

le trait d'union

périodique de la Clinique Générale-Beaulieu n° 52 décembre 2010



Dossier: la chirurgie plastique en plein essor ■ Politique santé: Vaud entre en résistance ■ Rencontre avec Sébastien Romand

sommaire

- 2** le mot du directeur
- 3** dossier
chirurgie plastique
- 8** politique de la santé
interview de Luc Schenker et
point de vue de Jean-Marc Bovy
- 10** rencontre
Sébastien Romand, chef TRM
- 12** 22^e Entretiens de Beaulieu
- 15** unité de soins
- 16** actualités RH
- 17** en bref

impresum

Ligne éditoriale:
Philippe Cassegrain
Nicolas Brunschwigg

Rédacteur responsable:
Philippe Amez-Droz

Ont également collaboré
à ce numéro:

D^{esse} Marie-Thérèse Forcada, D'Alexandre
Cheretakis, D' Raphaël Gumener,
D' Pierre Quinodoz.

M^{mes} Nathalie Blanc, Françoise Dimier,
Annie Grange, Evelyne Pièce, Brigitte
Robbe.

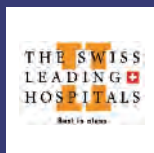
MM. Denis Branche, Jean-Marc Bovy,
Philippe Cassegrain, Laurent Mauler,
Sébastien Romand, Luc Schenker.

Crédits photos:

Thierrypier Graindorge, Thierry Védrenne,
Didier Casagrande.

Graphisme & production:
Agence PM

Tirage: 1'200 exemplaires
Contact: traitunion@beaulieu.ch
Site: www.beaulieu.ch



le mot du directeur



2011, année de transition

Clinique privée fondée en 1899, la Clinique Générale-Beaulieu sera-t-elle en 2012 un établissement répertorié ou un établissement conventionné? Derrière ces termes un peu rébarbatifs, c'est un véritable changement de paradigme que la médecine libérale s'apprête à vivre en 2011, année de transition s'il en est.

Car, par la volonté des Chambres fédérales, deux réformes majeures entreront en application dans deux ans. L'introduction des DRG et de la nouvelle planification hospitalière, dont les conséquences nous sont rappelées dans ce numéro par Luc Schenker. La nouvelle planification hospitalière implique des choix et des négociations. Avec les autorités du canton si l'on accepte de devenir un établissement répertorié. Avec les assureurs si l'on adopte la forme de l'établissement conventionné. L'une ou l'autre formule comporte des avantages et des désavantages. Mais, quelle que soit la solution retenue, il est une évidence que nos collègues et amis vaudois ont déjà pu mesurer: les exigences de l'Etat risquent d'être disproportionnées pour figurer sur la liste des établissements répertoriés. Ou, dans l'autre cas de figure, ce sont les assureurs qui tiendront alors le couteau par le manche pour négocier, si ce n'est pas exiger, des baisses significatives de tarif.

Comme le souligne la prise de position des cliniques privées vaudoises, sous la plume de Jean-Marc Bovy, secrétaire général de Vaud-Cliniques, la réforme de la LAMal est beaucoup sujette à interprétation par les cantons. Alors que le législateur fédéral visait à rendre tous les établissements hospitaliers compétitifs avec des prestations de qualité, le chef de la santé du canton de Vaud cherche à protéger les hôpitaux publics de la concurrence. Cette volonté de contrôle étatique n'est pas seulement l'expression d'une personnalité marquée par son combat pour la caisse unique, elle reflète aussi une tendance lourde que nous ne cessons de dénoncer: le recul lent mais constant de la médecine libérale en Suisse.

Les Genevois n'échapperont pas à ce débat lourd de sens pour la qualité des soins qu'ils sont en droit d'attendre, tant du secteur public que du secteur privé. Les pressions qui s'exerceront inévitablement sur les cliniques privées, qu'il s'agisse de l'Etat ou des assureurs, pourraient avoir des conséquences graves. En restreignant la concurrence et en établissant des contrôles tous azimuts, les conditions d'exercice des cliniques privées pourraient être remises en question. Nous nous battons, en étroite collaboration avec les membres des deux associations, vaudoise et genevoise, pour éviter ce qui s'apparente à un acharnement.

Des réflexions constructives seront formulées au cours des prochains mois en vue de rendre l'un ou l'autre choix acceptable. Si les cliniques privées veulent exister dans un environnement législatif, politique et économique de plus en plus contraignant, elles devront certainement faire preuve d'esprit de solidarité et d'unité. Le nombre de lits n'est certes pas l'unité de mesure la plus importante face au poids du secteur public. En revanche, l'attachement de la population à des soins de qualité de haut niveau constitue sans nul doute un argument qui ne peut être balayé d'un revers de la main, fut-elle de gauche. Car la constance en matière de qualité qui nous caractérise incite aussi à l'excellence. En cela, le combat pour le maintien de cliniques privées fortes et viables est l'affaire de tous.

PHILIPPE CASSEGRAIN

LA CHIRURGIE PLASTIQUE EN PLEIN ESSOR



A la Clinique Générale-Beaulieu, tous les spécialistes en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, ont le niveau de chef de clinique dans des centres hospitalo-universitaires et le titre de spécialiste reconnu (FMH). Cette spécialité connaît de multiples évolutions, notamment en matière d'interventions non invasives.

Quatre chirurgiens, parmi les 14 médecins agréés auprès de la clinique et spécialistes en chirurgie plastique, évoquent l'essor d'une discipline aux contours parfois mal cernés.

Quatre médecins témoins de l'évolution de leur spécialité

D^r Raphaël Gumener

Privat Docent de la Faculté de médecine de Genève en 1993, le D^r Raphaël Gumener bénéficie d'une longue expérience de praticien non seulement de la chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, mais aussi de médecin consultant auprès de l'Unité de chirurgie plastique des HUG, à travers des enseignements ou des colloques.

Ancien Président de la Société suisse de Chirurgie plastique reconstructive et esthétique, il connaît bien l'évolution de la discipline au cours de ces dernières années: «Pour compléter mon expertise chirurgicale, je me suis également impliqué dans le domaine de la médecine esthétique non invasive. Je suis ainsi à même de proposer à mes patients le traitement chirurgical ou cosmétique le plus approprié à leur besoin.»

Médecin agréé auprès des principales cliniques privées de Genève, le D^r Gumener exerce aussi la fonction de Chief Medical Officer du Groupe L-Raphaël, spécialisé dans les traitements cosmétiques anti-âge.

«Le nombre de chirurgiens plasticiens a beaucoup augmenté au cours de ces dernières années car la demande est forte et le marché porteur» observe le D^r Gumener, qui reste prudent quant aux attentes de la patientèle: «Il est important de distinguer les attentes des réels besoins et dire ce qui peut être fait ou ce qui doit être refusé. La fonction de conseil et d'orientation a également fortement progressé. Il s'agit d'avoir une vision globale.»

Les traitements peuvent être chirurgicaux (comme le lifting ou/et blépharoplastie (opération des paupières), le nez, la chirurgie des seins ou de la silhouette), ou non invasifs, visant essentiellement à améliorer la texture de la peau et en retarder le vieillissement.

Parmi les traitements non invasifs les plus utilisés, on peut citer la photoréjuvenation, le laser, les peelings, les injec-

tions de comblement (acide hyaluronique ou Botox pour réduire l'activité musculaire, particulièrement au front et la racine du nez). La liposculpture, le rajeunissement des mains, la liposuction au laser ou par radiofréquence sont en constante évolution ces dernières années. ■



Portrait-express

Né en 1948, diplômé de médecine à l'Université de Genève en 1976, le D^r Gumener poursuit sa formation en chirurgie plastique reconstructive et esthétique à Genève, Paris et Bordeaux, ponctuellement aux Etats-Unis et au Brésil. Il obtient son titre FMH en Chirurgie

plastique reconstructive et esthétique en 1983. Sa mise au point des techniques de reconstruction des membres inférieurs lui vaut le titre de Privat Docent de l'Université de Genève en 1993. Il a effectué des missions humanitaires notamment au Bénin (chirurgie de la lèvre: Raoul Follereau) et au Vietnam (séquelles de brûlures: Children Action). Il a présidé la Société suisse de Chirurgie plastique reconstructive et esthétique et est actuellement président du Conseil médical de la Clinique Générale-Beaulieu.

Site internet: www.gumener.com

D^{resse} Marie-Thérèse Forcada

Spécialiste FMH en chirurgie plastique et reconstructive, la doctoresse Marie-Thérèse Forcada a été également chargée d'enseignement à la Faculté de médecine de Genève. Installée en cabinet privé depuis 1994 et médecin agréée auprès des principales cliniques privées genevoises, la doctoresse Forcada se fixe un objectif clair en matière de chirurgie esthétique: «Je considère que l'acte chirurgical esthétique doit être justifié par un aspect qui n'est pas agréable (qui s'écarte de la norme) et donc qu'il existe une indication opératoire. Je ne sépare pas les deux chirurgies, reconstructive et esthétique. J'observe qu'il y a dans ce dernier cas une forme de souffrance qui relève de la pression sociale, de l'image, du "jeunisme". La chirurgie esthétique c'est de la chirurgie réparatrice aussi, et vice versa. Il y a d'ailleurs également des attentes très importantes en chirurgie réparatrice et là aussi il faut savoir expliquer les limites des techniques.»

Grâce au dialogue qui précède le diagnostic, la nature exacte de la demande (esthétique) est généralement aisée. «Les demandes sont d'ailleurs assez raisonnables» observe la D^{resse} Forcada qui note que, de tout temps, l'aspect esthétique ainsi que l'habillement et la parure ont été très importants. «Actuellement nous avons juste des moyens plus radicaux pour les modifier, et il y a plus de liberté pour en parler. Et cela concerne autant les femmes que les hommes. Mais il faut beaucoup parler avant d'opérer, le corps ne devant pas être considéré comme un bien de consommation interchangeable.» La chirurgie plastique intervient à tous les niveaux du corps, des pieds à la tête, mais la D^{resse} Forcada souligne que «les gestes chirurgicaux sont de plus en plus respectueux de l'anatomie et de la fonction. On cherche à avoir de bons résultats en étant moins agressifs.»

La D^{resse} Forcada revendique aussi ses choix: «Je n'utilise pas de laser et je ne pratique pas la médecine esthétique, mon attirance, outre la chirurgie reconstructive, allant surtout vers la correction chirurgicale de défauts spécifiques plutôt que du vieillissement, car même s'il y a des gestes chirurgicaux spécifiques pour améliorer certains de ses méfaits, on ne sait pas l'arrêter et je ne trouve pas que vieillir soit laid. Si on n'accepte pas les changements dus à la vie on risque de devenir très malheureux! Mais ce qui prime à mes yeux, c'est de garder de la rigueur et de la déontologie; toutes les demandes ne doivent pas faire l'objet d'une intervention car il est possible que nous n'ayons pas la bonne technique pour répondre à la demande, ou qu'il y ait une implication psychologique sous-jacente qui aboutira à l'échec de l'intervention.» ■

Portrait-express

Née en 1956, diplômée de la Faculté de médecine de l'Université de Genève en 1985, la doctoresse Marie-Thérèse Forcada obtient son FMH en Chirurgie plastique et reconstructive en 1992.

Elle effectue plusieurs stages, principalement à Paris, axés sur la chirurgie des malformations du membre supérieur, les lambeaux et la microchirurgie, et travaille par la suite à l'Hôpital cantonal de Bâle. Elle ouvre son cabinet privé à Genève en 1994 et a exercé comme médecin consultant à l'Hôpital de Loëx et aux HUG. En 1995, elle est diplômée de European Board of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery puis, de 1998 à 2001, chargée d'enseignement à la Faculté de médecine de Genève. Elle est également membre de l'IPRAS (International Plastic and Reconstructive Aesthetic Surgery).



D^r Pierre Quinodoz

Membre du comité de la Société suisse de Chirurgie plastique, spécialiste FMH en chirurgie plastique reconstructive et esthétique, le D^r Pierre Quinodoz est médecin agréé auprès des principales cliniques privées de Genève. Ancien chef de clinique de chirurgie plastique à Genève, il collabore avec les HUG en matière de recherches sur la peau et sur le vieillissement. Il a tissé un réseau international de médecins chirurgiens plasticiens spécialisés en esthétique qui s'efforcent d'en améliorer la pratique.

«Les Egyptiens de l'Antiquité étaient déjà talentueux en matière de chirurgie de l'enveloppe, comme les becs de lièvre ou certaines difformités. Aujourd'hui, explique le D^r Quinodoz, on essaye d'aller vers une chirurgie plus simple, voire vers la «non chirurgie.» Il existe en effet de plus en plus de traitements non chirurgicaux: par injections, comme évoqué plus haut, mais aussi biologiques, et médicamenteux. «De nombreux critères interviennent avant tout acte chirurgical. Il faut prendre en considération l'âge du patient mais aussi son mode de vie, son bien-être actuel, etc. Dans la mesure du possible, il faudrait pouvoir intervenir sans acte chirurgical et si celui-ci est nécessaire, le rendre le moins invasif possible.» Il arrive fréquemment que le D^r Quinodoz propose à une patiente consultant en vue d'une chirurgie de trouver une meilleure solution à son problème par un traitement non-chirurgical. La réciproque est également vraie: parfois, dans certains cas une intervention chirurgicale sera mieux adaptée qu'un traitement non-chirurgical cosmétique. Le D^r Quinodoz estime qu'il ne faut pas aller contre le progrès: «La toxine botulinique et les peelings sont très bien» (le Botox est une marque déposée, le principe actif est la toxine botulinique). «Les résultats sont enthousiasmants. Mais il faut pouvoir dire à la patiente que l'on ne peut aller contre le vieillissement, on ne fait que le retarder et l'accompagner.»

Les modes d'intervention sont en fonction non seulement de l'âge et de l'indication mais aussi du profil psychologique car il existe parfois un «mal être interne» qu'il s'agit de ne pas sous-estimer. «Je préfère renoncer à opérer un patient plutôt que de cautionner son problème psychologique. En effet, certaines personnes n'ont pas conscience de leur souffrance psychologique: elles la déplacent en se plaignant d'une disgrâce corporelle sans fondement.»

«A vingt ans, on peut intervenir pour des réductions ou augmentations mammaires ou des rhinoplasties par exemple. Je souligne que la chirurgie, à 20 ans, est certai-

nement la plus délicate car elle transforme souvent, ce qui nécessite un accompagnement psychologique. A l'âge moyen, les traitements concernent le relâchement et la perte d'élasticité de la peau (peeling, mini-lifting, lifting) ainsi que la chirurgie de la silhouette: poitrine tombante, abdomen distendu après des grossesses, les rides, mais aussi les paupières, etc. Pour les personnes plus âgées, il s'agit généralement d'interventions anti-vieillessement.»

Selon le D^r Quinodoz, le chirurgien plasticien doit veiller à respecter le naturel. «Le plus beau compliment est lorsque la patientèle vous dit: c'est réussi, cela ne se voit pas. L'effet «bonne mine» explique ma devise qui est «Better safe than sorry!». La chirurgie reconstructive fait partie des centres d'intérêt et d'activité du D^r Quinodoz qui, en collaboration avec le gouvernement suisse (DDC, Direction du développement et de la coopération, à Berne), intervient plusieurs fois par année, comme formateur, dans des pays africains victimes de conflits.» ■



Portrait-express

Né en 1962, diplômé de la Faculté de médecine de Genève en 1990, le D^r Pierre Quinodoz obtient son titre FMH en chirurgie plastique reconstructive et esthétique en 2000. Ancien chef de clinique en chirurgie plastique aux HUG, il a

obtenu le prix de la Société suisse de Chirurgie plastique, reconstructive et esthétique en 1999. Il est titulaire de l'European Board of Plastic and Reconstructive Surgery. Membre de nombreuses sociétés, dont l'IPRAS (International Plastic and Reconstructive Aesthetic Surgery), le D^r Quinodoz est membre depuis 2009 du comité de la Société suisse de Chirurgie plastique, reconstructive et esthétique. Il représente également la Suisse depuis 2009 auprès du Comité du CEN (European Standards for Aesthetic Surgery Services), comité chargé d'établir des standards de qualité dans le domaine de la chirurgie esthétique. Il collabore depuis onze ans avec le gouvernement suisse (DDC, aide humanitaire suisse), en tant que responsable du programme de chirurgie plastique et reconstructive de la région des Grands Lacs Africains. Il forme des chirurgiens locaux, notamment au Rwanda, en Tanzanie et en République Démocratique du Congo.

D^r Alexandre Cheretakis

Docteur en médecine en 1998 et FMH en chirurgie plastique et reconstructive en 2000, le D^r Alexandre Cheretakis avait hésité dans sa jeunesse entre l'architecture, qui le passionne, et la médecine. «Il est vrai que la chirurgie plastique présente des similitudes quand l'on pense à ce qu'elle projette comme attentes entre l'image et le réel, l'être et le paraître, le corps et l'esprit.»

Double national suisse et grec, le D^r Cheretakis accorde beaucoup d'importance au relationnel avant toute intervention: «Qu'il s'agisse de médecine reconstructive ou esthétique, cette dimension relationnelle est cruciale car elle seule permet de déterminer les attentes, les projections et le lien entre désir et image qui sont caractéristiques de notre société. Il faut aussi tenir compte de traumatismes individuels, comme c'est le cas avec la reconstruction mammaire qui survient après une amputation liée à un cancer du sein.»

Avec beaucoup de tact et de sensibilité, le chirurgien plasticien devra écouter et dialoguer avec sa patiente pour évoquer un point crucial : la reconstruction immédiate ou différée. «Ce point est important car il faut rappeler qu'une amputation d'un organe nécessite un deuil. On ne remplace pas un organe vivant. Ce type de situation illustre aussi l'importance de la relation triangulaire gynécologue-patiente-chirurgien plasticien. Il existe des cas de figure où la reconstruction immédiate a lieu car les deux médecins sont présents au bloc opératoire. Je suis favorable à ce que la patiente puisse participer à une consultation commune, avec le binôme gynécologue-chirurgien plasticien, avant l'intervention. Des chirurgiens réputés plaident pour que le praticien qui enlève une tumeur ne soit pas celui qui répare ou reconstruit.»

A Genève, cette concertation nourrit les réflexions d'un groupe de travail. Ce groupe de sénologues et oncologues genevois dénommé «Songe» réunit les disciplines médicales liées aux traitements des cancers mais fait aussi appel à d'autres acteurs des soins, comme les radiologues, les radiothérapeutes et les pathologues.

Le D^r Cheretakis intervient sur tout le corps, à l'exception de la face, et observe une évolution croissante du nombre d'hommes faisant appel à la chirurgie esthétique. «Il est intéressant de relever que, depuis une dizaine d'années, on observe que des hommes recourent aussi à la chirurgie esthétique ou cosmétique pour se sentir plus à l'aise dans leur environnement professionnel. On ne vit certes pas en Californie, mais le cosmopolitisme lié à la taille des villes, le rôle des médias, tout comme les images véhiculées par les séries, le cinéma, etc., autant de fac-

Portrait-express

Né en 1963, diplômé de médecine de l'Université de Genève en 1990, le D^r Cheretakis obtient son doctorat de médecine en 1998 et son titre FMH en chirurgie plastique et reconstructive en 2000. En 2002, il



ouvre son cabinet médical privé. En 2003, il est nommé chargé d'enseignement et médecin associé à la Faculté de médecine de Genève. Il est membre du groupe suisse Ethicon Plastic Panel for body contouring surgery. Auteurs de publications et présentations multiples, le D^r Alexandre Cheretakis a aussi été sollicité comme expert dans des actions humanitaires à l'échelon international.

teurs qui influencent de plus en plus les hommes même si la majorité des demandes proviennent toujours de femmes.»

Les demandes de jeunes adolescentes doivent faire l'objet d'une attention toute particulière. Même si il existe des évidences liées à des circonstances telles que des maladies, des accidents, certaines demandes d'intervention peuvent survenir lors d'une période de crise, celle de l'adolescence. Il faut donc, souligne le D^r Cheretakis, faire preuve de beaucoup d'attention, d'écoute et, si nécessaire, refuser une intervention, mais sans oublier l'existence, bien réelle, d'une souffrance psychologique.

«Je suis très attentif à ce que les entretiens aient lieu avant et après toute intervention. La présence d'une cicatrice, par exemple, peut provoquer un questionnement et il est nécessaire que ce soit le chirurgien praticien qui réponde. J'ai été l'élève du Prof. D. Montandon aux HUG, comme interniste, et je me rappelle de son exigence, en toutes circonstances: Sois inquiet et attentif que tu effectues une longue reconstruction ou que tu enlèves un simple grain de beauté! Cette implication de tous les instants, pour éviter la banalisation, est indispensable. Un acte chirurgical n'est jamais anodin.» ■

Vaud entre en résistance

L'introduction du nouveau financement des établissements hospitaliers en Suisse en 2012 suscite encore bien des interrogations quant à l'avenir de la médecine libérale. La prise de position de Vaud-Cliniques, sous la plume de son secrétaire général, M. Jean-Marc Bovy, ainsi que les réflexions de Luc Schenker, expert reconnu du système DRG, en témoignent.

M. Schenker, (Cf. interview dans le *Trait d'Union* n° 38 de juin 2007), comment percevez-vous l'application, dans les cantons, de la nouvelle Loi fédérale sur le financement des établissements hospitaliers? Y aurait-il une «exception lémanique»?

LUC SCHENKER: «Ce nouveau financement 2012 va progressivement changer fortement le paysage hospitalier suisse pour trois raisons:

- La base de financement n'est plus l'hôpital mais les prestations qu'il fournit facturées forfaitairement selon un système unique qui permet le benchmarking.
- Les barrières cantonales tombent, ce qui implique que les cantons ne peuvent plus se permettre de gérer le système avec des files d'attente trop longue.
- Tous les hôpitaux peuvent figurer sur la liste LAMal et recevoir le financement cantonal s'ils répondent aux besoins de la population et respectent les dispositions LAMal.

Pour Genève et Vaud, ce pourrait être une véritable révolution car les cliniques privées sont absolument nécessaires à la couverture des besoins. Pour les cliniques, la question de demander ou non de figurer sur la liste LAMal est un vrai dilemme: appliquer les dispositions LAMal et cantonales implique de profonds changements organisationnels et des investissements non-négligeables. Ne pas figurer sur la liste, même en cas de conventionnement avec les assureurs, c'est risquer une chute brutale du chiffre d'affaires et donc mettre en danger la survie économique de la clinique. Cela d'autant plus que les grands assureurs ont déclaré que les assurances complémentaires ne sont pas là pour se substituer au financement des cantons, mais pour assurer des pres-

tations supplémentaires. Les cliniques qui ne figureront pas sur la liste LAMal, conventionnées ou non, devront compter sur une nouvelle forme d'assurances privées beaucoup plus coûteuses qu'aujourd'hui, impliquant donc une clientèle plus restreinte.»

Facturation de forfaits par cas liés au diagnostic (système DRG en application de la LAMal pour l'assurance obligatoire) ou facturation à l'acte (pour les cas relevant de l'assurance complémentaire), vous déclariez en 2007 «la question des factures médicales dans les cliniques privées demeure». Peut-on encore parler de liberté de choix en 2011?

LUC SCHENKER: «Le mode de facturation à adopter pour l'hospitalisation privée est l'une des grandes questions de la réforme 2012 qui curieusement n'a pas encore fait l'objet de discussions approfondies entre partenaires. En deux mots:

- Les assureurs estiment qu'un patient privé induit deux factures (émises uniquement par l'hôpital et non plus par le médecin): l'une pour les prestations de base en DRG (financées à 100% par l'assurance de base et le canton), l'autre pour les prestations non couvertes par l'assurance de base (le supplément de confort hôtelier, par exemple) facturées à l'acte ou au forfait; c'est ce système qui est en vigueur au CHUV depuis 2002.
- Les cliniques souhaiteraient continuer à facturer en privé toutes les prestations à l'acte, la part "assurance de base" en DRG étant déduite de la facture à l'acte.

Pour tous les hôpitaux figurant sur la liste LAMal, c'est la première solution qui devrait s'imposer. Pour les autres, la question reste ouverte, mais les assureurs ne conven-

politique de la santé

tionneront probablement pas les cliniques qui n'entrent pas dans leur vue.

S'agissant des médecins indépendants, la question est définitivement réglée dans le cas de la couverture par l'assurance de base: seul l'hôpital émet une facture et rémunère le médecin. La répartition du revenu procuré par le DRG entre hôpital et médecins est là également un problème difficile à résoudre qui n'a jusqu'à aujourd'hui pas encore fait l'objet de solutions unanimement acceptées. La liberté de choix est un tout autre enjeu:

- Si un nombre significatif de cliniques figurent sur la liste LAMal, la liberté de choix augmentera pour toute la population et avec elle la qualité des soins.
- Si les cliniques ne figurent pas sur la liste LAMal, une partie de la population verra sa liberté de choix sensiblement restreinte et la qualité des soins diminuera pour la population qui n'aura pas les moyens de se payer des super assurances privées.»

La polémique ouverte dans le canton de Vaud (Cf. *Le Temps* du 6 octobre et *24-Heures* du 15 novembre) laisse percevoir une vive inquiétude des cliniques privées quant à l'interventionnisme de l'Etat dans leurs affaires. Cette crainte est-elle justifiée selon vous ou se dissipera-t-elle avec le temps?

LUC SCHENKER: «Cette crainte est parfaitement justifiée. Le Conseil d'Etat vaudois ne veut ouvrir la liste LAMal qu'aux cliniques qui demandent «leur reconnaissance d'intérêt public» et se soumettent à la lourde régulation administrative de l'Etat. L'objectif de Pierre-Yves Maillard est de sortir les cliniques de la liste LAMal pour ne pas avoir à payer la part cantonale et augmenter les lits du secteur public. Son but est d'éviter de soumettre le secteur public et parapublic à la concurrence du privé, qui pourrait remettre en cause la gouvernance par l'Etat du secteur hospitalier. Si le canton de Genève a l'intelligence d'avoir une planification ouverte sur les cliniques, on pourrait progressivement observer un afflux de patients vaudois venant se faire hospitaliser à Genève en cliniques et donc un fort développement du secteur santé au détriment de Lausanne. Le canton de Vaud devrait alors payer, sans discuter et sans contrôle sa part aux cliniques genevoises, ce qu'il refuserait aux cliniques vaudoises.»

La nouvelle loi de financement des établissements hospitaliers suisses porte-t-elle atteinte à la libre concurrence avec le risque d'un repli des établissements privés sur les prestations par cas strictement

couvertes par les assurances complémentaires ou autofinancées par de riches patients? Est-ce que cette révision ne va pas aboutir à accentuer une médecine à deux vitesses?

LUC SCHENKER: «Il y aura toujours une médecine à plusieurs vitesses, ce qui importe c'est une bonne première vitesse en termes qualité/coût, c'est-à-dire de bonne qualité à un coût supportable pour les assurés et la collectivité. La révision LAMal est une chance formidable de faire jouer la concurrence afin d'améliorer la performance économique et la qualité du système hospitalier suisse à condition que les cantons n'étouffent pas les hôpitaux sous les règlements et permettent aux cliniques de participer au système. Dans le cas contraire, on verra une diminution progressive de la clientèle des cliniques et seule une toute petite partie de la population aura une liberté de choix.» ■

Prise de position de Vaud-Cliniques

«Le canton de Vaud se met dans une situation absurde. Il a besoin de nouveaux lits hospitaliers pour faire face à un fort accroissement de sa population. Plutôt que de permettre aux cliniques privées d'offrir leurs capacités existantes pour satisfaire ces besoins croissants, il envisage d'investir lourdement pour construire de nouveaux lits à plus d'un million l'unité.

C'est le résultat de la politique de son chef de la santé, M. P.-Y. Maillard, qui fidèle à son idéologie, pose pour préalable à l'admission des cliniques d'accepter un mode de gestion quasi publique. Là où la LAMal visait à renforcer l'autonomie entrepreneuriale des hôpitaux et à encourager une plus grande efficacité, par la mise en concurrence de tous les établissements quelle que soit leur nature juridique, le projet de loi vaudoise va dans un sens contraire. Il aggrave encore la tutelle étatique sur les hôpitaux en multipliant les conditions de «reconnaissance d'intérêt public», alors que la LAMal n'impose aux hôpitaux aucun autre préalable que d'être compétitif et de qualité. Il protège ainsi le secteur public et parapublic contre le vent de la concurrence, que le législateur a voulu faire souffler sur le monde hospitalier.

Les cliniques vaudoises vont tout faire pour que soit respecté l'esprit de la LAMal. Elles lutteront par tous les moyens contre ce qui serait un détournement du sens donné à l'une des réformes les plus prometteuses qui aient été apportées à notre système de santé.»

JEAN-MARC BOVY, secrétaire général

D^r Willy Oggier: précisions

(PAD) - De malencontreuses erreurs sont survenues dans la retranscription de l'interview du D^r Willy Oggier, consacrée à la révision de la LAMal, parue dans le précédent numéro de *Trait d'Union* (octobre 2010). Nous présentons nos excuses à l'intéressé et précisons que seule la version dûment corrigée et disponible sur le site de la clinique, fait foi: www.beaulieu.ch, rubrique **Actualités**.

Sébastien Romand, nouveau cadre TRM

Chef TRM de l'Institut de radiologie de la Clinique Générale-Beaulieu depuis mai 2010, Sébastien Romand est également responsable administratif et technique. Cette redéfinition de la fonction s'explique par le départ, à la fin 2010, de Chantal Debaud, véritable «figure» de l'institut avec 39 années passées à la clinique.

«Avec mon adjoint, Yannick Clessienne, et en accord avec les médecins radiologues ainsi qu'avec la direction de la clinique, M. Philippe Cassegrain, M^{me} Annie Grange et M. Laurent Mauler, nous avons tout naturellement repris une partie des responsabilités de Chantal Debaud, qui étaient multiples. Je consacre une journée par semaine au scanner et Yannick deux jours par semaine à l'IRM. C'est une manière de rester au contact des aspects techniques et de partager le travail de l'équipe composée de douze techniciens, d'une aide TRM, d'une dizaine de secrétaires et de deux coursiers, auxquels s'ajoutent bien entendu les six médecins radiologues de l'Institut de radiologie» souligne Sébastien Romand.

Le cahier des charges va de la mise en place du service, avec notamment la gestion du planning, de l'occupation



De gauche à droite: Sébastien Romand, Chantal Debaud et Yannick Clessienne.

des appareils, des RH à l'interne de l'institut, en passant par la gestion des stocks de matériel et des commandes. «J'ai bénéficié, lors de mon passage chez General Electric, d'une petite formation en management ce qui se révèle précieux aujourd'hui. J'ai exercé le poste de référent ce qui m'aide aussi, ainsi que le fait d'avoir côtoyé l'équipe de l'institut depuis 2002. Nous avons pu procéder à des engagements récemment, ce qui a consolidé le service.»

Un Institut bien équipé

Sébastien Romand se dit satisfait du plateau technique actuel de l'Institut de radiologie. Celui-ci comprend au rez-de-chaussée deux salles d'échographie, bien équipées avec des appareils Philips récents, ainsi qu'une troisième salle d'échographie consacrée à la mammographie. La salle dite «bleue» est digitalisée et dédiée à l'interven-

>>

tionnel. La salle dite «rouge» est consacrée aux examens digestifs, urologiques et gynécologiques alors que la salle dite «jaune» est réservée aux examens du thorax et des extrémités. La salle dite «verte» est semi-digitalisée et dédiée aux examens du rachis et des membres. Elle a été réaménagée en septembre 2010. «Nous disposons au rez-de-chaussée d'un appareil totalement dédié aux ponctions mammaires (biopsies), le mammotome, qui permet de repérer avec efficacité d'éventuelles lésions pouvant être communiquées au chirurgien alors même qu'il va procéder à une intervention. C'est extrêmement sécurisant pour la patiente.»

Progrès techniques à venir

Au sous-sol, l'Institut de radiologie comprend deux salles équipées des IRM Philips 3T et 1T ouverte, avec un poste de commande commun, ainsi que d'une salle dotée d'un scanner General Electric installé en 2008 et «upgradé» en juin dernier. Il est doté d'une toute nouvelle console qui permet de diminuer sensiblement les doses de radiations délivrées au patient avec la même qualité d'imagerie.

Quelles seront les prochaines étapes de l'évolution technologique de l'Institut de radiologie? Sébastien Romand: «Nous sommes déjà à la pointe du progrès en matière d'imagerie tomographique et fonctionnelle au moyen du scanner, l'imagerie physiologique relevant plutôt de l'IRM. Nous offrons d'ores et déjà la complémentarité des deux techniques. L'évolution technologique de ces dernières années a été spectaculaire en radiologie. Nous devrions donc connaître plutôt des perfectionnements des techniques existantes et des améliorations en matière de temps nécessaire pour l'acquisition des séquences, ceci afin d'améliorer le confort du patient tout en préservant la même qualité d'imagerie. Le mammotome est

déjà une imagerie guidée. Une prochaine étape pourrait être une intervention guidée par IRM, ce qui est déjà faisable aujourd'hui au moyen du scanner. La mammographie tridimensionnelle devrait aussi se répandre ces prochaines années.» ■

Portrait-express

Diplômé en 2003 de l'Ecole TRM de Genève comme Technicien en Radiologie Médicale, Sébastien Romand a travaillé pendant quatre ans dans un centre de diagnostic radiologique où il a acquis les techniques les plus avancées de l'imagerie par scanner. Il a par la suite travaillé durant six mois à la Clinique Générale-Beaulieu comme TRM, principalement pour le scanner.

En 2008, il rejoint l'entreprise General Electric, un des premiers constructeurs mondiaux de scanners. Sa mission consistait à visiter les différents sites du groupe qui venaient d'acquérir un scanner et à former et gérer le personnel. Il formait aussi bien les TRM que les médecins radiologues utilisant de nouvelles consoles de reconstructions et de nouvelles techniques d'imagerie.

Sébastien Romand retourne à la Clinique Générale-Beaulieu début 2009 comme TRM référent scanner. Il accède au poste de chef TRM en mai 2010. Il donne également des cours à l'Ecole de TRM de Genève ainsi que des formations post-graduées à l'extérieur.

22^e Entretiens de Beaulieu

«Le dépistage: succès, contraintes et illusions»

Les 22^e Entretiens de Beaulieu étaient consacrés, samedi 20 novembre, à la problématique du dépistage: «Succès, contraintes et illusions», en cinq parties, toutes passionnantes. La manifestation fut également marquée par un hommage rendu au D^r Bertrand Demierre et par la remise du Prix Beaulieu 2010 au Président de l'AMG, le D^r Pierre-Alain Schneider.

Introduite par le D^r Christian de Pree, la problématique du dépistage recoupe de multiples aspects. Du dépistage des cancers, notamment ceux du côlon, du sein et de la prostate - trois cancers évoqués lors ces 22^e Entretiens de Beaulieu -, en passant par celui du mélanome, qui fait l'objet d'une journée annuelle de prévention très fréquentée à la Clinique Générale-Beaulieu, la question du dépistage fut aussi abordée sous un angle inattendu mais très intéressant, celui de la démence.

«Trouver tôt pour intervenir tôt»

Premier intervenant, le professeur Thomas Perneger, médecin-chef au Service d'épidémiologie clinique des HUG, a d'emblée relevé que le dépistage idéal serait de «trouver tôt pour intervenir tôt», ce qui constituerait la forme la plus naturelle mais hélas pas toujours possible. Ses réflexions portèrent sur «les principes, limites et aspects éthiques» du dépistage.

La question des tests de dépistage fut abordée en raison des effets secondaires et aussi des risques de surdiagnostic. «Le dépistage est le moment qui s'ajoute à la phase



L'assistance a suivi avec beaucoup d'intérêt les diverses thématiques abordées cette année autour du dépistage. (Photo Thierry Védrenne).

clinique, qui augmente la chance de survie mais aussi la durée de la maladie» observa le professeur Perneger. Il existe ainsi un paradoxe du dépistage, lorsque l'on distingue la tumeur indolente de la tumeur agressive. Le professeur Perneger distingua ce qu'il définit comme la «survie après dépistage» d'une autre période-temps

>>

qui est celle de la «survie grâce au dépistage», sachant que celui-ci ne signifie pas «soins». Ces réflexions permettent de souligner la nécessité d'un consentement éclairé autour du programme de dépistage proposé et celle d'une qualité accrue de l'information échangée.

Le cancer du côlon

Troisième cause de mortalité cancéreuse en Suisse, avec 3'500 cas recensés par an, le dépistage du cancer du côlon est recommandé à partir de 50 ans, aussi bien pour les femmes que pour les hommes, releva ensuite le D^r Michael Cunningham, gastro-entérologue à Genève.

Il décrit, en substance, les différentes formes de tests sous leur rapport coût-efficacité, comme le test de coloscopie ou celui de sigmoïdoscopie, ainsi que celui de la coloscopie optique. Il souligna les pratiques, tant en France, Allemagne ou au Canada, et releva la nécessité d'une préparation de qualité qui ne néglige pas l'examen du côlon droite ou gauche. Si le colo-scanner semble présenter une solution optimale comme moyen de dépistage, le D^r Cunningham ne manqua pas de relever qu'il n'existe pas de «test idéal».

Le cancer du sein

Deux spécialistes du cancer du sein, les doctresses Karen Kinkel, radiologue, et Béatrice Arzel, MPH en Santé Publique, à Genève, évoquèrent des études effectuées notamment aux Etats-Unis pour soulever la question de l'âge du dépistage du sein, entre 40 et 50 ans, qui fait l'objet d'une controverse scientifique comme le rappela le modérateur, le D^r François Taban.

«Individuel ou organisé», le dépistage peut être réalisé au moyen de la mammographie ou de l'échographie.

La D^{resse} Kinkel décrit les quatre densités mesurables lors du dépistage. Des densités échelonnées de 2 à 4 sont considérées comme «à problème», la densité 4 regroupant la moitié des cas de cancer du sein détectés au moyen de la seule mammographie.

Certaines formes, comme le cancer du sein lobulaire qui est en augmentation et représente 14% du total, sont en effet invisibles avec la seule mammographie mais visibles à l'échographie. L'un des principaux avantages du dépistage individuel est le fait que le médecin prend le temps de palper le sein pour certaines zones à risque. Car il existe ce que la D^{resse} Kinkel dénomma des «zones noires de la mammographie».

Les «atouts et limites» du dépistage organisé furent décrits par la D^{resse} Arzel qui releva sa nécessité à l'échelon d'un pays. Durant la période 1999-2006, 1'841 cas de cancers furent ainsi détectés rien qu'à Genève.

Le cancer de la prostate

La deuxième partie de ces 22^e Entretiens de Beaulieu fut animée par le D^r Charles-Henry Rochat. Avec pour titre «Pour un dépistage systématique du cancer de la prostate?», la problématique fut clairement établie puis détaillée par la professeure Christine Bouchardy, médecin responsable du Registre genevois des tumeurs.

Deuxième cause de mortalité en Suisse, le cancer de la prostate concerne un homme sur huit et il présente la particularité qu'il est impossible de le prévenir. Le dépistage fait toutefois controverse car il existe une «grande balance» des avantages et désavantages d'un dépistage, par la mesure du taux PSA: celui d'un diagnostic avancé qui contribue à faire baisser la mortalité, principal effet bénéfique, et celui d'un surdiagnostic, avec de multiples conséquences potentielles.

Diverses études randomisées, américaines et européennes, dont plus particulièrement celle de Göteborg (Suède) furent présentées pour souligner l'efficacité du dépistage à l'aide de la mesure du taux de PSA. En Suisse, en 2007, 60% des hommes auraient effectué un dépistage pour la période d'âge allant de 50 à 69 ans.

Le traitement du cancer de la prostate à Genève, selon une étude portant sur la période 1989-1999, s'est effectué à 19% par une prostatectomie, 24% par une radiothérapie et le reste des patients ont été surveillés ou traités de façon palliative. Mais, aujourd'hui encore observa la professeure Bouchardy, «le dépistage s'apparente à une roulette russe pour l'homme».

Médecin-chef au Service de médecine interne générale des HUG, le professeur Arnaud Perrier, s'exprima ensuite concernant le dépistage individualisé du cancer de la prostate. Il observa d'emblée l'absence d'études sur la qualité de vie des patients traités. Ces traitements sont de deux ordres: la prostatectomie radicale et la radiothérapie. 40% des cas traités, releva le D^r Perrier, présentent des dysfonctions érectiles, tous types de traitements confondus. Dans 9% des cas, des problèmes d'incontinence sont observés.

Le professeur Perrier nota que «le dépistage n'a de sens que s'il est suivi d'un traitement à visée curative». De plus en plus de patients, mieux informés, renoncent à un dépistage systématique car il a été observé un surdiagnostic très important.

Le D^r Rochat a conclu qu'énormément de progrès ont été réalisés ces dernières années dans la prise en charge du cancer de la prostate, mais comme il s'agit d'un cancer à évolution lente, y a un décalage entre les traitements

actuels et les validations scientifiques qui portent sur le long terme.

Dépistage de la démence

Le Président de la SMB, le D^r Nicolas von der Weid introduisit la dernière thématique, celle du dépistage de la démence qui fut développée par le D^r Frédéric Assal, du Service de neurologie des HUG.

Les pathologies cérébrales pouvant être à l'origine de formes de démence sont à distinguer des effets dus au vieillissement. Il existe des formes variées de démence, comme la démence vasculaire qui résulte d'infarctus multiples. Si la forme de la maladie d'Alzheimer, et notamment ses origines génétiques, est aujourd'hui mieux connue, le D^r Assal rappela les étapes multiples de son évolution: les troubles cognitifs vont de la confusion à la manifestation finale de la démence et résultent d'une agrégation anormale de protéines.

Le dépistage s'effectue par des tests: de la mémoire, du langage (anomie), des gestes. Des tests standardisés existent, notamment en neuropsychologie. Mais aucun traitement fiable n'est encore disponible. D'autres formes de démence furent encore évoquées, comme la maladie de Pick, qui est une déclinaison de la maladie de Parkinson.

Prix Beaulieu 2010 au D^r Schneider

En troisième et dernière partie, un hommage fut rendu au D^r Bertrand Demierre. Le Prix 2010 de la SMB fut remis au Président de l'AMG, le D^r Pierre-Alain Schneider, pour sa défense constante de la médecine libérale en Suisse. ■

Sécurité chirurgicale: check-list du bloc opératoire

Dans le *Trait d'union* du mois de juin 2010, avait été présentée une check-list de contrôle de la sécurité chirurgicale dont la mise en circulation dès septembre 2010 fut appliquée. Sous l'égide du D^r Jean-Philippe Dufour, médecin répondant de la clinique et du D^r Ian Schwieger, représentant les médecins anesthésistes, le modèle fut alors testé, évalué et reconsidéré sur les remarques recueillies depuis son utilisation.

Chaque critère essentiel conférant un contrôle de sécurité optimale du patient a été pris en considération, ce qui a permis d'opter pour un modèle définitif, modèle adapté à la structure organisationnelle de notre institution.

Cette check-list présentée ci-contre sera étendue à l'ensemble de l'équipe chirurgicale (chirurgiens, anesthésistes, aides, instrumentistes) pour chacun des opérés. Sa mise en circulation effective étant fixée au 10 janvier 2011.

BRIGITTE ROBBE
INFIRMIÈRE CHEF BLOC OPÉRATOIRE

CHECK-LIST SECURITE DU PATIENT AU BLOC OPERATOIRE CL SOP 005		
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)
IDENTITE ET SITE OPERATOIRE CONFIRMÉS PAR LE PATIENT Patient a décliné son nom: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Concordance avec le bracelet: oui <input type="checkbox"/> Concordance avec le dossier: oui <input type="checkbox"/> Patient confirme le site: oui <input type="checkbox"/> na <input type="checkbox"/> Patient informé et consentant: oui <input type="checkbox"/> na <input type="checkbox"/> SITE MARQUÉ oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non applicable na <input type="checkbox"/> RISQUES Allergie: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Inhalation: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Difficulté d'intubation: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Difficulté de ventilation: 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) Le matériel nécessaire pour l'intervention est vérifié Partie anesthésique: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Partie chirurgicale: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	IDENTITÉ PATIENT ET SITE OPERATOIRE Confirmation par le trinome Anesth/Chir/Instrum. Identité patient: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Site opératoire confirmé: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Intervention prévue confirmée: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Installation opératoire correcte: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Dossier radiologique: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Partage des informations essentielles (points critiques/éléments à risque) Sur le plan chirurgical: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Sur le plan anesthésique: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Prophylaxie antibiotique effectuée: oui <input type="checkbox"/> nr <input type="checkbox"/>	DEBRIEFING CHIRURGIEN - ANESTHÉSISTE - INSTRUMENTISTE Feuille d'ordre transmission postop: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Compte compresses correct FO SOP 007 : oui <input type="checkbox"/> na <input type="checkbox"/> Pièces de pathologie IT SOP 002 : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> na <input type="checkbox"/> Confirmation acte chirurgical réalisé/planifié: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> CHIRURGIEN - ANESTHÉSISTE INSTRUMENTISTE - AIDE Dysfonctionnements matériels: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Événements indésirables: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui, lesquels: REMARQUES (En cas d'écart avec la check-list, préciser la décision choisie)
Fait par l'anesthésiste: Initiales/Signature	Fait par l'anesthésiste: Initiales/Signature	Fait par: anesthésiste, chirurgien et instrumentiste Initiales/Signature
Emetteur: ICB Visa:		Date de dernière modification: 15.11.2010

Intervention de M. Laurent Mauler, sous-directeur



Hommage à Mercedes Vera



Après une longue maladie supportée avec courage et dignité, Mercedes Vera nous a quittés le 15 octobre dernier entourée de ses proches. Durant près de 8 ans, elle a travaillé à la Clinique Générale-Beaulieu comme réceptionniste puis comme standardiste. Nous perdons une amie très chère et une collègue de valeur.

Nous lui témoignons ici notre profonde reconnaissance.

Nous avons une pensée émue pour Adrien et Emilie, ses deux jeunes enfants vers lesquels va toute notre sympathie. Nous espérons qu'ils pourront trouver la force nécessaire à surmonter l'immense peine d'avoir perdu leur maman.

Un magnifique et formidable élan de solidarité a été lancé par quelques collaboratrices soucieuses d'assurer un bel avenir à Adrien et Emilie. Nous félicitons la générosité dont ont fait preuve les nombreux donateurs et surtout la grande humanité des voisins de Mercedes qui ont décidé d'assumer la responsabilité d'élever ses enfants.

Souvenons-nous de Mercedes comme d'une jeune femme pétillante, souriante, volontaire, c'est certainement ce qu'elle aurait souhaité.

Pré retraite de M^{me} Chantal Debaud

Avec près de 38 ans de service à l'Institut de radiologie de la Clinique Générale-Beaulieu, Chantal Debaud a décidé de faire valoir son droit à la préretraite au 31 décembre 2010. Nous aurons naturellement l'occasion de lui témoigner notre reconnaissance lors d'un cocktail qui sera organisé en début d'année prochaine mais tenions d'ores et déjà à la remercier de sa fidélité, de son engagement sans faille et de sa patience tout au long de ces années. Nous lui souhaitons nos meilleurs vœux pour une retraite active.

Je profite de cette dernière édition 2010 pour souhaiter à chacune et chacun d'entre vous de joyeuses fêtes de fin d'année.

LAURENT MAULER, SOUS-DIRECTEUR

Nouveaux médecins agréés

D^r Laurence JELK MORALES

Médecine interne

D^r Jean-Yves CORAJOD

D^r Nicolas PEYRAUD

Pédiatrie

D^r Pierre CHARBONNET

Chirurgie

Nouveaux collaborateurs

SOINS INFIRMIERS

Infirmière

Adeline CHEVRY

BLOC OPÉATOIRE

Instrumentiste

Frédéric AUGIER

Aide de bloc opératoire

Stefania DE SANTIS

Naissances

14.10.2010

Julia

Valérie PICCONE

17.10.2010

Atakan

Ali PERCIN





De gauche à droite: M. Philippe Cassegrain, directeur, le D^r Charles-Henry Rochat et le D^r Gérald d'Andiran, commissaire de l'exposition.

Soirée à la Fondation Bodmer

A l'occasion de l'exposition «Du corps aux étoiles, la médecine ancienne», la Clinique Générale-Beaulieu a organisé une visite guidée suivie d'un cocktail dans la salle historique de la Fondation Bodmer à Cologny, le vendredi 5 novembre à 18h30. Elle est visible jusqu'au 30 janvier 2011.

Meilleurs vœux pour 2011

A l'aube de la Nouvelle Année, je vous souhaite, ainsi qu'à vos proches, de joyeuses fêtes de Noël. Je forme mes meilleurs vœux de succès, satisfactions et bonheur pour l'année 2011.

Je désire que nous poursuivions ensemble le développement de notre clinique et que nous œuvrions tous à son succès, dans un contexte certes toujours plus difficile et avec des contraintes économiques toujours plus fortes, mais sachant quels sont nos atouts et notre réputation.

J'aimerais vous remercier pour le travail accompli tout au long de l'année 2010 qui a permis d'accroître la notoriété de la clinique.

PHILIPPE CASSEGRAIN
DIRECTEUR

Bowling: renfort bienvenu!

Depuis janvier 2003 une équipe de bowling représente la Clinique Générale-Beaulieu au sein du bowling corporatif Genève.

Sont toujours fidèles depuis la création de l'équipe: Paula, Esteban, Jorge, Alain et Evelyne. Par la suite, ils ont été rejoints par Pedro, Nicolas et Laurent.

Cette année nous avons obtenu la modeste place de 8^e sur 12. Mardi 30 novembre 2010, l'entreprise Caterpillar nous a accueillis pour le repas de fin de saison et la distribution des prix.

Pour la continuité de ce sport convivial, nous avons besoin de renfort. Si vous souhaitez rejoindre le pool de joueurs n'hésitez pas à me contacter au 5644.

Nous jouons tous les lundis à 19h au bowling de la Praille, excepté les vacances scolaires.

POUR L'ÉQUIPE: EVELYNE PIÈCE



Les amateurs de bowling sont invités à rejoindre l'équipe de la Clinique Générale-Beaulieu.