-36 weeks of gestation) live births in Europe in 2019



NOTE: Percentage of all preterm births (<37 weeks) reported following bar. Number of live births with data for gestational age in parentheses after country name.

Source : EuroPeristat. European Perinatal Health Report - Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe from 2015-2019 (3)

Selon le rapport de l'Enquête nationale périnatale en France (Inserm), 1,9 % des femmes qui ont donné des naissances vivantes en France métropolitaine ont bénéficié d'un TIU en 2021, contre 1,7 % en 2016. (<https://enp.inserm.fr/wp-content/uploads/2022/10/rapport-2022-v5.pdf>, p.128, tableau 24) (4)

1.3.2 Au Grand-Duché de Luxembourg

Etats des lieux des différents services concernés au Luxembourg :

Le service national de néonatalogie intensive du CHL (Centre hospitalier de Luxembourg) disposait de 14 lits, mais depuis les années 2016 et 2017 lors desquelles le taux d'occupation du service dépassait 100%, 2 lits supplémentaires ont été ajoutés. Il dispose donc actuellement de 16 lits avec une autorisation pour 6 lits supplémentaires (à mettre en place dès que possibilité au niveau place et fonctionnement interne). (5)

Ces 16 lits ont un taux d'occupation variant entre 90% et 100% sur une grande partie de la période 2017 à 2021 avec une tendance croissante. Lors de dépassements ponctuels, des transferts vers l'étranger sont planifiés. (6)

Les HRS disposent de 7 lits dans leur service de néonatalogie à la clinique Dr Bohler au Kirchberg. Ils prennent en charge les NN prématurés à partir d'âge gestationnel de 32 SA.(5)

Tableau 1 : Etat des lieux des services d'obstétrique-maternité des différentes structures hospitalières du Grand-Duché, niveau et seuil de l'âge gestationnel pour la prise en charge des nouveau-nés. (Consensus des experts du GT)

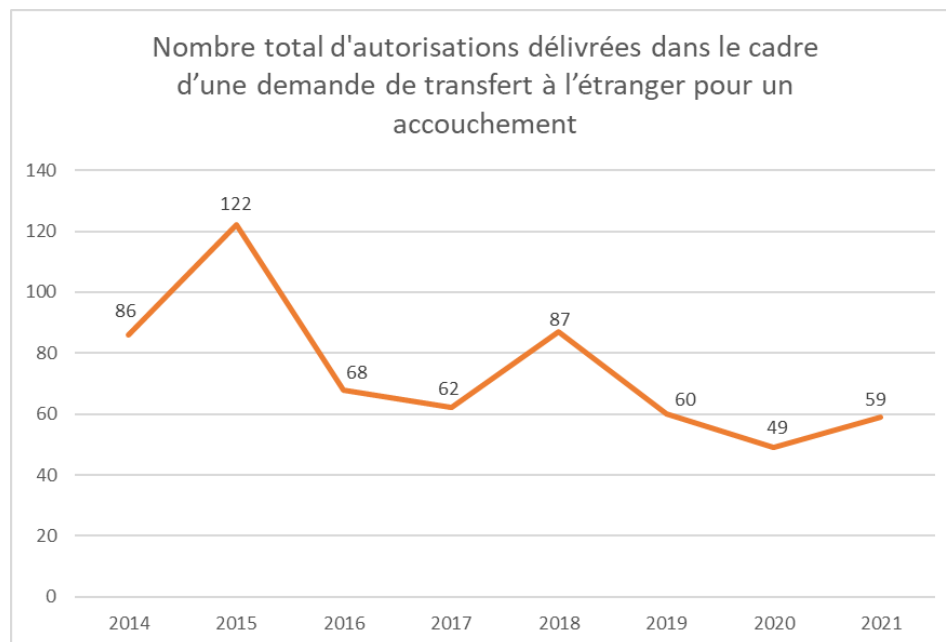
Structure hospitalière	Niveau du service d'obstétrique-maternité*	Prise en charge à partir de l'âge gestationnel
CHdN Centre hospitalier du Nord (Ettelbruck)	Niveau 1	36 SA
CHL Centre hospitalier de Luxembourg (Luxembourg)	Niveau 2	24 SA
CHEM Centre hospitalier Emile Mayrisch (Esch-Alz.)	Niveau 1	36 SA
HRS Hôpitaux Robert Schuman (Kirchberg)	Niveau 1	32 SA

*** Définition des niveaux 1 et 2 des services de maternité (4) :**

- **une maternité de niveau 1** comporte un service d'obstétrique pour la prise en charge des grossesses normales et l'examen et la prise en charge du nouveau-né auprès de sa mère, dans des situations fréquentes et sans gravité. Si une maternité de niveau 1 réalise 1.500 accouchements par an ou plus, elle peut assurer le suivi des grossesses pathologiques et le service de pédiatrie de proximité peut y disposer d'une unité de néonatalogie (non-intensive) pour la prise en charge des nouveau-nés pouvant présenter des difficultés d'adaptation et qui nécessitent des soins néonataux non-intensifs spécialisés. Une convention avec l'hôpital exploitant le service national de néonatalogie précise les critères et les modalités de transfert des nouveau-nés. (5,7)
- **une maternité de niveau 2** comporte un service d'obstétrique et un service de néonatalogie intensive pour la prise en charge des grossesses normales, pathologiques et à haut risque et des nouveau-nés pouvant présenter des difficultés d'adaptation nécessitant des soins néonataux spécialisés, ainsi que des nouveau-nés présentant des détresses graves. (5,7)

En ce qui concerne les transferts in utero vers l'étranger, le nombre d'autorisations accordées par la Caisse nationale de santé (CNS) est très variable d'une année à l'autre, comme illustré en figure 2. (6)

Figure 2 : Nombre total d'autorisations délivrées dans le cadre d'une demande de transfert à l'étranger pour un accouchement



Source : Question parlementaire relative au procédé et moyens de prise en charge des naissances prématurées au Luxembourg - QP N° 5407 (6)

2. GRADES DE RECOMMANDATION ET NIVEAUX D'ÉVIDENCE

2.1. Les grades de recommandation du Conseil scientifique

Recommandation forte

Après avoir considéré tous les éléments en relation avec l'intervention médicale en question, le CS émet une recommandation claire et confiante concernant l'utilisation de cette intervention en pratique médicale courante. Cette recommandation forte est soit favorable, soit défavorable à l'intervention en question. Elle est applicable à la plupart des patients concernés par l'intervention.

Recommandation faible

Après avoir considéré tous les éléments en relation avec l'intervention médicale en question, le CS émet une recommandation prudente et moyennement confiante concernant l'utilisation de cette intervention en pratique médicale courante. Cette recommandation faible est soit favorable, soit défavorable à l'intervention en question. Elle peut être applicable uniquement à un sous-groupe restreint de patients.

Absence de recommandation

En l'absence d'éléments suffisants permettant une étude pertinente de l'intervention médicale, le CS constate son incapacité à émettre une recommandation quelconque.

Recommandation des experts du GT

Consensus des experts du GT

2.2. Les niveaux d'évidence scientifique

Le niveau d'évidence peut être élevé, moyen ou faible. Il est déterminé à partir des critères suivants :

Niveau de preuve élevé

Essais randomisés contrôlés en double aveugle de bonne qualité méthodologique ; méta-analyses d'essais randomisés contrôlés

Niveau de preuve intermédiaire

Essais randomisés contrôlés de faible puissance ; essais comparatifs non randomisés bien menés ; études de cohorte.

Niveau de preuve faible

Etudes cas-témoins ; études rétrospectives ; études comparatives comportant des biais importants ; séries de cas ; études épidémiologiques descriptives.

3. LES PRINCIPES D'ORGANISATION DES TRANSFERTS IN UTERO

3.1. Les transferts nationaux

Les transferts in utero nationaux ont lieu en grande partie entre les différents services pouvant prendre en charge les femmes enceintes et parturientes, ainsi que les nouveau-nés au sein des établissements hospitaliers au Grand-Duché. Ces transferts nationaux sont principalement effectués vers le service d'obstétrique de la maternité du CHL, service de niveau 2 disposant d'un accès direct au service national de néonatalogie intensive et capable de prendre en charge les NN à partir de 24 SA. La maternité de la Clinique Dr Bohler des HRS au Kirchberg peut également prendre en charge des NN à partir de 32 SA.

3.2. Les transferts internationaux

Un TIU international est effectué, lorsque le taux d'occupation des services au Luxembourg ne permet plus d'assurer une prise en charge optimale, ou si des complications spécifiques fœtales (p.ex. transfusions in utero pour anémies, bloc trachéal in utero traité par une pose par fœtoscopie de ballonnet occlusif intra-trachéal, traitement par laser du placenta chez les jumeaux atteints du syndrome transfuseur-transfusé, traitement du spina bifida, ...(6)) ne peuvent pas être prises en charge au Grand-Duché.

3.3. Définition du rôle de chaque intervenant

- **Demandeur :** Le demandeur doit être le médecin spécialisé en gynécologie-obstétrique qui a pris en charge la patiente et qui a évalué son état ainsi que celui du fœtus. Après avoir posé le diagnostic de la pathologie et évalué le degré d'urgence, il prend la décision d'un TIU en fonction des indications et contre-indications. Le demandeur doit trouver la destination et avoir eu l'accord de l'établissement receveur avant de déclencher le transfert.
- **Coordination médicale du 112 :** Pour toute demande adressée au CGDIS, la coordination du 112 détermine, en collaboration avec le médecin demandeur ayant évalué le degré d'urgence, le mode et le délai de transport adaptés. Le choix doit être validé par le médecin de garde du CGDIS. (Consensus des experts du GT)

Le médecin de la coordination du 112 doit toujours intervenir lorsqu'un transfert in utero médicalisé est proposé, il décide de l'engagement du moyen de transport approprié en fonction du degré d'urgence médicale. (Consensus des experts du GT)
- **Transporteur :** Le transporteur est l'équipe prenant en charge la patiente durant le transfert entre le service demandeur et le service receveur.
- **Receveur :** Le receveur est le médecin spécialisé en gynécologie-obstétrique prenant en charge la patiente ainsi que le fœtus dès l'arrivée à l'établissement receveur.

3.4. Choix de l'établissement receveur

Pour toute situation de transfert impliquant une place postnatale pour le NN, il est de la responsabilité du service national de néonatalogie en concertation avec l'équipe de gynécologie-obstétrique de choisir l'établissement receveur adapté. (Consensus des experts du GT)

Le médecin transférant contacte le gynécologue de garde de la maternité du CHL en transmettant les informations suivantes :

- Terme de la grossesse, estimation du poids fœtal ;
- Motif du transfert, pathologie de grossesse ;
- Pathologies fœtales éventuelles telles que des malformations congénitales etc. ;
- Pathologies maternelles particulières éventuelles ;
- Langues parlées par les futurs parents.

Avec ces informations, le gynécologue de garde contacte le néonatalogue de garde du service national de néonatalogie afin de choisir l'établissement receveur le plus approprié pour la future mère et de l'enfant à naître.

Afin de déterminer l'établissement receveur le plus approprié, trois options peuvent être envisagées :

1. Une prise en charge au service national de néonatalogie :

Cette option est retenue uniquement lorsque la grossesse atteint ou dépasse 23 semaines d'aménorrhée. En dessous de ce terme, les grossesses sont considérées comme des fausses couches tardives et relèvent exclusivement de la prise en charge obstétrique, sans implication de la néonatalogie.

2. Prise en charge par les HRS :

Possible si la grossesse dépasse 32 semaines d'aménorrhée et si le poids de naissance est estimé à plus de 1500 grammes.

3. Transfert à l'étranger :

Cette option est envisagée si aucune place n'est disponible au CHL ou aux HRS ou si la pathologie dépasse les capacités de prise en charge par ces établissements.

Remarque : Le terme gestationnel et l'estimation de poids fœtal ne doivent pas être les seuls critères pour le choix de l'établissement receveur, la notion de pathologie maternelle et fœtale doit être prise en compte également. En outre, le choix de la structure d'accueil doit tenir compte du plateau technique, des possibilités d'hospitalisation sur place et du facteur temps, entre autres. (Consensus des experts du GT)

3.5. Choix du mode de transport

Selon l'indication du TIU et son niveau d'urgence, différents modes de transports peuvent être possibles. Le nombre et la qualification des personnes accompagnant la patiente sont également à adapter en fonction de l'indication du TIU.

- **Transport ambulancier :** transport non-urgent et non-médicalisé en ambulance simple (accompagnants : ambulanciers privés)
- **Transport infirmier :** ambulancier et infirmier anesthésiste du CGDIS
- **Transport médicalisé :** équipe SAMU (médecin / infirmier) du CGDIS

Remarque : Comme la décision de TIU doit être prise en veillant à minimiser la probabilité d'un accouchement pendant le transfert, la présence d'une sage-femme lors de TIU n'est pas nécessaire, sauf dans des cas exceptionnels.

3.6. Conditions générales de transport lors d'un transfert in utero

La communication entre les différents intervenants doit reprendre les points suivants :

- Indication du transfert ;
- Niveau de surveillance et de soins pendant le transport ;
- Degré d'urgence ;

- Adéquation de la pathologie présumée avec le service receveur (plateau technique, éloignement géographique et disponibilité) ;
- Mode et moyen de transport ;
- Durée prévue du transport et imprévus possibles durant le TIU (bouchons, travaux, déviations, ...)
- **Avant le départ :**
 - Coordonnées de contact de l'établissement et du médecin receveur ;
 - Pose d'une voie veineuse périphérique, en fonction de la pathologie ;
 - Dossier de la patiente (données administratives et médicales) avec suivi de grossesse ;
 - Réévaluation de l'état clinique de la patiente par un professionnel de l'équipe de l'établissement demandeur (gynécologue-obstétricien.ne ou sage-femme) au moment du départ afin de confirmer la faisabilité du transport ;
 - Information et accord de la future mère (des futurs parents), si le degré d'urgence et son état le permettent ;
 - Mise en condition et stabilisation de la patiente.
- **Pendant le transport :**
 - Transport ceinturé de la patiente pour sécurité ;
 - Décubitus latéral gauche afin de prévenir systématiquement un syndrome de compression de la veine cave inférieure ;
 - Surveillance de la patiente en fonction de son état ;
 - Fiches de transport avec suivi

Cette organisation du transfert est essentielle pour la coordination des soins, en particulier en cas d'urgence.

4. ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE LA MÈRE ET DU FŒTUS EN VUE D'UN TRANSFERT IN UTERO

De manière générale, il convient toujours d'optimiser l'évaluation et l'organisation du transfert afin d'éviter l'accouchement ou la dégradation de l'état maternel au cours du transport.

L'évaluation de l'état clinique de la mère et du fœtus doit être réalisée par un médecin spécialisé en gynécologie-obstétrique et doit comprendre :

- Le terme exact de la grossesse ;
- L'estimation du poids fœtal ;

- Tous les éléments du dossier de suivi de la grossesse ;
- Un examen clinique obstétrical et général complet ;
- L'indication du transfert ;
- L'interprétation du rythme cardiaque fœtal réalisé préalablement au transfert ;
- La réalisation d'une échographie obstétricale récente et la plus complète possible selon la pathologie ;
- La mise en place des thérapeutiques préconisées pour le transport (avec transmission de la nature et des posologies au médecin transporteur) ;
- L'évaluation de la non-imminence de l'accouchement par le médecin demandeur ;
- L'information de la future maman (les futurs parents).

5. PATHOLOGIES OBSTÉTRICALES ET FŒTALES POUVANT JUSTIFIER UN TRANSFERT IN UTERO

Les pathologies obstétricales et fœtales justifiant un transfert in utero sont diverses et multiples et ne peuvent pas être traitées individuellement dans cette recommandation de bonne pratique.

Il n'est pas recommandé de mettre en place des protocoles fixes décrivant le transfert in utero pour chaque pathologie, il faut privilégier l'évaluation au cas par cas. (Recommandation forte des experts du GT)

Le tableau ci-dessous reprend quelques exemples des pathologies les plus courantes et les conditions de transport recommandées en cas de décision de transfert in utero.

Il est à rappeler que la décision du TIU et de ses modalités, doit être prise au cas par cas et en concertation pluridisciplinaire entre les équipes de l'établissement demandeur, du 112 et de l'établissement receveur. (Recommandation forte des experts du GT)

Tableau 2 : Exemples des pathologies les plus courantes (liste non exhaustive) et les modalités de transport relatives si un TIU a été décidé. (Consensus des experts du GT)

Pathologies	Conditions de transport		
	Transport ambulancier	Transport infirmier	Transport médicalisé
Rupture prématurée des membranes isolée			
→ <u>avant</u> entrée en travail (absence de contraction), patiente stable	X		
Placenta prævia			
→ <u>sans</u> métrorragie ou <u>avec</u> métrorragie > 12h, patiente stable	X		
→ <u>avec</u> métrorragies ≤ 12h, sans saignement actif et durée de transport < 30 minutes		X	
→ <u>avec</u> métrorragies < 12h, sans saignement actif et durée de transport > 30 minutes			X
Retard de croissance intra utérin (RCIU) ou malformation fœtale			
→ avec rythme cardiaque fœtal (RCF) normal, patiente stable	X		
Diabète maternel			
→ <u>sans</u> administration d'insuline (p.ex. par pousse seringue électrique), patiente stable	X		
→ <u>avec</u> administration d'insuline (p.ex. par pousse seringue électrique)		X	
Cholestase			
→ patiente stable	X		
Menace d'accouchement prématuré (MAP)			
→ y compris les grossesses multiples <u>sans</u> tocolyse IV, patiente stable	X		
→ y compris les grossesses multiples <u>avec</u> tocolyse IV		X	
→ avec un <u>col ≥ 3 cm</u> de dilatation : à discuter avec le 112 en conférence téléphonique demandeur / receveur			X
Prééclampsie			
→ avec pression artérielle équilibrée sans signes fonctionnels : TA ≤ 160/100 mmHG et protéinurie < 0,3g/24h	X		
→ avec traitement anti-hypertenseur en intraveineuse (IV)			X
→ avec PA systolique > 160mmHg ou diastolique > 100mmHg, ou toxémie avec céphalées ou barre épigastrique ou acouphènes ou HELLP syndrome			X

Source: Adaptation pour le Grand-Duché de Luxembourg des informations reprises dans la Circulaire DHOS/01 n°2006-273 du 21 juin 2006 relative à l'organisation des transports périnataux des mères (8) (lien direct : <https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-07/a0070027.htm>)

6. CONTRE-INDICATIONS GÉNÉRALES À UN TRANSFERT IN UTERO

6.1. Contre-Indications maternelles

- Patiente à haut risque d'accouchement en cours de transport
- Patiente à risque de décompensation en cours de transport
 - Hématome rétroplacentaire suspecté ou avéré (en raison du risque d'extension)
 - Hématome sous-capsulaire hépatique
 - Etat hémodynamique instable
 - Hémorragie massive à un placenta prævia ou vasa prævia (rupture, hémorragie de Benckiser)
 - Eclampsie

6.2. Contre-Indications fœtales

- Risque de décompensation fœtale
 - Certaines anomalies du rythme cardiaque fœtal justifiant une extraction imminente.
 - Procidence du cordon ou d'un membre du fœtus

7. BIBLIOGRAPHIE

- 1) Haute Autorité de la Santé (HAS). Recommandations pour la pratique clinique : Femmes enceintes ayant une complication au cours de leur grossesse : transferts en urgence entre les établissements de santé [Internet]. 2012 [cité 23 juill 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1355792/fr/recommandations-transferts-en-urgence-femmes-enceintes
- 2) Ohuma EO, Moller AB, Bradley E, Chakwera S, Hussain-Alkhateeb L, Lewin A, et al. National, regional, and global estimates of preterm birth in 2020, with trends from 2010: a systematic analysis. The Lancet [Internet]. oct 2023 [cité 14 août 2024];402(10409):1261-71. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673623008784>
- 3) EuroPeristat. European Perinatal Health Report - Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe from 2015-2019 [Internet]. [cité 23 juill 2024]. Disponible sur: https://www.europeristat.com/images/Euro-Peristat_Fact_sheets_2022_for_upload.pdf

- 4) Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), Santé publique France (SPF). Enquête Nationale Périnatale - Rapport 2021 [Internet]. 2022 [cité 28 janv 2025]. Disponible sur: <https://enp.inserm.fr/wp-content/uploads/2022/10/rapport-2022-v5.pdf>
- 5) Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg, Observatoire national de la santé. Fascicule 2 - Carte sanitaire Edition 2023 [Internet]. 2024 [cité 23 juill 2024]. Disponible sur: <https://sante.public.lu/fr/publications/c/carte-sanitaire-2023-fascicule2.html>
- 6) Chambre des députés du Grand-Duché de Luxembourg. Question parlementaire relative au procédé et moyens de prise en charge des naissances prématurées au Luxembourg - QP N° 5407 [Internet]. 2021 [cité 20 août 2024]. Disponible sur: <https://www.chd.lu/fr/question/22728>
- 7) Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg. Loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière - Version consolidée applicable au 01/01/2024. 2018; Disponible sur: <http://data.legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2018/03/08/a222/consolide/20240101>
- 8) République Française, Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. Circulaire DHOS/01 n°2006-273 du 21 juin 2006 relative à l'organisation des transports périnataux des mères [Internet]. Bulletin officiel N° 7 du 15 août 2006 p.56; 2006. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-07/bo0607.pdf>

8. GROUPE DE TRAVAIL

GT Santé de la femme – sous-groupe « TFT in utero »

Dr Isabelle ROLLAND, experte de la CEM, coordinatrice

Madame Sandrine COLLING, experte de la CEM, chargée de la rédaction

Dr Jean-Pierre CLEES, gynécologue-obstétricien

Dr Claire DILLENBOURG, membre du CS

Madame Sheila FRANTZ, sage-femme

Dr Angelina GANIEVA, experte de la CEM

Dr Laurène HAMEL, CGDIS

Dr Olivier PIERRARD, urgentiste au CGDIS

Dr Charlotte PIERRON, médecin néonatalogue au CHL

Dr Patrick TABOURING, médecin généraliste (représentant SSLMG)

Dr Didier VAN WYMERSCH, gynécologue-obstétricien

Les membres du GT ont déclaré leurs [conflits d'intérêts potentiels](#) avec le sujet de cette recommandation.

Secrétariat du Conseil Scientifique
conseil-scientifique.public.lu | csc@igss.etat.lu
B.P. 1308 | L-1013 Luxembourg
26, rue Ste Zithe | L-2763 Luxembourg | T +352 247-86284 | F +352 247-86225