

le trait d'union

périodique de la Clinique Générale-Beaulieu

n° 50 juin 2010



Dossier: système de neuronavigation ■ Interview: P.-A. Schneider
■ Les 4^e Rencontres du CPMA ■ Unités de soins: le bloc opératoire

sommaire

- 2 le mot du directeur
- 3 dossier
système de neuronavigation
- 7 prévention cancer de la peau
- 8 interview: P-A Schneider,
Président de l'Association des
médecins du canton de Genève
- 10 compte-rendu
4^e Rencontres du CPMA
- 11 unités de soins: bloc opératoire
- 12 rencontre: Sara Scheibler
- 13 actualités RH
- 15 en bref

impresum

Ligne éditoriale:
Philippe Cassegrain
Nicolas Brunschwig

Rédacteur responsable:
Philippe Amez-Droz

Ont également collaboré
à ce numéro:

D^{rs} Philippe Bédard, Jean-Pierre Grillet,
Francis Marchal, Christophe Mégevand,
Aymen Ramadan, Philippe Renard,
Pierre-Alain Schneider.

M^{mes} Nathalie Blanc, Françoise Dimier,
Annie Grange, Brigitte Robbe,
Sara Scheibler.

MM. Denis Branche, Philippe Cassegrain,
Laurent Mauler.

Crédits photos:
Thierrypier Graindorge

Graphisme & production:
Agence PM

Tirage: 1'200 exemplaires

Contact: traitdunion@beaulieu.ch
Site: www.beaulieu.ch



le mot du directeur



Nouvelle LAMal: nouvelles exigences

La dernière révision de la LAMal traitant du financement des hôpitaux et de la planification hospitalière est de la plus haute importance. En effet, les modifications apportées à la LAMal consacrent notamment le principe de la concurrence entre les prestataires de soins. En outre, les hôpitaux publics et les cliniques privées doivent être traités de façon équitable par le biais du nouveau mode de financement que sont les DRG (Diagnosis Related Groups) et dans le cadre de la planification.

Les DRG sont des forfaits qui prévoient la fixation d'un prix lié à une pathologie incluant les coûts d'investissement (ce qui est nouveau pour les hôpitaux publics) et les honoraires médicaux (ce qui est nouveau pour les cliniques privées, à l'exception du TarMed en lien avec l'ambulatoire). Ceci revient à dire que les assureurs n'achètent plus un coût de «production» d'un établissement, mais achètent le prix d'une prestation médicale en rapport avec une pathologie donnée.

Les cliniques privées vont devoir être vigilantes vis-à-vis des politiques qui pilotent le système: l'égalité de traitement sera-t-elle vraiment assurée entre les hôpitaux publics et les cliniques privées dans le cadre de la planification et du financement? Les cliniques privées percevront-elles l'intégralité des subventions auxquelles elles ont droit? Dans l'affirmative quelles seront les exigences posées par l'Etat? L'Etat ne sera-t-il pas tenté de restreindre la liberté d'entreprise des cliniques privées? Les hôpitaux publics, forts du soutien de l'Etat, ne seront-ils pas enclins à étendre leur hégémonie?

On se rend compte que cette révision de la LAMal pose énormément de questions encore sans réponse à ce jour.

Nous attendons donc que l'Etat fasse son travail: qu'il détermine d'abord les besoins de la population en matière de santé comme l'exige la loi et qu'il en découle naturellement une adaptation de l'offre étendue au public comme au privé de façon équitable (autre exigence de la loi). Ensuite, l'Etat doit exposer clairement ses exigences pour qu'un établissement figure sur la liste cantonale. C'est seulement après cet exercice que les cliniques privées pourront se déterminer.

En dépit des interrogations, des questions encore ouvertes et des difficultés techniques, les cliniques privées ont des atouts extraordinaires à faire valoir; elles ont un rôle à jouer en complémentarité, mais aussi en concurrence avec l'hôpital public. Elles aident à absorber la demande de soins toujours croissante de la population. Elles constituent, avec leur savoir-faire, une véritable alternative sous forme de complémentarité à l'hôpital public.

L'Etat le sait et ne peut pas l'ignorer.

PHILIPPE CASSEGRAIN

UN SYSTÈME DE NEURO-NAVIGATION DE DERNIÈRE GÉNÉRATION ÉQUIPE LA CLINIQUE



Des chirurgiens soulignent l'importance du geste médical

Depuis octobre 2009, le bloc opératoire de la Clinique Générale-Beaulieu est doté d'un système de neuronavigation de toute dernière génération développé par la société Medtronic. Trois chirurgiens expérimentés qui utilisent cet équipement de pointe soulignent l'importance du savoir-faire médical et celle de la coordination des équipes présentes lors des interventions. Car sans le chirurgien et son équipe, la machine, aussi complexe et utile soit-elle, n'est rien.

Les trois chirurgiens rencontrés sont les D^{rs} Christophe Mégevand, spécialiste FMH ORL et spécialiste FMH en chirurgie cervico-faciale, Philippe Bédard, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (sous-spécialité: chirurgie du rachis) et Aymen Ramadan, spécialiste FMH en neurochirurgie (sous-spécialité: chirurgie du rachis). Ces trois chirurgiens ont en commun, outre le fait d'être médecins agréés à la Clinique Générale-Beaulieu, d'avoir opéré avec le tout nouveau système de neuronavigation.

Cette technique n'est pas nouvelle. Elle existe depuis une quinzaine d'années. Le système en place depuis l'automne dernier à la Clinique Générale-Beaulieu, conçu et développé par Medtronic, est de la dernière génération. Il est équipé d'un repérage effectué au moyen d'une antenne électromagnétique. La neuronavigation, à l'origine, s'est développée parallèlement aux progrès dans les domaines informatique et logiciel de la fin des années 90.

Des équipements toujours plus sophistiqués
Systèmes de localisation et de neuronavigation assistés

par l'imagerie, dénommés systèmes peropératoires, ils ont évolué avec le développement d'instruments, notamment les sondes à ultrasons et de microscopes, qui sont suivis trigonométriquement par des caméras lasers à infrarouge, ce qui permet d'avoir sur un écran et en continu différentes positions, en 3D, avec une précision pouvant aller jusqu'à 0,1 mm. Le chirurgien peut ainsi repérer, par exemple, une tumeur dans le tissu cérébral, contourner les zones fonctionnelles actives à l'IRM, et intervenir avec une sécurité et un confort accrus.

La «NeuroNav», pour utiliser l'expression des médecins, qui équipe la clinique fonctionne tout à la fois comme un complexe système de navigation GPS et comme un instrument chirurgical qui vient assister le geste du médecin, sans occulter l'importance de son savoir-faire et de son expérience. Nous avons demandé aux trois chirurgiens qui l'ont utilisée déjà à de nombreuses reprises de préciser comment et pourquoi la «NeuroNav» apporte une sécurité optimale aux patients et un confort certain au chirurgien. ■

«NeuroNav» : l'avis de trois médecins



Dr Christophe Mégevand

«Un système de repérage d'une précision inouïe»

Le Dr Mégevand, par ailleurs Président des médecins ORL du canton de Genève, parle de «système d'intervention guidée» pour évoquer l'utilisation de la «NeuroNav» dans ses spécialités, ORL et cervico-faciale. «Ce système est très utile pour la chirurgie des sinus car il apporte un surcroît de sécurité. Imaginez les zones à risques que représentent le cerveau, l'orbite, les fibres olfactives, les artères carotides... Une erreur et on risque des complications extrêmes. Le système de neuronavigation accentue la précision anatomique car il permet, d'une part, d'établir des repères bien identifiés, par l'utilisation peropératoire du scanner, et, d'autre part, d'exploiter les corrélations entre ces repères et les images prises en temps réel grâce aux caméras endoscopiques qui équipent le système. Nous disposons ainsi d'une corrélation en 3D entre la «carte», à savoir les images du scanner préalablement enregistrées, et la réalité chirurgicale. En chirurgie endo-

nasale, nous utilisons préférentiellement le scanner, et non l'IRM, en raison de la qualité optimale de la définition des barrières osseuses et des tissus mous» (tomodensitométrie, IDM).

Une mise en place de durée variable

Si la neuronavigation, qui nécessite une mise en place d'environ 15 à 20 minutes par l'ensemble de l'équipe opératoire, n'est pas indispensable dans la chirurgie du rétablissement de la perméabilité respiratoire endonasale (cloison nasale, cornets) en revanche, estime le Dr Mégevand, elle l'est pour les interventions proches de la base du crâne, des artères carotides, des fibres olfactives, des orbites, des nerfs optiques et de toute la chirurgie des sinus en général, y compris la reperméabilisation des voies lacrymales par voie endonasale (DCR: dacryorhinostomie)

«La neuronavigation vous oriente en tout premier lieu sur l'endroit où vous êtes très exactement. Elle vous permet, aujourd'hui, d'exploiter des instruments, des aspirations, qui jouent le rôle de pointeurs pour se repérer avec précision.

Très utile dans les cas de sinusites chroniques polypeuses, de mucocèles (pathologies des sinus qui se referment suite à des infections, à une intervention préalable, ou encore suite à un accident), de tumeurs, la neuronavigation ne doit pas être considérée comme un oreiller de paresse.

Dr CHRISTOPHE MÉGEVAND: «La qualité d'une équipe expérimentée et une longue pratique chirurgicale sont toujours nécessaires. La "NeuroNav" ne doit en aucun cas favoriser l'excès de confiance.» ■



Dr Philippe Bédet

«Très utile pour les implants dans la colonne vertébrale»

Le Dr Philippe Bédet, ancien Président de la Société genevoise de chirurgie orthopédique, réalise des interventions très délicates de chirurgie orthopédique et de traumatologie de l'appareil locomoteur et de la colonne vertébrale depuis 1983. La chirurgie du rachis concerne précisément la colonne vertébrale.

Dr BÉDET: «Les chirurgiens orthopédistes ont l'habitude de la navigation informatisée, notamment pour la mise en place de prothèses du genou. Une caméra infrarouge et des capteurs installés sur la cuisse et la jambe du patient ainsi que d'autres capteurs pour les divers instruments qui assistent la main du chirurgien permettent la mise en place de la prothèse avec une grande précision. Pour la neuronavigation, le système se révèle très utile pour la mise en place des vis dans les pédicules vertébraux. Les données du patient sont recueillies soit en pré-opératoire (scanner) soit

Suite du texte en page 6 >>

durant l'intervention (scopie). Elles sont ensuite introduites dans le système de neuronavigation et permettent d'assister le chirurgien pour les gestes les plus délicats.»

Les données personnalisées recueillies sur le patient, en salle d'opération ou en radiologie, constituent une forme de «banque de données anatomiques» du patient. Le Dr Bédât souligne l'utilité de la «NeuroNav» dans les cas d'implants (vis pédiculaires) qui, dans la colonne vertébrale, exigent une précision extrême puisque le pédicule est très étroit, de l'ordre de 5 à 6 mm de diamètre. La vis doit éviter le canal rachidien, au risque de léser les structures neurologiques. Les vis pédiculaires ont été développées par les chirurgiens orthopédistes pour le traitement notamment de la scoliose et des instabilités segmentaires du rachis. Un incontestable progrès.

Dr BÉDAT: «Les interventions en chirurgie orthopédique à l'aide du système de neuronavigation bénéficient, dans le cas particulier de la colonne vertébrale, d'un apport technologique qui est un incontestable progrès. Mais cela ne dispense pas de savoir insérer une vis pédiculaire sans l'assistance du système. Tous les chirurgiens du rachis le savent. Il existe une "courbe d'apprentissage" de ces nouveaux systèmes. Bien exploités, ils participent d'une sécurité accrue pour le patient.»

Le Dr Bédât a effectué, deux jours après cet entretien, une intervention sur une patiente de 72 ans, souffrant de scoliose lombaire avec instabilité dégénérative. Intervention réalisée avec le système de neuronavigation, soit après la mise en place, plus de 4 heures d'opération. ■

A voir: des extraits du film réalisé lors de l'intervention sur le blog de la clinique.
<http://blog.beaulieu.ch/>



Dr Aymen Ramadan

«La neuronavigation a progressé de façon spectaculaire»

Le Dr Aymen Ramadan pratique la chirurgie du rachis (lire le dossier consacré à la neurochirurgie, *Trait d'Union* n° 34, juin 2006). Ancien chef de clinique aux HUG, le Dr Ramadan a suivi les développements technologiques de la neuronavigation depuis plusieurs années: «J'ai été le témoin, à Memphis (Etats-Unis), en 1996, du système de neuronavigation élaboré déjà avec Medtronic. L'évolution a été pour le moins spectaculaire. A l'époque, de nombreux neurochirurgiens ne l'utilisaient pas en raison d'un temps de préparation trop conséquent, sans compter, aussi, des considérations plus "philosophiques".»

Dr RAMADAN: «Les interventions sur la colonne vertébrale, qui exigent un long apprentissage, se réalisaient au moyen de repères précis et connus. Mais le risque était toujours là de toucher les tissus nerveux puisqu'il faut faire passer chaque vis pédiculaire entre les nerfs. Les repères, même bien identifiés, ne pouvaient exclure la présence, par exemple, d'un pédicule déformé ou trop petit. Aujourd'hui, la nouvelle "NeuroNav" permet de dire au chirurgien avec précision où il se trouve et selon quelle configuration. Grâce à la scopie peropératoire, on voit le pédicule.»

Pas un robot chirurgical

Le Dr Ramadan souligne que le système de neuronavigation n'est nullement un «robot chirurgical». Il considère que le recours à un tel système doit viser l'efficacité et non suivre une «mode». Il cite ainsi l'exemple du laser, longtemps utilisé, qui ne l'est pratiquement plus aujourd'hui. «Ce qui doit nous interpeller, c'est la nécessité de former les jeunes chirurgiens aux connaissances gestuelles les plus complexes... sans la machine.» Il juge aussi indispensable que le chirurgien conserve la maîtrise de l'outil, comme par exemple les vis pédiculaires: «Le matériel ne devrait pas dépendre du fabricant mais plutôt de la pathologie.»

Dr RAMADAN: «L'intérêt de la neuronavigation dans la zone cérébrale est aussi évidente, car on y rencontre pas seulement de gros vaisseaux mais aussi, à proximité de la tumeur qui nécessite l'intervention, de multiples sinus veineux. Grâce à la "NeuroNav", on voit très exactement où se situe la pointe de notre instrument, en fonction de repères effectués sur l'anatomie du patient.»

Et de relever que de plus en plus de patients s'informent préalablement des moyens et instruments utilisés: «Ils connaissent l'existence du système de neuronavigation, pas dans les détails opératoires certes, mais dans sa finalité: leur assurer une meilleure sécurité.»

L'important, pour le chirurgien, demeure de ne pas céder au déterminisme technologique et de considérer qu'il n'y a que des cas individuels et pas de solutions uniformes. ■

Journée de prévention du cancer de la peau : plein succès à la clinique

La Journée nationale du cancer de la peau 2010 s'est déroulée lundi 10 mai, avec succès. A la Clinique Générale-Beaulieu, le Dr Jean-Pierre Grillet, président de la Société suisse de dermato-vénéréologie, a reçu avec plusieurs de ses collègues 120 personnes, pour un examen de dépistage gratuit.



Comme l'évoque la Ligue suisse contre le cancer sur son site (www.liguecancer.ch), qui a organisé la journée conjointement avec la Société suisse de dermatologie-vénéréologie et l'Office fédéral de la santé publique, chaque année 1'850 personnes développent un mélanome. 270 en décèdent en Suisse. Rien qu'à Genève, 250 cas de nouveaux mélanomes sont observés chaque année et environ 500 cas de tumeurs non mélaniques sont détectés.

On distingue plusieurs catégories de cancers: les cancers non mélanomes et les mélanomes. Le mélanome malin se développe à partir d'un grain de beauté alors que la tumeur non mélanique se manifeste par une lésion souvent croûteuse, persistante.

Prévention indispensable

Le Dr Jean-Pierre Grillet observe environ une dizaine de cas de mélanomes par an dans son cabinet, «qui sont

faciles à traiter dès lors qu'ils sont repérés tôt: une simple excision conduit à la guérison, alors que s'il est profond il comporte un risque mortel.» Si le soleil est le facteur aggravant le plus connu et le mieux identifié, diverses causes, notamment héréditaires, peuvent conduire à l'apparition de taches de pigmentation suspectes.

C'est pourquoi, lors de la Journée nationale du cancer de la peau, les dermatologues ont examiné gratuitement taches et grains de beauté. Un changement de couleur, de forme ou de taille, un saignement: autant d'indices étaient identifiés lors de cette journée de dépistage. Au besoin, une recommandation a été formulée en vue d'un examen médical approfondi. ■

A lire et à voir: l'interview du Dr Jean-Pierre Grillet sur le blog de la clinique. (<http://blog.beaulieu.ch/>)

Interview du D^r Pierre-Alain Schneider, Président de l'Association des médecins du canton de Genève

«Un système de santé performant coûte assez cher»



Président de l'Association des médecins du canton de Genève (AMG), le D^r Pierre-Alain Schneider (interviewé en 2006: *Le Trait d'Union* n° 36), fait le point sur l'évolution récente de la politique de santé en Suisse. Il critique notamment la clause du besoin qui pénalise les jeunes médecins et confirme le lancement d'une initiative populaire pour plus de transparence dans l'assurance-maladie.

Avec la réforme du système de santé qui s'accompagne de l'introduction des DRG fixée à 2012 et de l'entrée en vigueur de la planification hospitalière pour 2015 en principe, sans oublier la prorogation de la clause du besoin jusqu'à fin 2011, comment voyez-vous l'avenir pour des acteurs de la santé en général et des médecins genevois que vous représentez en particulier?

D^r PIERRE-ALAIN SCHNEIDER: «Vous devriez plutôt interroger Madame Soleil! La facturation par DRG (Diagnosis Related Groups) n'est applicable qu'aux soins aigus avec un diagnostic précis, comme c'est le plus souvent le cas pour la chirurgie. Elle concerne donc peu les soins ambulatoires. Pour l'hospitalisation, elle est déjà appliquée aux

HUG, par exemple, mais il s'agit du modèle AP-DRG qui est fort différent de SwissDRG, une adaptation du système allemand. De plus, il est probable qu'on dispose des paramètres techniques trop tard pour faire les simulations nécessaires. Il y a donc actuellement plus de questions que de réponses.

Quant à la clause du besoin, elle a essentiellement eu des effets négatifs. C'est une source d'inquiétude importante pour les jeunes médecins qui les incite à s'installer dès que possible plutôt que poursuivre leur formation post-graduée. Je ne crois pas qu'elle ait permis des économies sensibles. Elle a surtout renforcé la position des établisse-

ments médicaux qui, jusqu'à l'année dernière, restaient libres d'engager des médecins comme employés. Et lorsque cette limitation sera levée, elle pourrait bien produire d'autres vagues.

Le problème essentiel pour les médecins indépendants, sera de plus en plus l'équilibre financier du cabinet vu le recul constant des tarifs. Or la pression économique est rarement bonne conseillère en la matière!»

Quelles sont les priorités?

Que faudrait-il réformer selon vous pour avoir un système de santé adéquat qui satisferait l'ensemble des acteurs? La notion de «managed care» réactivée par le Conseiller fédéral en charge de la santé vous semble-t-elle porteuse d'espoir pour enrayer les coûts de la santé? Quelles peuvent en être les conséquences pour les médecins?

D^r PIERRE-ALAIN SCHNEIDER: «Il n'y a pas de miracle. Un système de santé performant et d'accès facile coûte assez cher et aucun modèle ne permet des économies massives sans dommage. Le rapport entre qualité du service et coûts est dans l'ensemble bon en Suisse. Une réforme de fond ne me paraît pas nécessaire, mais il y a certainement des améliorations à faire. Les soins intégrés (managed care) ont un intérêt indéniable dans certains cas et nous sommes favorables à une diversité des modèles de soins, mais les généraliser ou les rendre quasi obligatoires en surtaxant les assurés qui ne veulent pas s'y affilier serait une erreur. Les économies obtenues sont en effet modestes si on maintient la qualité du service et elles reposent en partie sur une sélection des risques.

On peut aussi se demander s'il est raisonnable de dépenser autant pour la santé. Rappelez-vous qu'au 19^e siècle, la classe laborieuse dépensait souvent plus de la moitié de son revenu pour se nourrir. Aujourd'hui, on consacre plus d'argent en déplacements, voyages et télécommunications que pour les soins. Ce sont les priorités modernes. Ce n'est que lorsqu'on est malade qu'on découvre l'importance des soins, surtout quand l'âge se fait sentir. Notre système de soins mérite qu'on lui trouve un vrai financement social et qu'on sorte des primes par tête qui écrasent les gens modestes.

Je dois dire que je suis écœuré de voir le traitement qu'on réserve au système de soins dans la plupart des pays alors qu'on laisse agir des financiers qui n'apportent rien à la majorité des gens sinon les rendre un peu plus pauvres. La médecine a en revanche considérablement amélioré la vie de beaucoup de malades et de personnes âgées. Essayez d'imaginer un instant un monde sans prothèse de hanche, sans opération de cataracte, sans traite-

Portrait-express

Né à Genève, âgé de 60 ans, le D^r Pierre-Alain Schneider a effectué ses études de médecine à Genève. Il a suivi une formation en radiologie à l'Hôpital cantonal de Genève et à Paris (radiologie vasculaire et abdominale interventionnelle). Chargé de l'angiographie aux HUG en 1983, il est dès 1991 radiologue à l'Hôpital de la Tour.

Président du Groupe des radiologues genevois de 1996 à 2002, il préside depuis 2006 l'Association des médecins du canton de Genève (AMG).

ment du diabète, sans angioplastie coronarienne! Et tant d'autres soins qui permettent de profiter de la dernière partie de la vie dans les meilleures conditions. Ce n'est pas simplement un confort superflu.»

Assurance-maladie et transparence: initiative lancée

Le Conseil de l'AMG a donné son feu vert au lancement d'une initiative populaire fédérale qui prévoit d'ajouter un alinéa à l'art. 117 de la Constitution fédérale sur l'assurance-maladie et l'assurance-accident dont le contenu est le suivant: «Les assureurs qui sont autorisés à pratiquer l'assurance-maladie sociale ne peuvent pas pratiquer l'assurance-maladie complémentaire.» Où en êtes-vous avec cette initiative et quels buts poursuivez-vous?

D^r PIERRE-ALAIN SCHNEIDER: «Il s'agit de mettre de la transparence dans l'assurance-maladie. En théorie, l'assurance de base et les complémentaires sont totalement séparées, mais la réalité est bien différente. Les assureurs utilisent souvent de «petites» complémentaires pour attirer les bons clients alors qu'ils sont obligés d'accepter tous les assurés pour la base. Ou bien ils tardent à répondre aux demandes d'affiliation. Séparer ces deux assurances permettra enfin d'y voir clair et ce sera une mesure beaucoup moins contraignante qu'une caisse unique.

C'est un peu comme si l'AVS s'occupait aussi de la prévoyance professionnelle. Tout le monde trouverait que cela n'a pas de sens, les buts et le mode de fonctionnement étant différents. Il faut donc oser faire la même distinction pour l'assurance-maladie. Le projet avance et nous débiterons la récolte de signatures à la rentrée.» ■

Pour plus d'information sur l'AMG et ses prises de position: www.amge.ch

4^e Rencontres du Centre de procréation médicalement assistée

Baisse de la fertilité masculine : mythe ou réalité ?



Les conférenciers et organisateurs avec, en partant de la gauche, le Dr Philippe Renard (responsable biologique du CPMA), le professeur Pierre Jouannet, le Dr Rémy Slama, la D^{esse} Nicole Fournet Irion (médecin responsable au CPMA lors de la conférence), le Dr Laurent Vaucher et M. Philippe Cassegrain (directeur de la Clinique Générale-Beaulieu).

Les 4^e Rencontres du Centre de procréation médicalement assistée (CPMA) ont évoqué le 11 mars la question de la baisse de la fertilité masculine, mythe ou réalité ?

Des conférenciers de renom, à l'invitation conjointe de la clinique et des laboratoires Unilabs, ont évoqué les développements de la recherche. Augmentation des dysgénésies et cancers testiculaires, dégradation progressive et globale de la qualité du sperme, baisse de la fécondité : ces nouvelles alarmantes sont-elles bien réelles ? Dans quelle mesure la dégradation de notre environnement est-elle à l'origine de ces problèmes ? Quelles mesures préventives et quelles solutions peut-on entrevoir ?

Trois intervenants de marque se sont exprimés : Pierre Jouannet, professeur à l'Université Paris-Descartes,

médecin à l'Hôpital Cochin de Paris et membre de l'Académie Nationale de Médecine (France); Rémy Slama, chercheur à l'Institut Albert Bonniot/Inserm U823 à Grenoble; Laurent Vaucher, urologue au CHUV.

Une baisse constatée de la quantité de sperme

Depuis les premières études aux Etats-Unis dans les années 70, la baisse de la production de spermatozoïdes a été vérifiée dans les principaux pays industrialisés. Mais l'importance de cette baisse n'est pas la même selon les zones géographiques. Parfois même, c'est plus la mobilité des spermatozoïdes que la concentration qui est altérée.

Les raisons de cette baisse de la production spermatique sont encore floues et difficiles à vérifier. Il est néanmoins vraisemblable que certains facteurs environnementaux ou alimentaires, les conditions de vie et de travail et l'augmentation de certaines pathologies comme le cancer des testicules ont une influence importante sur le phénomène.

Pas de lien direct

Si la production de spermatozoïdes a diminué progressivement au cours des 50 dernières années, la quantité moyenne produite par les hommes dans nos pays (environ 60-70 millions/ml) reste bien supérieure à la limite de fertilité fixée par l'Organisation Mondiale de la Santé (20 millions/ml). Il n'y a donc pas de lien direct entre la baisse de la production de sperme et une baisse de la fertilité.

Vigilance et précaution

Cette baisse régulière de la production spermatique est quand même un signal fort pour que les chercheurs et les médecins se penchent sur ce problème et que nous nous interrogeons sur son origine et une possible aggravation. Elle doit aussi nous inciter au principe de précaution vis-à-vis de conditions ou de comportements à risque. ■

Bloc opératoire

Check-list de contrôle de la sécurité chirurgicale

«De la même façon qu'un pilote d'avion doit s'appuyer sur le personnel au sol, le personnel de bord et les aiguilleurs du ciel pour assurer la sécurité et la réussite d'un vol, le chirurgien est un membre essentiel, mais pas isolé, d'une équipe chargée de soigner le patient.» (Extrait du manuel d'application de la check-list éditée par l'OMS).

L'équipe chirurgicale se composant de toutes les personnes impliquées, (chirurgiens, médecins anesthésistes, instrumentistes, aides et de tout autre personnel du bloc opératoire) chacune d'elles a son rôle à jouer pour assurer la sécurité et le succès d'une intervention.

Sur la base d'un programme visant à optimiser la sécurité du patient au bloc opératoire, une check-list, édictée selon le modèle mis en place aux HUG, et validée par le Conseil médical de la clinique, sera mise en circulation dès la rentrée en septembre.

Ladite liste divise l'intervention en trois phases, chacune correspondant à une période déterminée dans le cours normal d'une procédure chirurgicale. Les contrôles chronologiques seront pratiqués et validés par les différents protagonistes:

1. Avant l'induction anesthésique.
2. Avant la préparation du champ opératoire et l'incision.
3. Avant le départ de l'opéré de la salle d'opération.

D'avance, nous remercions l'ensemble des chirurgiens d'adhérer à ce contrôle nécessaire avant chaque intervention chirurgicale.

BRIGITTE ROBBE
INFIRMIÈRE CHEF BLOC OPÉRATOIRE

CHECK-LIST SECURITE DU PATIENT AU BLOC OPERATOIRE CL SOP 004		
INDICATION OPERATOIRE:	ETIQUETTE PATIENT	
DATE:		
avant induction anesthésique SIGN IN (pré)	avant incision/champage TIME OUT (per)	avant le départ du patient de SOP SIGN OUT (post)
DOCUMENTS Dossier clinique et para clinique disponible IDENTITE Patient confirme son nom Concordance avec bracelet Concordance avec le dossier Patient confirme le site Site marqué oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> RISQUES Allergie: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Bronchoaspiration: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> (estomac plein jeûne, pasto gastro-oeso) Voies aériennes oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Saignement anticipé oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Contamination: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> (MRSA, TB, hépatite, HIV) MATERIEL PARTICULIER VERIFIE Anesthésiste: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Chirurgical: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	IDENTITE connue, tracée des intervenants Confirmation par le trinôme (anesthésiste, chirurgien, instrumentiste) <input type="checkbox"/> Identité patient <input type="checkbox"/> Site opératoire <input type="checkbox"/> Intervention <input type="checkbox"/> Installation opératoire <input type="checkbox"/> Matériel <input type="checkbox"/> Etapes critiques <input type="checkbox"/> Prophylaxie antibiotique si indiquée	DEBRIEFING CHIRURGIEN-INSTRUMENTISTE <input type="checkbox"/> Compte compresses correct FO SOP 007 <input type="checkbox"/> Pièces de pathologie IT SOP 002 <input type="checkbox"/> Confirmation acte chirurgical réalisé DEBRIEFING CHIRURGIEN-ANESTHESISTE <input type="checkbox"/> Oral, revue des éléments critiques + ordres postop USPOR DOCUMENTS <input type="checkbox"/> Feuille d'ordre transmission postop <input type="checkbox"/> Protocole d'anesthésie <input type="checkbox"/> Feuille de suivi "instrumentiste" <input type="checkbox"/> Protocole opératoire
Fait par anesthésiste: Initiales/Signature	Fait par instrumentiste et aide Initiales/Signatures	Fait par anesthésiste, aide et chirurgien Initiales/Signatures
Emetteur: ICB Visa:		Date de dernière modification: 18.03.2010

Sara Scheibler, responsable «VIP & Guest Relations»

Responsable du service «VIP & Guest Relations» depuis septembre 2009, Sara Scheibler s'occupe principalement de l'accueil et du confort hôtelier des personnalités et patients étrangers qui séjournent à la clinique. Au bénéfice d'une solide expérience dans l'hôtellerie de luxe, elle personnalise l'accompagnement des patients tout au long de leur séjour et veille aux multiples détails qui font toute la différence.

«Dès son arrivée à la clinique, le patient reçoit un accueil et une attention particulière, notamment pour la prise en charge de besoins spécifiques comme un régime alimentaire en fonction de sa culture ou de sa religion», explique Sara Scheibler.

Sa carrière dans la restauration et l'hôtellerie est jalonnée d'expériences dans des établissements de renom tels que le Ritz-Carlton aux Etats-Unis où elle a suivi une formation pour devenir responsable du département «Food and Beverage». Cette «école de vie» internationale, comme elle le souligne, a contribué à forger son caractère et sa personnalité.

Un accueil personnalisé

Les patients étrangers demandent un accueil spécifique, ne serait-ce que pour des raisons linguistiques: «Je fais en sorte que les patients reçoivent les informations dans leur langue et je coordonne les différents services. Par exemple, nous adaptons les menus et fournissons des accès aux médias de leur pays.»

Sara Scheibler travaille en étroite collaboration avec de nombreux services et particulièrement avec M^{me} Odile Müller, responsable de l'hôtellerie, le chef de cuisine, M. Denis Branche, l'équipe de la réception ainsi qu'avec les infirmières des différentes unités. La Clinique Générale-Beaulieu dispose de deux suites dont une à la maternité et de trois junior suites. Sara Scheibler veille à l'installation et au confort de ces patients et de leurs éventuels accompagnants: «Une patiente a émis le souhait de goûter à quelques spécialités suisses et a ainsi pu déguster une marmite de l'Escalade et des Malakoff.»

Nécessaires compromis

La mission de Sara Scheibler consiste aussi à trouver un

Portrait-express

Sara Scheibler a débuté sa carrière par un CFC de sommelière à L'Auberge du Lion d'Or à Cologny. Par la suite, elle a été demi-chef de rang dans un établissement haut de gamme de la Côte d'Azur. Son parcours hôtelier l'a ensuite conduite en 2003 en Irlande, dans un restaurant étoilé au Michelin tenu par le Chef français Patrick Guilbaud.



En 2005, elle part pour les îles Cayman et rejoint le groupe Ritz-Carlton où elle exerce la fonction d'assistante sommelière. Après deux années d'activité, elle prend la responsabilité, au Ritz-Carlton de Saint-Louis, du département «Food and Beverage» et exerce entre autres fonctions celle de sommelière. De retour en Suisse, elle rejoint la Clinique Générale-Beaulieu en septembre 2009 où elle s'occupe du service «VIP & Guest Relations», sous la responsabilité de Laurent Mauler, sous-directeur. Elle participe aussi à l'amélioration de la qualité continue du service en observant les procédures ISO.

compromis entre les demandes qu'elle reçoit et les exigences propres à notre activité, comme les consignes strictes en matière d'hygiène alimentaire qui excluent tout recours à un traiteur externe. En outre, elle informe le personnel soignant des spécificités ou exigences du patient. «Il est de ma responsabilité de respecter les positions de chacun et d'assurer une communication optimale, d'où l'importance de posséder des qualités telles que l'entregent, l'écoute et l'empathie.»

Outre sa mission principale, elle représente la clinique lors d'événements et participe à des présentations intramuros. ■

Intervention de M. Laurent Mauler, sous-directeur



Vif succès du concours photos

Le 4 mai 2010, le vernissage de l'exposition photos s'est déroulé autour d'un cocktail en Salle Beaulieu. Nous remercions les 45 collaborateurs et collaboratrices ayant pris part à cet événement qui a remporté un vif succès auprès de l'ensemble du personnel de la clinique. Les photos seront exposées jusqu'à la fin de l'été.

Le palmarès du concours est le suivant:

1^{er} prix – Maryse Blondel (soins infirmiers):
une Smartbox Relais & Châteaux.

2^e prix – Pascale Faivre d'Arcier (soins infirmiers):
un appareil photo numérique.

2^e prix ex-æquo – Olema Fernandes (hôtellerie):
un appareil photo numérique.

3^e prix – Bruno Blanchard (cafétéria):
un bon cadeau de la FNAC.

Travaux de rénovation

Dès le 14 juin et durant tout l'été 2010, la clinique entreprend des travaux de rénovation visant à moderniser certains secteurs, pour mémoire les plus importants:

- USPOR/REVEIL: augmentation de la surface de l'unité et du nombre de lits (15).
- Salle d'opération 2: salle intégrée avec flux laminaire et connexion HD en Salle Beaulieu.
- Stockage cuisine et boissons: aménagement d'un local au sous-sol avec zone de décartonnage, économat, frigorifiques et cave à boissons.
- Radiologie Salle verte: changement du dispositif médical de radiologie conventionnelle et rafraîchissement de l'espace.
- Cafétéria: changement du mobilier et aménagements divers.
- Salle Beaulieu: réfection des murs et rafraîchissement du plafond.

Durant toute cette période, nous prions les collaborateurs d'emprunter prioritairement l'ascenseur panoramique pour se rendre à la cafétéria.



Les heureux lauréats de notre concours photo et leurs œuvres. De gauche à droite: Maryse Blondel; Pascale Faivre d'Arcier, Olema Fernandes et Bruno Blanchard.

Nominations

Nous avons le plaisir de vous annoncer la nomination au 15 mai 2010 de M. Sébastien Romand au poste de Responsable administratif et technique et celle de M. Yannick Clessienne au poste de Responsable administratif et technique adjoint de l'Institut de Radiologie de la Clinique Générale-Beaulieu. Nous leur souhaitons plein succès dans l'exercice de leurs nouvelles responsabilités. ■

LAURENT MAULER

en bref

Institut de Radiologie Dr Arnaud Grégoire

Spécialiste FMH en radio-diagnostic depuis 2003, le Dr Arnaud Grégoire a effectué ses études de médecine à l'Université de Lyon puis son internat de spécialité à l'Université de Besançon. Pendant ces années de formation en radiologie de 1997 à 2002, il a obtenu une maîtrise de biologie humaine et plusieurs diplômes universitaires en imagerie médicale: sénologie, ORL, IRM, traumatologie du sport.

Il a soutenu sa thèse en 2002 sur le thème du suivi scano-graphique post-radique des cancers ORL. De 2002 à 2004, il est médecin senior en radiologie à l'Hôpital d'Annecy, puis en 2005 exerce comme radiologue indépendant en cabinet de ville et en clinique.

De 2006 à 2010, il travaille en Suisse en tant que spécialiste FMH en radiologie à la Clinique de Genolier; il a développé alors de manière importante le scanner cardiaque, la coloscopie virtuelle et la radiologie interventionnelle dans plusieurs disciplines (ostéo-articulaire, neurologique, sénologique et oncologique). Il rejoint en mars 2010 l'Institut de Radiologie de la Clinique Générale-Beaulieu, notamment pour poursuivre son activité en imagerie de la femme, en ORL, en oncologie, en radiologie interventionnelle et développer davantage les nouvelles imageries (scanner cardiaque, coloscopie virtuelle).



Nouveaux médecins agréés

Dr Daisy DÉNÉRÉAZ

Cardiologue

Dr Alessandro DIANA

Pédiatre

Dr Claudine HELG

Dr Volker KIRCHNER

Oncologues

Nouveaux collaborateurs

SOINS INFIRMIERS

Infirmière de nuit

Hakima LIMIRA

Secrétaires à la garde pédiatrique

Roxane IONESCU

Alexandra BERNET

HÉBERGEMENT

Réceptionnistes

Léa TESSONT

Julie REZGUI-RIGAUD

MÉDECINE NUCLÉAIRE

TRM

Olivia JOFFRE

BLOC

Cédric KRUSCHEWSKI

David GOYON

Naissances

19.03.2010

Mallory

Audrey MAZARD

24.04.2010

Yann

Karine MARGERIT

19.05.2010

Théo

Estelle DELAVENAY

21.05.2010

Leny

Magali DARDAILLON

22.05.2010

Noé

Emilie OTTOZ

01.06.2010

Maëlys

Christelle POTARD

15^e cours international de sialendoscopie

Du 2 au 4 juillet se tiendra le 15^e Cours International de Sialendoscopie à la Clinique Générale-Beaulieu en collaboration avec la Faculté de Médecine de Genève, ainsi que le soutien de la Société Coopérative Médicale de Beaulieu et de la Société Karl Storz GmbH qui fournit le matériel nécessaire aux travaux pratiques. Grâce aux efforts conjoints de la direction de la clinique, du bloc opératoire, de l'hôtellerie, du service technique et informatique, de la restauration et de toutes les autres personnes du Centre de chirurgie expérimentale du CMU et des HUG impliquées dans ce projet, les participants issus de treize pays pourront suivre pendant trois jours chirurgies en direct, conférences, et tables rondes. Ils auront l'opportunité de pratiquer cette technique sur des animaux ainsi que sur des modèles anatomiques spécialement créés pour le cours.

Des conférenciers et experts venus des Etats-Unis, du Canada, d'Israël, de France, d'Inde, de Singapour et de Suisse dispenseront l'enseignement pendant ces trois journées.

The endoscopic approach to salivary gland ductal pathologies
ESTC Courses | Members | World | Links | Contact

→ Introduction → Information ↓ Program → Registration

15th International sialendoscopy Hands-on Course
Clinique Générale Beaulieu, Geneva, Switzerland, 2 - 4 July, 2010

PRE - PROGRAM

2 July 2010

08:30 - 13:00 Live Surgery and Scientific sessions
13:00 Lunch
14:30 - 18:00 Hands-on Training
18:00 Social event

3 July 2010

08:30 - 13:00 Live Surgery and Scientific sessions
13:00 Lunch
14:30 - 18:00 Hands-on Training
18:00 Social event

4 July 2010

08:30 - 13:00 Scientific sessions
13:00 Lunch
14:30 - 16:00 Hands-on Training

