

Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 83 (1985)

Heft: 9-10

Artikel: L'accouchement ambulatoire : solution du juste milieu

Autor: Duc, G.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-950394>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 24.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

L'accouchement ambulatoire

Solution du juste milieu

Naissance ambulatoire

Par le Prof. G. Duc, Zurich

Je vous remercie de votre invitation à participer à votre congrès annuel. Si j'ai fait le déplacement de Zurich en Valais aujourd'hui, ce n'est pas seulement parce que des racines très profondes me rattachent à ce beau pays, mais bien plus parce que le sujet que vous m'avez demandé de traiter me paraît d'une importance fondamentale dans le dialogue que les néonatalogistes doivent poursuivre avec les sages-femmes.

Pour éviter tout malentendu, définissons d'abord les termes. La naissance ambulatoire est une naissance qui a lieu en milieu hospitalier dans les conditions standards de l'obstétrique moderne. Elle se distingue de la naissance hospitalière habituelle par le fait que la mère et l'enfant rejoignent le domicile familial quelques heures après l'accouchement.

Il s'agit donc ici d'une nouvelle forme d'accouchement qui vise à combiner certains avantages de l'accouchement à domicile avec les avantages certains de l'accouchement à l'hôpital.

Devant toute nouveauté en médecine, il faut d'abord confronter l'innovation avec les objectifs de la profession.

Vous conviendrez, je l'espère avec moi, que l'objectif primordial de nos professions respectives est l'amélioration des conditions de santé de la mère et de l'enfant, la santé étant définie comme le bien-être physique et psychique de la personne.

Le bien-fondé de l'accouchement ambulatoire doit donc être jugé sur la base de cet objectif primordial.

Quels sont les avantages et les désavantages de cette forme d'accouchement pour la santé de la mère et de l'enfant. Pour ce qui concerne la mère les avantages sont avant tout de nature psychologiques. L'accouchement ambulatoire

permet de respecter le désir de certaines mères de retourner chez elles le plus tôt possible après la naissance de leur enfant.

Les raisons de ce retour précoce sont dans la plupart des cas le souci de ne pas rompre trop longtemps l'unité familiale dans la crainte de voir apparaître des situations de conflit et de vivre plus intimement l'intégration du nouveau membre de la famille.

Parfois aussi, on ressent chez ces patientes une certaine antipathie pour la médecine hospitalière, ceci pour des raisons diverses, crainte de la «technique», de l'impersonnalité des contacts humains, refus d'une réglementation parfois trop stricte, aspects qui sont ressentis comme moins agréables que la tranquillité individuelle du foyer, ce qui est tout à fait compréhensible. Devant l'alternative entre l'accouchement à domicile et l'accouchement ambulatoire, ce dernier présente des avantages évidents pour l'enfant, puisque les standards de contrôles de l'état foetal durant l'accouchement son entièrement respectés. Voilà pour les avantages!

Je ne me prononcerai pas sur les désavantages possibles de l'accouchement ambulatoire pour ce qui concerne la mère, puisqu'il s'agit ici d'un problème purement obstétrical où votre compétence devrait dépasser la mienne.

Je voudrais par contre discuter avec vous les problèmes de l'enfant, problèmes auxquels nous avons été confrontés à Zurich, depuis que nous avons introduit l'accouchement ambulatoire à la Clinique Universitaire.

Notre expérience est basée sur un nombre relativement restreint d'accouchements ambulatoires qui ont été analysés en détail par le Dr. Spätling du Département d'Obstétrique pour les années



1980 et 1981¹. Il s'agit d'environ 35 accouchements ambulatoires par année, pour un total de 1600 à 1800 naissances.

Ces accouchements ambulatoires avaient été acceptés par notre équipe, car ils remplissaient les conditions suivantes que nous avons définies:

- accouchement à terme
- grossesse sans complication
- organisation des soins à domicile clairement planifiée à l'avance.

En tant que néonatalogistes, nous nous sommes réservés la décision de laisser partir l'enfant après l'avoir examiné cliniquement et avoir pris connaissance du protocole de l'accouchement.

Que pouvons-nous dire de l'ensemble de cette expérience?

D'abord qu'il n'est pas toujours facile pour le néonatalogiste sur la base d'un seul examen clinique effectué directement après la naissance d'affirmer que le départ à domicile est sans risque pour l'enfant, même si ce dernier ne présente aucun signe d'une pathologie en développement. Par exemple, lorsque la naissance a été précédée d'un risque infectieux, comme la rupture prolongée des membranes, il n'est pas facile de savoir

ce qui va se passer dans les heures qui suivent. Les mêmes doutes existent en présence d'une anamnèse d'insuffisance placentaire aiguë ou chronique.

Dans ces situations, qui ne sont pas si rares en obstétrique, comme vous le savez, nous avons instauré une observation systématique de l'adaptation en incubateur, au lit du malade en utilisant notre schéma d'adaptation en pratique chez nous depuis plus de 10 ans². Ce schéma permet par des examens cliniques répétés et quelques tests de laboratoire d'évaluer, de façon plus précise que le test d'Apgar, l'adaptation de l'enfant à la vie extra-utérine. En principe l'enfant peut quitter la clinique dans les premières heures de vie si les conditions suivantes sont remplies:

- naissance à terme
- poids, taille, périmètre crânien adéquats pour l'âge de gestation
- status clinique normal, en particulier absence de signe de détresse respiratoire ou de troubles circulatoires
- température rectale entre 36,0 C et 37,4 C.

En cas de doute, une observation clinique en incubateur au lit du malade est indiquée².

L'enfant peut rentrer, mais qu'en est-il de l'organisation des soins à domicile?

En principe on doit assurer à domicile le standard minimum de soins que l'on applique à l'hôpital pour les enfants sains, c'est-à-dire:

- examen clinique par un pédiatre le 3^e ou 4^e jour de vie.
- Visite journalière d'une infirmière ou d'une sage-femme familiarisée avec les soins primaires du bébé. Cette personne sera chargée de mesurer le pouls, la respiration, la température rectale une fois par jour durant les trois premiers jours de vie au moins.
- Stimulation et contrôle de l'allaitement au sein.
- Pesée journalière jusqu'à reprise du poids de naissance.
- Enregistrement de la première miction, des premières selles, des troubles de l'alimentation.
- Contrôle clinique journalier de l'ictère avec mesures éventuelles de la bilirubine. Un ictère apparaissant dans les premières 36 heures nécessite l'intervention du médecin.
- Test de Guthrie, le 5^e jour.

Pour vous donner une idée des problèmes cliniques qui peuvent survenir à domicile, j'ai fait effectuer dans notre hôpital une statistique concernant la fréquence des troubles durant la première semaine de vie chez des enfants à terme déclarés sains à la naissance. Cette esti-

mation a été effectuée par l'assistant en charge de ces enfants qui a simplement noté durant un mois (136 bébés) les situations où on l'a prié d'intervenir dans la pouponnière. Dans le 20% des cas un ictère nécessitant la mesure de la bilirubine a été noté, cet ictère dépassait 15 mg %, (260 umol/l) dans le 5%, situation qui peut nécessiter une photothérapie. L'assistant a été consulté pour 10% de ces enfants pour des problèmes orthopédiques, des anomalies externes mineures ou des conjonctivites.

Un souffle cardiaque non reconnu à la naissance a été noté dans le 5% des cas, alors que dans la même proportion des épisodes de cyanose ont nécessité une nouvelle évaluation clinique. Quelques anomalies discrètes du status neurologique de même que des troubles de l'alimentation ont nécessité de nouveaux examens dans le 3% des cas.

Il est possible qu'à domicile, dans chacune de ces situations, l'infirmière ou la sage-femme en charge du bébé doive faire appel à un médecin, ce qui doit être pris en considération. Il faudrait, bien entendu, pour être complet analyser les avantages et désavantages financiers de cette méthode. Cet exercice nécessiterait un tel nombre d'hypothèses non contrôlables qu'il me paraît futile.

Permettez-moi de conclure:

L'accouchement ambulatoire représente une nouvelle forme d'accouchement acceptable pour le néonatalogiste dans les conditions suivantes:

- Accouchement à terme sans complications après une grossesse normale.
- Développement somatique normal par rapport à l'âge de gestation.
- Adaptation à la vie extra-utérine sans particularité.
- Organisation postnatale des soins à domicile, tels que nous venons de les décrire.

Il est à souhaiter que, dès l'entrée à domicile, l'enfant soit également pris en charge par le pédiatre ou le médecin de famille qui le suivra au cours de son développement.

Références

¹ Spätling L., Fallenstein F., Huch R., Huch A.: Ambulante Geburt-Datenanalyse 1980/81 im Universitätsspital Zürich.

Perinatale Medizin, J.W.Dudenhausen und E.Saling, Thieme Verlag, Stuttgart, 306-307, 1982.

² Duc G., Mieth D.: Versorgung des Neugeborenen im Gebärsaal.

In: Pädiatrie in Praxis und Klinik: Gustav Fischer, Verlag, Stuttgart, Band I, 1.163-1.170, 1978.

Sage-femme et responsabilité civile

Exposé de Me Christine Bigler-Geiser, avocate de l'ASSF

La sage-femme peut être poursuivie pour des dommages occasionnés, dans l'exercice de sa profession, à la mère ou à l'enfant. La responsabilité civile de la sage-femme se base soit sur le droit privé (Code civil et Code des obligations), soit sur le droit public (dispositions de droit public des cantons et des communes). En cas de dommages, la sage-femme peut être tenue de verser des dommages-intérêts et éventuellement des indemnités pour tort moral.

1. Responsabilité civile dans le cadre du droit privé (CC, CO)

Cette expression suppose que les rapports entre la sage-femme et la patiente sont régis par le droit privé. C'est le cas pour la sage-femme indépendante et



pour celle qui travaille dans un hôpital privé. La sage-femme peut être l'objet de prétentions de deux sortes: responsabilité contractuelle ou responsabilité délictuelle.