

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: 89 (1991)

Heft: 3

Artikel: Syndrome de Turner

Autor: Bader, Monika

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-950140>

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: 16.01.2026

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

Syndrome de Turner

Ce mois nous vous présentons le syndrome de Turner. C'est probablement une situation que peu de sages-femmes rencontrent dans leur carrière. Et pourtant si toutefois elle se présentait?

J'ai choisi deux textes, le premier est tiré d'une brochure vulgarisée, à proposer à toutes les personnes concernées par le Turner. L'adresse donnée devrait vous aider à renseigner rapidement les parents, afin qu'ils ne se sentent pas seuls face à leur petite fille turnérienne.

Le deuxième texte est un résumé tiré de la littérature et remanié avec l'aide d'un pédiatre, dans le but de faire ressortir les observations essentielles qu'une sage-femme est à même de faire en découvrant à la naissance une petite fille atteinte de cette anomalie congénitale.

La rédaction

Syndrome de Turner

par Monika Bader

Préface

Si quelque chose de peu commun ou mal connu se manifeste, nous sommes souvent angoissés. Ceci change cependant très vite lorsque nous apprenons à connaître la nouvelle situation. L'embarras est remplacé par l'assurance et le besoin d'agir correctement. Il en résulte de l'espoir et de la confiance pour l'avenir.

Je suis moi-même mère d'un enfant Turner. Je me réjouirais si mon expérience, résumée dans cette brochure, pouvait vous aider.

Pour de plus amples renseignements, je reste toujours volontiers à votre disposition.

J'aimerais remercier très cordialement le Prof. Dr. méd. W. Schmid, Zurich, pour son soutien compétent et précieux.

Monika Bader
Présidente du groupe d'entraide
Syndrome de Turner

Qu'est-ce que le syndrome de Turner?

Je devrais peut-être tout d'abord mentionner ce que **n'est pas** le syndrome de Turner. C'est une atteinte qu'il ne faut en aucune sorte cacher, en avoir honte ou en considérer comme un handicap qui rendrait impossible une vie normale, heureuse et harmonieuse.

Le syndrome de Turner est

un accident du développement congénital chez certaines filles et femmes: les symptômes principaux sont une petite

taille (pas de nanisme) et l'absence d'ovaires. A part cela, les femmes atteintes du syndrome de Turner sont des jeunes filles et des femmes normales. La raison de cet accident est une aberration chromosomique. Presque tous les individus ont 46 chromosomes, dont 23 proviennent du père et 23 de la mère. 22 paires sont dites autosomes, c'est à dire des chromosomes non sexuels. En outre, chaque homme reçoit de la mère un chromosome X et du père soit un chromosome X soit un chromosome Y. Si, avec le spermatozoïde, un chromosome X entre dans l'ovule, c'est une fille qui va naître (arrangement de 46 chromosomes + XX), si c'est un chromosome Y, l'oeuf fertilisé se développera en un fœtus masculin (arrangement de 46 chromosomes + XY). Le chromosome Y ne contient guère de gènes importants, sauf ceux qui dirigent le développement des organes génitaux mâles.

Avec 44 autosomes et un chromosome X on possède donc presque tous les gènes importants. Le manque d'un deuxième X ou d'un Y entraîne un développement physique et psychique de type féminin mais avec les deux symptômes mentionnés au début.

La perte d'un chromosome lors de la formation d'un spermatozoïde ou d'un ovule est un phénomène qui se présente assez souvent, une erreur de la nature. Si les autosomes sont atteints, l'oeuf fertilisé n'est pas capable de se développer et est avorté spontanément. Si c'est un chromosome sexuel qui est concerné, l'oeuf fertilisé peut survivre.

Lors de la fertilisation, l'anomalie chromosomique existe déjà. Tout ce qui se passe durant la grossesse n'a donc plus aucun effet. Les parents n'ont aucun contrôle sur la survenue d'un syndrome de Turner. L'«accident» s'est passé pour une raison inconnue et fortuite dans une cellule germinale. Il est très peu probable que d'autres enfants des mêmes parents soient atteints du syndrome de Turner.

Sur 2500 nouveau-nés féminins, une naît avec un syndrome de Turner. Seuls 2% des fœtus atteints d'un syndrome de Turner arrivent à terme. Je crois que ceci prouve la volonté de survivre de ces 2%: Nous devons les aider à avoir une vie normale, heureuse et harmonieuse.

D'où vient le nom: syndrome de Turner?

En 1930, le médecin allemand Dr Otto Ullrich et, huit ans plus tard, le médecin américain Dr Henry Turner, ont été les premiers à décrire ce syndrome. Toutes leurs patientes avaient une caractéristique commune: elles étaient petites et paraissaient plus jeunes que leur âge. A cette époque, on croyait que les hormones de croissance étaient responsables. Ce ne fut qu'en 1960 que l'on découvrit l'aberration chromosomique comme cause. Un syndrome est un «assemblage de caractéristiques» associées à un état particulier, un groupe de «symptômes» survenant simultanément.

Taille – croissance – traitement de la croissance

L'un des symptômes principaux observés chez les turnériennes est leur petite taille. La taille adulte d'une femme turnérienne est d'environ 1 m 46 cm (taille normale en moyenne: environ 1 m 65 cm). Si les deux parents sont de grande taille, la taille finale de la fille turnérienne est plus élevée.

De nos jours et dans notre société, la taille d'une personne joue un rôle important. Les personnes de petite taille sont souvent sous-estimées, ne sont pas prises au sérieux ou tout simplement ignorées.

D'habitude, les patientes turnériennes grandissent de façon normale durant les premières années de la vie. Ensuite, leur courbe de croissance est parallèle

mais inférieure à celle des enfants «normaux». En outre, l'accélération de la croissance à la puberté n'a pas lieu. Elles peuvent cependant continuer à grandir, alors que les enfants du même âge ont déjà terminé leur croissance. Les filles turnériennes ont d'habitude une quantité normale d'hormones de croissance. Actuellement, plusieurs études sont en cours dans lesquelles on essaie de stimuler la croissance à l'aide d'hormones de croissance, d'oxandrolone, d'oestrogènes ou d'anabolisants. Aucune de ces études n'est cependant terminée et on ne peut encore en tirer des conclusions définitives. Les premiers résultats sont positifs, mais l'on ne sait pas encore à coup sûr, si les centimètres additionnels constituent seulement une avance sur la taille finale ou bien des centimètres effectivement gagnés. Il est donc impossible d'en tirer une conclusion définitive.

Tant de facteurs différents sont responsables de la croissance que l'on ne peut conseiller un traitement unique pour toutes les filles turnériennes. C'est le spécialiste, qui, après discussion individuelle, déterminera le traitement approprié.

L'aspect psychologique ne doit pas être oublié. Cette «stimulation de la croissance» peut être pratiquée à un âge où il est très important d'assumer un aspect physique pareil à celui des autres camarades. Sinon, on devient très vite l'outsider, l'exclue. Je dois cependant souligner que ces méthodes de traitement n'ont été jusqu'à présent appliquées que dans le cadre de la recherche. Veuillez discuter avec votre pédiatre ou avec un spécialiste pour savoir si votre fille peut ou doit être traitée.

La puberté, et après?

Les ovaires d'une fille atteinte du syndrome de Turner sont sous-développés. Comme il n'y a production ni d'oestrogènes ni de progestérone, la puberté naturelle ne se produit pas. Il n'y a cependant pas lieu de se faire de soucis, car ces hormones peuvent être administrées. Par ce moyen, les filles turnériennes peuvent se développer comme toutes les autres filles, leurs seins se développent et la menstruation commence. Le syndrome de Turner n'est pas une raison pour ne pas avoir de partenaire: la vie affective n'en est pas diminuée. Les femmes turnériennes

ne sont pas des femmes de qualité inférieure pour la seule raison qu'en règle générale elles ne peuvent devenir enceintes. (On connaît quelques cas de grossesse chez des femmes turnériennes; ce sont cependant des exceptions).

Les mêmes hormones responsables du développement pubertaire sont également importantes pour maintenir la structure osseuse en bon état. Afin d'aider à prévenir l'ostéoporose (dégradation des os), ces hormones devraient être prises également jusqu'à l'âge de la ménopause.

Quoi d'autres?

Il y a encore d'autres signes qui peuvent apparaître, **mais ce n'est pas obligatoire!** Les filles ayant un syndrome de Turner sont aussi différentes l'une de l'autre que toutes les autres filles. On observe souvent des ongles atypiques, un torse large avec des mamelons très espacés, un palais en voûte (problèmes d'orthodontie), et une infection chronique de l'oreille moyenne. On observe souvent, avant tout chez les nourrissons, des oedèmes lymphatiques sur le dos des mains et des pieds qui d'habitude disparaissent cependant spontanément.

Ecole – vie professionnelle

Le syndrome de Turner n'entraîne ni handicap physique ni diminution de l'intelligence. Peut-être une fille turnérienne a-t-elle parfois quelque peine avec la pensée logique, le calcul, la représentation abstraite et dans l'espace ou avec les travaux manuels (bricolage). Les enfants «normaux», ne connaissent-ils pas parfois les mêmes problèmes?

Certaines professions «de rêve», comme par exemple mannequin ou hôtesse de l'air, sont probablement exclues, mais pour le reste, une fille turnérienne peut exercer toute profession désirée. Bien entendu, la taille peut limiter les possibilités d'engagement. Elle devrait choisir un travail qui n'exige pas trop de force ou pour lequel la taille ne joue pas un rôle trop important (par exemple atteindre des étagères trop hautes).

Que puis-je faire?

En fait, c'est très simple: acceptez votre fille comme elle est. Elle aura sans doute besoin d'un peu plus de soutien. La

question, selon moi, n'est pas l'enfant, c'est l'environnement qui crée les problèmes. L'attitude conformiste et intolérante me réduit parfois presque au désespoir. Quelle réponse puis-je donner aux questions de ma fille: «Pourquoi est-il si important d'être de grande taille? Pourquoi est-ce qu'on ne m'accepte pas comme je suis?»

Si vous avez accepté le fait que votre fille soit atteinte du syndrome de Turner et qu'il ne s'agit pas d'une tare, vous avez certainement fait le premier pas. Vous serez alors en mesure d'aider votre fille à venir à bout d'elle-même et des autres, à croire en elle et à avoir une attitude positive face à sa situation.

Une expérience de parents

Nos premières années avec une fille turnérienne

Notre fille Sabine est née comme deuxième enfant le 1er octobre 1980. La sage-femme était nerveuse après l'accouchement et avait immédiatement informé le pédiatre. On nous communiqua que Sabine était peut-être atteinte du syndrome de Turner, mais qu'on n'avait pas encore effectué les examens nécessaires.

Une fois les premiers résultats connus, six mois après l'accouchement, le pédiatre nous informa pendant une bonne heure. La santé de Sabine fut bien surveillée par le médecin à l'hôpital, les opérations nécessaires (reins et sténose aortique) entreprises. Mais nous, les parents, avons été oubliés et abandonnés, seuls avec toutes nos angoisses.

Lorsque Sabine eut trois ans, nous avons exprimé à l'hôpital le désir de connaître d'autres parents concernés, car nous ne pouvions pas croire que nous soyons les seuls à avoir ce problème. Une entremise fut refusée pour le motif que chaque enfant se développe individuellement!

Notre prochaine requête dans cette direction eut lieu deux ans plus tard à la polyclinique psychiatrique de pédiatrie. Nous avons reçu alors l'adresse de deux pédiatres qui traitaient des filles turnériennes. Ce fut encore un échec. Déçus, nous avons laissé les choses aller jusqu'en automne 1987, lorsque nous découvrîmes par hasard, grâce à de bons amis, un petit article dans le magazine «Wir Eltern» au sujet du groupe d'entraide.

Notre recherche fut enfin couronnée de succès! Par le contact avec d'autres parents, nous avons constaté que, comparée aux autres filles turnériennes, Sabine était atteinte de manière relativement forte. Les opérations mentionnées ci-dessus ne sont que rarement nécessaires.

Aujourd'hui, Sabine fréquente depuis deux ans la classe préparatoire. Elle est éveillée, intelligente, gaie et très énergique. Sa scolarisation n'a été possible que par une prise en charge «sociale». Elle a dû apprendre à s'insérer – et elle le doit encore – dans un

groupe et à ne pas se placer toujours au centre. Du point de vue de la santé, Sabine va bien. Elle est une fille avec ses côtés positifs et négatifs, comme tous les enfants «normaux».

J'espère que ce simple petit résumé sur le syndrome de Turner vous aidera à réduire à leur juste valeur les premières incertitudes et angoisses. Si vous désirez avoir des réponses plus détaillées à vos questions, veuillez vous adresser à votre médecin.

A cette occasion, j'aimerais vous rendre attentifs à notre groupe d'entraide. Nous sommes des parents de filles

atteintes du syndrome de Turner et également des filles turnériennes; nous cherchons le dialogue et la communication. □

Adresse de contact:

Monika Bader

Kappelisackerstrasse 101

3063 Ittigen

Téléphone 031/58 44 42 (le soir)

ou 031/64 35 20 (pendant la journée)

Syndrome de Turner

(résumé technique)

1) Définition:

Affection qui atteint certaines femmes et qui se caractérise par une petite taille, une aménorrhée primaire, sans développement des caractères sexuels secondaires ainsi que d'autres malformations diverses.

2) Synonymes:

Syndr. Turner-Albright, agénésie ovarienne, dysgénésie ovarienne, nanisme ovarien.

3) Incidence:

98% des Turners ne surviveront pas, cela correspond au 5 – 10 % des fausses couches en général.

2 % naissent et représentent le 1/2500 des nouveau-nés filles.

4) Etiologie:

Anomalie génétique qui se produit lors de la méiose:

a) soit par non-disjonction du chromosome sexuel X=(45XO).

b) soit par retard dans l'anaphase avec perte du chromosome sexuel X=(45XO).

c) soit par division transversale du chromosome sexuel X, d'où naîtront deux isochromosomes; l'un avec deux bras courts l'autre avec deux bras longs = (46X, i[Xq]).

5) Diagnostic:

Caryotype (chorio/amniocentèse; sanguin ou tissulaire).

6) Classification:

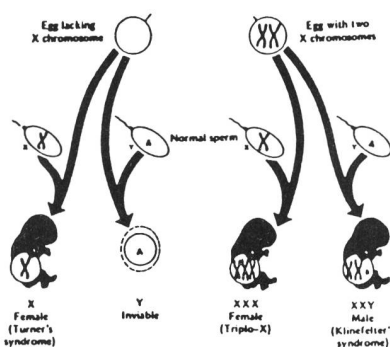
Monosomie (classique)

Cette forme classique du syndrome de Turner est représentée par le caryotype 45,X, signifiant que le second chromosome X manque dans toutes les cellules. Ce groupe présente en général un

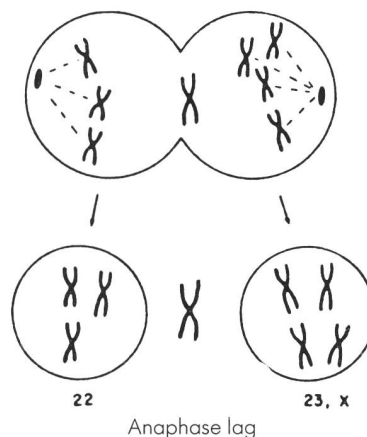
plus grand nombre de caractéristiques physiques liées au syndrome que les autres. L'incidence de la monosomie dans la population turnérienne est d'environ 50% (voir schéma 4a et b).

Isochromosome

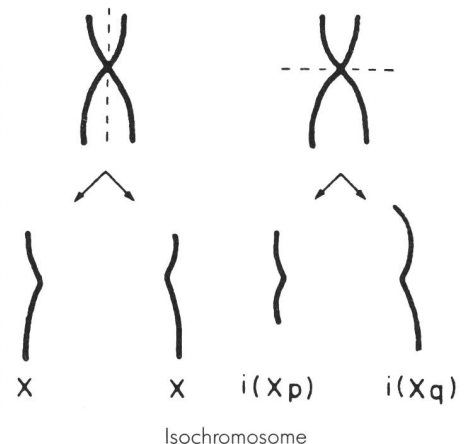
Normalement, un chromosome se divise longitudinalement, dans le cas d'un isochromosome, il s'est divisé transversalement. Il en résulte une perte de tout ou partie d'un des bras du chromosome et du matériel génétique qu'il contient. Deux chromosomes X normaux sont nécessaires au développement sexuel normal. Le terme «isochromosome», lorsqu'il se réfère à un chromosome X ayant un long bras normal, caryotype 46,i(Xq), signifie que le bras court du chromosome X manque et que le bras long est dupliqué. Les Turnériennes ayant ce caryotype diffèrent peu en apparence de celles ayant une monosomie. Elles ont toutefois plus rarement des plis cutanés au cou et des problèmes cardiovasculaires.



a) non-disjonction



b) retard de l'anaphase



c) division transversale

L'isochromosome se rencontre chez 12 à 20% des cas de syndrome de Turner (voir schéma 4c).

Mosaïcisme

Quand, soit le nombre, soit la structure des chromosomes varie d'une cellule de l'organisme à l'autre on parle de mosaïcisme chromosomique.

Un exemple de mosaïcisme dans le syndrome de Turner est le caryotype 45,X/46,XX. Dans ce cas, le second chromosome X ne manque que dans une partie des cellules. Les Turnériennes de ce groupe présentent un plus petit nombre de caractéristiques physiques liées au syndrome. Jusqu'à 20% des femmes de ce groupe ont des menstruations et cent cas de grossesse sont connus chez des femmes ayant ce type de mosaïcisme. Celles qui ont des règles ont habituellement une ménopause précoce, dès la fin de la vingtaine ou le début de la trentaine.

La composition des cellules peut différer dans le mosaïcisme. Par exemple, une personne peut avoir des cellules où un chromosome X entier manque et parallèlement des cellules qui ont des isochromosomes, par exemple 45,X/46X,i(Xq). 30 à 40% des femmes ayant un syndrome de Turner ont des mosaïcismes.

En ce qui concerne la sage-femme:

A) Diagnostic à la naissance:

(1/3 des cas)

- Retard de croissance intra utérin dit «harmonieux»
- Petite fille env. 46 cm
- Faible poids env. 2500 g
- En général née à terme
- Lymphoedèmes 70% (cou; dos des pieds et des mains) se résorbent en quelques sem./mois.
- Ptérigion du cou 30 – 50% (replis cutanés évent. multiples et/ou bilatéraux de chaque côté du cou) : chir. esthétique si persistance. Diagn. différentiel/associé: syndrome de Bonnanie-Ullrich.
- Thorax: bombé, large
- Mamelons: exagérément écartés
- Avants-bras: cubitus valgus, en abduction
- Cheveux: implantation basse sur la nuque
- Peau: naevi abondants (rare)
- Poignet: court avec le 4e doigt raccourci (rare)

- «Visage du sphinx»: triangulaire, oreilles basses et mal ourlées, paupières et commissures tombantes, voûte palatine ogivale (ttt: orthodontie)

Diagnostic post-partum et

jusqu'à 1 an:

- Troubles de la déglutition
- Vomissements (50%): rarement dû à une constriction entre la liaison gastro-intestinale.

Diagnostic d'ordre médical

Diagnostic durant l'enfance:

- rein: atteinte souvent muette (50%): agénésie, hypoplasie, etc...
- coeur: coarctation de l'aorte (10%) ttt: chir.

- ainsi que quelques autres malformations moins courantes.

Rappelons que la mortalité infantile ne peut pas toujours être évitée dans ces cas-là.

B) Diagnostic pré-pubertaire

(1/3 des cas)

- croissance: lente
- audition: diminuée (50%)
- vue: myopie, cataracte

C) Diagnostic pubertaire et adulte

(1/3 des cas)

- pas de développement des caractères sexuels secondaires (seins, règles, pilosité axillaire et pubienne), l'utérus reste infantil, les ovaires non-développés.
- aménorrhée primaire
- stérilité ou ménopause précoce (mosaïque)
- ostéoporose, artériosclérose
- taille adulte: env. 1 m 50 cm

Traitement du syndrome

Dès la puberté: soutien hormonal

- oestrogène et progestérone
- androgène (facultatif, mais donne de bons résultats)
- hormone de croissance humaine (hCH): encore expérimental actuellement.

Traitement de la stérilité

- implantation d'embryon avec soutien endocrinien
- adoption si traitement non envisageable

Pour information aux parents

(texte tiré de la brochure «Les Xs et les Os du syndrome de Turner»)

Soutien psychologique

Les Turnériennes ont souvent besoin de traitements médicaux. Elles paraissent parfois plus jeunes que leur âge et se sentent trop souvent infantilisées ou traitées comme des personnes fragiles. A l'école, elles sont touchées par les moqueries des autres camarades de classe. Adultes, elles sont préoccupées par leur problème de stérilité.

Afin de promouvoir leur indépendance, les Turnériennes devraient recevoir des tâches adaptées et être traitées selon leur âge réel. Elles ont aussi la responsabilité de se comporter d'une manière appropriée à leur âge. 90 % des Turnériennes estiment que le meilleur moment pour connaître la vérité sur leur différence se situe entre 9 et 11 ans, soit avant la puberté.

Féminité et sexualité

La féminité est avant tout un état d'esprit, incorporant une image adulte de soi-même et une vraie satisfaction de

soi en tant que femme. Avoir un syndrome de Turner ne signifie pas que vous êtes moins une femme ou moins féminine. Il n'y a aucune raison pour que les Turnériennes ne puissent pas avoir de relations sexuelles satisfaisantes, elles sont même parfaitement capables d'avoir un orgasme.

Certaines pensent que parce que leur physiologie s'est développée différemment, elles risquent d'être rejetées par des partenaires potentiels. «J'ai peur que la personne avec qui j'ai une relation sentimentale me laisse tomber pour quelqu'un de physiquement plus beau; qu'à la fin je sois toujours perdante». C'est une crainte très répandue malgré le fait que chaque femme est physiquement unique. La thérapie aux oestrogènes aide les Turnériennes à développer une silhouette semblable à celle des autres femmes.

La façon dont on se voit soi-même en termes de féminité et de sexualité sera inévitablement communiquée aux autres. Quels types de signaux donnez-vous? La peur de ne pas être capable d'avoir des relations sexuelles satisfaisantes n'est pas fondée. Comme la féminité, votre sexualité est beaucoup plus un état d'esprit qu'un simple reflet de votre anatomie.

Et pour les rares Turnériennes qui auront la chance de connaître une grossesse...

(témoignage tiré de la brochure «Les Xs et les Os du syndrome de Turner»)

Grossesses

Quoique nous ayons clairement signalé que la stérilité est une conséquence presque inévitable du syndrome de Turner, il faut mentionner que parmi les milliers de turnériennes quelques grossesses ont été observées. Ces événements restent toujours très rares (seulement 100 cas) et, comme on pouvait s'y attendre, ils ont presque toujours eu lieu dans des cas de mosaïcisme.

Cathy (Pseudonyme) mesure 1 m 42 et pense n'avoir aucun des autres problèmes médicaux habituellement liés au syndrome de Turner. A l'âge de 16 ans, Cathy a découvert qu'elle avait un syndrome de Turner (mosaïcisme) et on lui a dit qu'elle ne pourrait pas avoir d'enfants. Trois ans plus tard Cathy a eu un choc particulièrement violent lorsqu'elle a découvert qu'elle était enceinte. Elle n'était pas mariée à l'époque et ses parents lui ont conseillé l'avortement. Mais Cathy ressentait une forte envie de garder l'enfant. «Je n'étais pas sensée pouvoir être enceinte, que se passera-t-il si j'avorte? Un jour peut-être je souhaiterai me marier, m'installer et avoir une famille. Si à ce moment-là je ne peux pas avoir d'enfants, je regarderai en arrière et je penserai que quelques années plus tôt j'aurais pu avoir un bébé.»

Cathy a eu une amniocentèse durant la 17ème semaine de sa grossesse pour vérifier que celle-ci se déroulait normalement. Ce procédé implique le prélèvement d'un échantillon de liquide amniotique contenant des cellules fœtales. L'amniocentèse est une méthode de diagnostic prénatal utilisée pour détecter les anomalies génétiques. Cathy a en fait eu de la chance de donner naissance à un bébé normal et en bonne santé parce qu'il y a 50% de chance d'avortement spontané et une incidence élevée de problèmes génétiques (33%) chez les enfants de mères turnériennes.

Cathy a été hospitalisée six semaines avant le terme et une semaine après la naissance. Il y avait des risques que le fœtus en se développant altère le fonctionnement normal de son système respiratoire. La naissance a eu lieu par césarienne.

A présent Cathy est mariée et sa fille Tracy a dix ans. Cathy est très heureuse de sa décision et Tracy est belle et en bonne santé. Cathy et son mari ont essayé d'avoir d'autres enfants mais jusqu'à présent sans succès. Cathy pense que la seule différence entre elle et les femmes «normales» est sa taille. □

Bibliographie

- Les Xs et les Os du syndrome de Turner, Susan Charney, assoc. Canadienne du Syndr. de Turner, Toronto-Canada.
- Médecine néonatale, Paul Vert et Léo Stern, Masson.
- Coénétique médicale, A.E.H. Emercy, Masson.
- Vademecum clinique du symptôme à l'ordonnance, Ile éd., V. Fattorusso et O. Ritter.



Schweizerisches Rotes Kreuz
Croix-Rouge suisse
Croce Rossa Svizzera

Berufsbildung
Formation professionnelle
Formazione professionale

Sages-femmes

si vous désirez

apporter de nouvelles dimensions à votre pratique professionnelle et développer votre compétence à conseiller vos collègues dans leur recherche d'une qualité de soins optimale

alors

la formation en clinique des soins obstétricaux offerte par l'école supérieure d'enseignement infirmier de la Croix-Rouge suisse est susceptible de vous intéresser.

Son contenu, présenté sous forme de modules, est axé autour des recherches en soins obstétricaux effectuées par les sages-femmes et des nouvelles conceptions et tendances dans les soins obstétricaux. Il met également l'accent sur l'anthropologie et les soins de santé, le processus pédagogique (dans des situations de formation de collègues et d'enseignement à la future mère, au couple, à la communauté) ainsi que sur le processus de gestion. Les modules spécifiques aux soins obstétricaux ont été élaborés en collaboration avec l'Association des sages-femmes.

La formation débute en septembre 1991 et s'étend sur un an, à raison d'une semaine par mois. Son coût est de frs. 4700.-.

Les informations peuvent être obtenues auprès de Madame E. Fretz, responsable administrative des admissions.

Les dossiers de candidatures sont à retourner au plus tard pour le 20 mai 1991.

Adresse:

Ecole Supérieure d'enseignement infirmier
Les Prés-de-Valmont
30, Avenue de Valmont
1010 Lausanne
Téléphone 021 653 17 17