

**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:** Sage-femme et responsabilité civile

**Autor:** Bigler-Geiser, Christine

**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-950395>

### **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:** 16.07.2025

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

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 ans<sup>2</sup>. 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 indiquée<sup>2</sup>.

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<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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 doit 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

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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.

### 1.a. Responsabilité contractuelle

La patiente qui se fait examiner et soigner par une sage-femme conclut avec celle-ci un contrat. Ce rapport entre patiente et sage-femme constitue un mandat au sens de l'art. 394 du CO. De par le droit, la sage-femme est tenue de travailler avec tout le soin commandé par les circonstances. Si elle occasionne un dommage à la patiente, celle-ci devra prouver le tort causé, la dérogation au contrat (c'est-à-dire un manque de diligence de la sage-femme), de même que le lien de cause à effet entre la dérogation au contrat et le dommage causé. Si ces preuves sont réunies, la culpabilité de la sage-femme est supposée. La sage-femme peut toutefois se dégager en prouvant qu'elle n'est pas coupable. Si la culpabilité de la sage-femme est reconnue inexistante, celle-ci n'a pas à répondre. Si par contre elle est coupable, elle doit à la patiente dommages-intérêts et éventuellement réparation du tort moral.

Exercice non soigneux de la profession: la sage-femme doit fournir à la patiente les soins qu'on est en droit d'attendre d'une sage-femme consciencieuse moyenne dans la situation concrète donnée. La sage-femme doit donc travailler selon les règles de l'art, en appliquant les principes et méthodes généralement reconnus, et disposer des connaissances appropriées. Dans un cas particulièrement difficile, elle est tenue de vouer un soin particulier à son travail. Si elle se charge d'un mandat exigeant des connaissances qu'elle n'a pas, il y a dérogation à l'obligation de travailler avec tout le soin commandé par les circonstances. A cette obligation se rattache aussi celle de reconnaître ses limites et d'adresser le cas échéant la patiente à des personnes plus compétentes. Mais pour qu'il y ait dérogation à l'obligation de diligence, et par là responsabilité civile de la sage-femme, il faut qu'il y ait une erreur évidente, un traitement manifestement inapproprié, le non-respect évident des règles de l'art, ou l'ignorance de données connues de l'ensemble des sages-femmes. Par exemple, une erreur de diagnostic à elle seule ne suffit pas, pour autant que la sage-femme ait effectué son examen dans les règles de l'art et posé le diagnostic consciencieusement. La négligence, qui engage automatiquement la responsabilité civile de la sage-femme, peut se pro-

duire dans divers domaines: diagnostic, traitement, information insuffisante de la patiente, etc.

Lorsque la sage-femme travaille dans un hôpital privé, la patiente ne conclut pas le contrat avec la sage-femme, mais avec la direction de l'hôpital. Dans ce cas, l'hôpital peut avoir à répondre sur la base de la responsabilité contractuelle dans le cadre du droit privé. L'hôpital peut, le cas échéant, se retourner contre la sage-femme.

Exclusion de la responsabilité, limitation de la responsabilité: dans tous les cas de droit privé, c'est-à-dire lorsque la mère lésée recourt pour elle-même ou pour son enfant contre la sage-femme ou l'hôpital privé en s'appuyant sur la responsabilité contractuelle, cette responsabilité peut être limitée. Mais l'article 100 du CO prévoit ceci: «Est nulle toute stipulation tendant à libérer d'avance le débiteur de la responsabilité qu'il encourrait en cas de dol ou de faute grave». En d'autres termes: l'exclusion de la responsabilité n'existe que pour une faute légère de la sage-femme. Donc si une sage-femme, ou un hôpital privé, fait signer à l'avance par la patiente une déclaration de renoncement à des prétentions de dommages-intérêts, cette déclaration est nulle (elle sert tout au plus à effrayer la patiente pour la dissuader d'un [accouchement ambulatoire]). Une telle déclaration n'est valide que si le préjudice est dû à une faute légère de l'hôpital ou de la sage-femme. Mais si la sage-femme a commis une négligence grave, elle n'est pas protégée par ce genre de déclaration.

De tout cela il ressort clairement que la sage-femme a tout intérêt à conclure une assurance responsabilité civile professionnelle suffisante.

### 1.b. Responsabilité délictuelle

La sage-femme peut aussi avoir à répondre en dehors du contrat de droit privé entre elle-même et la patiente: selon l'article 41 du CO, «celui qui cause, d'une manière illicite, un dommage à autrui, soit intentionnellement, soit par négligence ou imprudence, est tenu de le réparer». Si la patiente veut attaquer la sage-femme en dommages-intérêts, elle doit prouver, selon l'article 41 du CO, le dommage subi, l'agissement illicite de la sage-femme, le lien de cause à effet en-

tre le comportement de la sage-femme et le dommage, et la culpabilité de la sage-femme. Par comparaison avec la responsabilité contractuelle, la patiente doit en plus, dans le cas de la responsabilité délictuelle, prouver la culpabilité de la sage-femme.

## 2. Responsabilité civile dans le cadre du droit public

Si la sage-femme travaille dans un hôpital public, sa responsabilité civile est régie par le droit public. Est déterminant le droit public du canton, de la commune ou d'un groupement de communes. Si un groupement de communes n'a pas de prescription en la matière, c'est le droit cantonal qui est appliqué.

Citons à titre d'exemple les règles prévues par le droit bernois (loi sur les fonctionnaires):

- Le fonctionnaire a à répondre devant l'Etat et devant les tiers pour tous les dommages qu'il leur cause dans l'exercice de sa profession, de manière illicite, intentionnellement ou par négligence.
- Si le préjudice dont le fonctionnaire est déclaré responsable n'est pas couvert, c'est l'Etat qui prend en charge la différence.
- Par ailleurs l'Etat répond directement par rapport à des tiers pour les prétentions résultant de la responsabilité de ses fonctionnaires.
- Le Conseil d'Etat peut verser une indemnité au lésé, à titre de bienplaire, même s'il n'y a pas de culpabilité imputable à un fonctionnaire.
- L'Etat a le droit de se retourner contre le fonctionnaire fautif (importance de l'assurance responsabilité civile ...).

Le droit public a des avantages pour la patiente aussi bien que pour la sage-femme: la patiente s'adresse directement à des interlocuteurs solvables, canton, commune, groupement de communes. La sage-femme, de son côté, n'a à craindre un recours de la part de l'Etat que dans des conditions très précises.

Mais ces dispositions varient d'un canton à l'autre, et même d'une commune à l'autre.

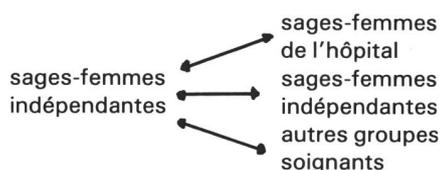
**21<sup>e</sup> Congrès international des sages-femmes à Den Haag, Pays Bas,  
du 23 au 28 août 1987**

# Echos des travaux de groupes

résumé par Marianne Cergneux

Après les passionnants exposés de Mesdames Girardet et Landheer et du Dr Duc, les participantes se retrouvèrent en groupes pour discuter les thèmes suivants:

- Exigences de formation de base et de perfectionnement pour les sages-femmes intéressées par les soins de la période pré et post-natale.
- Problèmes de collaboration et d'organisation



- Y a-t-il des propositions de solutions?

Le lendemain, les animatrices des groupes apportèrent à l'assemblée leur riche moisson de réflexions, de rêves, de regrets, d'exemples encourageants et de souhaits. Cette richesse reflète bien d'une part les immenses différences existant entre les régions du pays et d'autre part l'enthousiasme avec lequel les participantes ont échangé leurs expériences et leurs opinions.

Dans ces conditions il serait illusoire de vouloir tout redire ici, mais je vais essayer de donner un compte-rendu aussi fidèle que possible, en commençant par un aperçu de la situation actuelle, pour aboutir à des propositions de solutions.

## 1. La situation actuelle

- Certaines régions manquent de sages-femmes indépendantes.
- Ailleurs, c'est la demande qui est presque ou totalement inexistante (régions à prédominance rurale).
- Beaucoup de gens ignorent encore ce qu'est l'accouchement ambulatoire.
- La sage-femme est mal connue des autres professionnels de la santé et du public en général.
- L'information a de la peine à circuler entre la sage-femme indépendante et les autres partenaires concernés.
- Il existe des rivalités, parfois très marquées, entre les sages-femmes indépendantes et les services sociaux, les infirmières de la santé publique et les infirmières HMP. Les

compétences respectives sont souvent mal définies: quand cesse le travail de la sage-femme, quand commence celui de l'infirmière? A qui la mère doit-elle s'adresser si elle a, par exemple, des questions sur l'alimentation d'un bébé de deux mois?

- Certains gynécologues déconseillent à leurs patientes l'accouchement ambulatoire, d'autres l'acceptent à contre-cœur, en disant: «S'il arrive quelque chose, c'est vous qui en portez la responsabilité».
- Les questions financières sont loin d'être résolues partout: la sage-femme indépendante doit souvent se battre pour obtenir des caisses maladie des prestations convenables.
- Les lois qui régissent la santé publique sont cantonales et souvent anciennes. Le droit de l'accouchée à des soins dispensés par une sage-femme pendant les huit à dix premiers jours du post-partum n'est pas reconnu dans tous les cantons.
- La formation de base des sages-femmes est surtout axée sur l'hôpital. D'où méconnaissance de la santé publique, des institutions existantes, de la collaboration avec les autres travailleurs sociaux, du fonctionnement des assurances maladie.
- Il existe une méconnaissance et une méfiance réciproques entre sages-femmes hospitalières et sages-femmes libérales.
- Beaucoup de sages-femmes manquent de confiance en elles-mêmes et en leurs compétences.

Mais le tableau de la situation n'est pas que gris et noir: tous les groupes ont relevé des exemples dignes de faire école. Témoin, la carte de la Suisse dressée par un groupe alémanique: cette carte présente, en termes météorologiques, la situation des sages-femmes et de l'accouchement ambulatoire dans les différentes régions. On y voit des zones ensoleillées où «ça marche bien», puis des zones plus ou moins nuageuses, et d'autres où le ciel est d'un noir d'encre...

Voici quelques-uns des exemples cités:

- Les sages-femmes bâloises se sont groupées et ont obtenu ensemble des conditions financières satisfaisantes.
- Pour Zurich, l'exposé de Madame Landheer est éloquent.

- A Genève, une dizaine de sages-femmes ont mis sur pied l'«APN», ou assistance post-natale, et elles assurent ensemble les soins aux accouchées, de même qu'une permanence téléphonique et un service de piquet pour les visites urgentes.
- A la Frauenklinik de Berne, les femmes enceintes sont informées, lors des consultations, de la possibilité d'un accouchement ambulatoire. Elles y reçoivent la liste des sages-femmes disponibles. Après la naissance, la sage-femme vient chercher à l'hôpital les parents et l'enfant, et se rend avec eux à leur domicile.
- Dans le canton d'Argovie, une liste des sages-femmes indépendantes est disponible, entre autres dans tous des hôpitaux. A Aarau, la sage-femme vient aussi elle-même à l'hôpital pour la sortie. Avant de quitter la maternité, la mère et l'enfant sont vus par le médecin.
- On a aussi cité un hôpital régional vaudois où deux sages-femmes ont accepté de prendre en charge une accouchée pour le post-partum à domicile, car il n'y a pas de sage-femme libérale dans les environs.
- Au Tessin, une sage-femme qui avait travaillé plusieurs années dans un hôpital a été priée par les médecins de sa région de prendre en charge les accouchements à domicile et les accouchements ambulatoires. Elle le fait avec l'appui et la collaboration de ces médecins.

Après ce tour d'horizon, voyons les propositions de solutions évoquées par les groupes de travail:

## 2. Propositions de solutions

Ces propositions se répartissent en trois groupes, soit formation de base, formation post graduée, collaboration avec les autres professionnels de la santé.

### 2.1. Formation de base

Il faut:

- ouvrir l'école à l'extra-hospitalier
- inclure dans la formation un stage extra-hospitalier
- valoriser le post-partum à l'école en permettant aux élèves de donner des soins complets à la mère et à l'enfant
- apprendre aux élèves à mieux connaître les autres professions de la santé et les institutions existantes
- apprendre aux élèves à évaluer de façon globale la situation d'une famille, pour juger si une prise en charge correcte est possible à domicile. (Cela peut également s'appliquer à une accouchée quittant l'hôpital après un séjour d'une durée habituelle)

- donner aux élèves des connaissances plus larges, entre autres sur la législation, les médecines parallèles, les relations humaines.

Ces propositions se heurtent à des obstacles:

- la durée de la formation de base permet-elle ces «rallonges» au programme?
- le degré de maturité moyen des élèves leur permet-il d'assimiler ces adjonctions?
- beaucoup d'élèves ne s'intéressent guère à la santé publique
- l'intérêt pour ce domaine vient surtout après le diplôme, avec une plus grande maturité personnelle et quelques années de pratique.

De tout cela ressort clairement la nécessité d'une formation complémentaire.

### 2.2. Formation post-graduée

Les sages-femmes souhaitent acquérir des connaissances plus approfondies dans de nombreux domaines:

- système de santé: lois et règlements régissant la profession, institutions sociales, questions financières
- approche de la famille dans son ensemble
- savoir trouver sa place dans une équipe pluridisciplinaire, savoir collaborer avec d'autres professionnels. La sage-femme doit connaître ses limites et savoir à qui s'adresser quand elle ne peut assurer seule une prise en charge
- formation à l'écoute, à la relation d'aide. Apprendre à aborder les «clients» dans leur propre milieu, et non plus seulement à l'hôpital
- formation continue dans le domaine purement professionnel. La sage-femme doit absolument rester au courant, il n'y a pas de place pour l'amateurisme dans les soins du post-partum à domicile
- recyclage pour celles qui ont quitté la profession pendant quelques années
- formation personnelle
- approche des médecines parallèles.

Pour réaliser ces objectifs, on a proposé différents moyens:

- Avant de passer à la santé publique, il faut que la sage-femme ait travaillé au moins un an dans un petit hôpital pour acquérir une vue d'ensemble de la profession et apprendre à se «débrouiller».
- Que les sages-femmes indépendantes se regroupent et organisent des rencontres formatives où elles échangeaient leurs expériences et leurs découvertes.
- Participation à des cours existants, par exemple formation en santé publique avec les infirmières.

- Intensification des cours de perfectionnement au sein de l'ASSF.
- Création d'une formation en santé publique uniquement destinée aux sages-femmes. Un groupe ad hoc de l'ASSF travaille déjà à l'élaboration d'une telle formation continue.

### 2.3. Collaboration avec les autres professionnels de la santé

Là aussi, les sages-femmes indépendantes ont du pain sur la planche!

- Elles doivent se faire mieux connaître du public, par exemple par la voie de la presse locale ou régionale.
- Elles doivent faire reconnaître leur savoir et leurs compétences.
- Elles doivent aller elles-mêmes se présenter aux médecins, aux pédiatres, aux hôpitaux de leur région pour créer le contact et la confiance réciproque, et trouver des possibilités de formation continue et/ou de recyclage.
- Les sages-femmes indépendantes ont tout intérêt à se grouper par région, à publier une liste à l'intention des clientes potentielles, à organiser les remplacements en cas d'absence.
- La sage-femme indépendante pourrait se rapprocher des services sociaux existants. Avantages: elle profiterait d'un appareil administratif déjà en place, elle aurait une situation financière assurée en tant qu'employée d'Etat. Inconvénient: perte d'autonomie.

Sur un plan plus pratique, on a beaucoup souligné la nécessité d'une information écrite complète: Lorsque la sage-femme prend en charge une accouchée, elle doit recevoir de l'hôpital un rapport écrit concernant la grossesse, l'accouchement, l'état de la mère et de l'enfant à la sortie. Cela se fait plus facilement si la sage-femme indépendante est connue des sages-femmes hospitalières, si chacun fait preuve de bonne volonté dans l'intérêt de la patiente, et si l'on dispose à cet effet d'un formulaire simple mais clair. La sortie d'hôpital doit de plus avoir lieu pendant la journée.

Les problèmes financiers ont aussi été abordés. Il a été proposé que les maternités disposent d'un budget complémentaire destiné à rémunérer les sages-femmes indépendantes qui donnent des soins post-partum à domicile. Autre proposition: la sage-femme pourrait aussi remplir d'autres tâches au service de la collectivité, par exemple l'éducation sexuelle, l'information en matière de planning familial, etc, de façon à améliorer son revenu tout en travaillant dans le cadre de sa profession.

## Conclusion

Nous avons vu les bons et les moins bons côtés de la situation actuelle, les améliorations à apporter dans la formation des sages-femmes indépendantes et dans la collaboration avec les autres professionnels.

Pour que les propositions émises au Congrès puissent se réaliser, il ne suffit pas d'attendre que la formation de base change, que l'Association mette sur pieds une formation de santé publique, que, d'un coup de baguette magique, une bonne fée change notre système de santé.

Non, nous devons commencer par changer notre mentalité de sages-femmes. Ayons davantage confiance en nous-mêmes, en nos compétences, profitons de toutes les possibilités de formation existantes, participons à en créer de nouvelles. C'est seulement à ce prix que nous pourrions être mieux connues et acceptées par les autres professionnels de la santé et par le public en général.

En bref, cessons de pleurer sur les lacunes présentes, formons-nous, et affirmons-nous!



## Courrier des lecteurs

Le comité de la section genevoise nous prie de publier dans nos colonnes un article paru dans le journal «LA SUISSE» avec en manchette: «Valais, Sages-femmes, chasse gardée» et une lettre de la section le commentant. La rédaction du journal regrette vivement qu'un tel malentendu ait pu se produire et croit se souvenir que ce n'est pas la première fois que l'on prête à notre association des opinions qu'elle n'a pas émises. hg

Lettre écrite par la section genevoise de l'ASSF en date du 22 juillet 1985 et adressée à toutes les présidentes de sections:

**Madame la Présidente,  
Mesdames les membres du Comité Central,**

L'article paru dans «LA SUISSE» en date du 31 mai 1985 ainsi que la manchette du dit journal placardée dans tout le Valais nous ont consternées.

Le titre: «sages-femmes: chasse gardée» ainsi qu'un passage de l'article: «notre profession doit demeurer féminine ont répété les quelques trois cents participantes au congrès de l'Association des Sages-Femmes suisses.»