

la lettre

Éclairages
SMGe-AMGe

Dossier
VIVONS-NOUS UNE
« RÉVOLUTION
SILENCIEUSE » DANS
LA SANTÉ PUBLIQUE
MONDIALE
DEPUIS LA FIN DU
XX^e SIÈCLE ?

Partage d'expériences
LES MALADES
CHRONIQUES
DÉPENDANTS D'UN
APPAREIL



Coopérative

Sur le pont, à vos côtés

Votre connexion sûre

La Caisse des Médecins vous offre des interfaces fiables et stables entre le corps médical, la patientèle et les assurances maladie. Elle aplanit, ainsi, le chemin d'une collaboration fructueuse.

Ä **K** **ÄRZTEKASSE**
C **M** **CAISSE DES MÉDECINS**
C **M** **CASSA DEI MEDICI**



Informations et offres supplémentaires
caisse-des-medecins.ch



Au cœur de l'innovation

La Caisse des Médecins : une coopérative professionnelle à vos côtés

la lettre

03/2025
N°XVIII

IMPRESSUM

La Lettre - Journal d'information de
l'Association des Médecins du canton
de Genève ISSN 1022-8039

PARUTIONS

Format imprimé: 4 fois par an
Format digital: 6 fois par an

COMITÉ RÉDACTIONNEL

Dre Monique Gauthey, Dr Gérard d'Andiran,
M. Alberto Daverio, M. Antonio Pizzoferrato
Agence Nadiacommunication

RESPONSABLE DE PUBLICATION

M. Antonio Pizzoferrato

ÉDITEUR

AMGe, Association des Médecins du
canton de Genève, rue Micheli-du-Crest 12,
1205 Genève

CONTACT POUR PUBLICATION

Secrétariat AMGe, info@amge.ch

PUBLICITÉ

Médecine & Hygiène
022 702 93 41, pub@medhyg.ch

CONCEPTION & RÉALISATION

Bontron&Co
Simone Kaspar & Loredana Serra

IMPRESSION

AVD

TIRAGE

3245 exemplaires, contrôlé REMP

La Lettre est adressée aux membres de
l'AMGe - Association des Médecins du
canton de Genève. Retrouvez toutes les
éditions sur le site de l'AMGe et de la SMGe.





Dr Michel Matter
Président de l'AMGe

Coup de poignard

Génération attendue ou sacrifiée ?

Chaque nouvelle génération de médecins apporte un regard différent sur la profession allié à la recherche d'une qualité de vie mieux équilibrée entre le travail et la vie privée et la ferme volonté d'agir au niveau des principaux enjeux sociétaux. C'est une chance.

Cette génération, si attendue en raison de la pénurie de médecins annoncée, de la charge de travail en augmentation exponentielle en termes de demandes de consultations, de disponibilité, d'une part administrative chronophage et tentaculaire, d'une surréglementation croissante, mais également attendue avec l'avènement de l'intelligence artificielle et des technologies numériques, doit faire face à une anxiété grandissante, compréhensible et justifiée tant l'avenir semble incertain et le chemin pavé d'embûches. Les préoccupations sont légion.

Beaucoup diront que le monde change, qu'il faut s'adapter, que nous sommes à un tournant, que chaque génération a eu son lot de difficultés, que la notion de travail a évolué, qu'avant on travaillait plus, qu'on était mieux formé, que nous sommes au « crépuscule d'un éden médical » comme l'a écrit notre collègue vaudois le Dr Hervé Probst dans son éditorial du dernier magazine DOC en parlant de la fin d'une ère. Reste que la réalité montre que jamais sans doute, une telle certitude de la nécessité d'incorporer de jeunes collègues pour pallier les

besoins actuels et futurs en soins médicaux n'était présente. Il n'y a qu'à regarder la pyramide des âges pour s'en convaincre, comprendre la notion de temps partiel et la demande croissante de prises en charge.

Genève, comme les autres cantons suisses, vient de recevoir de l'Observatoire suisse de la santé (Obsan), sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), le calcul du taux de couverture actualisé par domaine de spécialisation et par canton d'établissement, à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS). La base de données se réfère à l'année 2022. Le résultat est ubuesque. Les disciplines pour lesquelles la clause du besoin a été abrogée à Genève, à juste titre, soit la médecine interne générale, la pédiatrie et la pédopsychiatrie, montrent des taux de couverture largement supérieurs à 100% (médecine interne générale 128%, pédiatrie et médecine de l'adolescence 135%, psychiatrie et psychothérapie pour enfants et adolescents 158%). Dont acte ! À l'évidence, ces chiffres ne correspondent à aucune réalité du terrain genevois. Que dire de l'anesthésiologie qui serait à Genève à un taux de couverture de 88% alors que dans notre canton les interventions chirurgicales sont nombreuses et diversifiées et que nous sommes formateurs pour d'autres cantons dans ce domaine spécifique comme dans d'autres. La bataille pour l'instauration de facteurs de pondération par

spécialité, voulue par l'autorité fédérale avec une application cantonale, ne fait que commencer et entraînera certainement des tensions entre des autorités préoccupées par la limitation de l'offre médicale, des représentants des jeunes médecins soucieux de défendre l'accès au marché de la santé en ayant la possibilité de facturer à charge de l'AOS, des cliniques privées souhaitant poursuivre leurs prises en charge optimisées et notre association désireuse de faciliter l'accès à nos jeunes collègues en tout équilibre avec les départs à la retraite et le travail à temps partiel. Cet exercice de précision doit se faire au sein de la Commission quadripartite (HUG, cliniques privées, AMIG, AMGe) sous l'égide de l'Office cantonal de la santé (OCS) avec des échanges ciblés par spécialités en incluant de fait les représentants de chaque spécialité. Travailler avec intelligence et respect sera essentiel dans un dossier complexe où l'on pourrait aller jusqu'à craindre qu'aucun jeune médecin, formé dans nos propres institutions aux frais du contribuable, ne puisse s'installer à Genève dans certaines spécialités, et ce pendant plusieurs années, si des facteurs de pondération drastiques devaient être imposés en regard des taux de couverture fournis par l'Obsan. Absurde et inquiétant.

Nous devons continuer à former des étudiants et des médecins en adaptant au mieux nos formations à cette nouvelle génération en termes de respect, d'intégration, de conditions de travail, d'équilibre entre les vies professionnelle et privée, entre l'académique et la clinique, entre ce qui est appris et la réalité du terrain, entre les envies personnelles et les besoins réels afin d'optimiser l'offre en fonction de la demande, d'intégrer l'innovation, les technologies numériques, l'essor de l'intelligence artificielle et les domaines de demain portant sur la médecine personnalisée. Il s'agit également de couvrir les départs à la retraite et le temps partiel, de répondre aux urgences et aux consultations pressantes de plus en plus nombreuses et injustement rémunérées, mais aussi de tenir compte, sous l'angle sociétal, de la durabilité, de la mobilité et des soins à domicile croissants liés au vieillissement de la population. Nous devons travailler de façon de plus en plus intégrée et transversale.

Travailler avec intelligence et respect sera essentiel dans un dossier complexe où l'on pourrait aller jusqu'à craindre qu'aucun jeune médecin, formé dans nos propres institutions aux frais du contribuable, ne puisse s'installer à Genève dans certaines spécialités, si des facteurs de pondération drastiques devaient être imposés en regard des taux de couverture fournis par l'Obsan. Absurde et inquiétant.

Les enjeux pour la nouvelle génération sont nombreux. Le premier, évident, est celui de pouvoir pratiquer la spécialité voulue, enseignée et apprise dans notre canton. Cette certitude n'est de loin pas acquise, ni en termes de formation ni d'accès au marché de la santé. Ensuite ce sont les conditions de travail optimales qui posent actuellement question si l'on se réfère au sondage effectué par l'Association suisse des médecins assistant-e-s et chef-fes de clinique (ASMAC). Et pire, selon l'Association suisse des étudiants en médecine (swimsa) un tiers des futurs médecins pensent déjà à se reconvertir durant leurs études ou à la suite des premières expériences en cabinet (enquête effectuée en 2023). Édifiant.

L'AMGe tend les bras à cette génération pour qu'elle soit une génération attendue, porteuse de promesses et d'envies. À leur côté, nous refuserons toute atteinte qui aboutirait à la constatation terrible d'une génération sacrifiée sous prétexte d'une hausse des coûts dont les médecins de ville sont depuis longtemps les boucs-émissaires à défaut d'en être les principaux responsables dans notre canton. ●

Vivons-nous une « révolution silencieuse » dans la santé publique mondiale depuis la fin du XX^e siècle ?

On est tenté de dire que la question est trop ambitieuse pour essayer d'y répondre en quelques pages. Pourtant, il est possible d'identifier de nombreux éléments-clefs qui, additionnés, permettent de répondre par l'affirmative.

Un élément décisif est la publication en 1996 d'une première estimation du « fardeau des maladies¹ » au niveau mondial, maladie par maladie. L'initiative est venue de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), de la Banque Mondiale, de l'Université de Californie et de l'Université de Harvard. Il s'agissait de calculer le nombre d'années perdues en raison des morts prématurées et de la morbidité², rapporté pour chaque maladie dans le monde. Aussi difficile qu'il puisse être, ce calcul permettait pour la première fois de se faire une idée du *poids relatif de chaque maladie pour la santé mondiale*. Parallèlement, l'Université de Harvard évalua le montant total des fonds investis dans la recherche pour chacune des maladies au niveau mondial. La malaria représentait, par exemple, 2.3% du fardeau global de toutes les maladies dans le monde en 1990. Il fut estimé que la recherche consacrée à la lutte contre la malaria correspondait à 0.1% du total des investissements dans la recherche en santé.

En conséquence, une comparaison du fardeau de chaque maladie – en % du fardeau total – avec les investissements dans la recherche pour chaque maladie – en % du total des investissements – permettait de mesurer le degré de déséquilibre dans la priorisation³ de la recherche au niveau mondial.

Le deuxième élément est l'avancée dès les années 1990 et surtout 2000 de la méthodologie de priorisation des investissements dans la santé. Auparavant, il n'y en avait pas ou peu,

parce que les données de base n'existaient pas ou étaient très limitées. Avec les avancées considérables dans leur collecte et le développement méthodologique, il devenait possible de répondre, de façon toujours plus satisfaisante, à ces questions :

- Quelles maladies sont-elles les plus lourdes pour la santé mondiale et pour l'économie de chaque pays ?
- Pourquoi continuent-elles de peser si lourdement sur les économies en dépit des efforts pour diminuer le fardeau de ces maladies ?
- Pourquoi les stratégies actuelles ne donnent pas de meilleurs résultats ? Quelles sont les promesses des nouvelles stratégies (best practices) ?
- Quelles sont les ressources disponibles, au niveau mondial et par pays, pour les prochaines années ?

Pour aborder ces questions, la nouvelle méthodologie opéra une distinction entre les réponses qui étaient de la responsabilité (a) de l'OMS (orientation et coordination au niveau mondial), (b) des ministères de la santé dans les différents pays, (c) des autres ministères dans ces pays (éducation, agriculture, environnement, finances), et enfin (d) des familles affectées par la maladie elles-mêmes. Cette méthode, la *Combined Approach Matrix*⁴, fut utilisée sous différentes formes chaque fois qu'une institution, un pays, ou un réseau de recherche se lançait dans un exercice de priorisation. Pour la première fois, l'idée et la nécessité de prioriser devinrent largement acceptées et l'exercice donna des résultats probants et utiles. Sans priorisation, les efforts ne s'adressaient pas aux

problèmes de santé les plus lourds pour l'économie d'un pays, entraînant un gaspillage des ressources.

Un troisième élément a été, en 2000, l'adoption à l'unanimité par les 193 pays de l'ONU des « Objectifs de Développement du Millénaire des Nations-Unies pour 2015 » (ODM) et, en 2015, de leur successeur, les « Objectifs des Nations-Unies pour le Développement Durable pour 2030 ». Ces documents accordent une place centrale aux problèmes de santé et à la recherche dans les pays en développement. En effet, cinq des huit ODM concernent directement la santé dans le monde. Ces objectifs, ainsi que les résultats atteints⁵, sont les suivants :

- **Réduire de moitié le nombre de personnes souffrant de la pauvreté** (la pauvreté étant une cause majeure de mauvaise santé). L'objectif a été atteint puisque l'ONU estime que le nombre de personnes vivant en état de pauvreté absolue dans les pays en développement a diminué de 1.9 milliard en 1990 à 836 millions en 2015.
- **Réduire des deux-tiers la mortalité des enfants en-dessous de 5 ans**. En réalité, cette mortalité aurait diminué de 90 (par millier de naissances) en 1990 à 43 en 2015 dans les pays en développement – un succès partiel, néanmoins remarquable.
- **Réduire des trois-quarts le taux de mortalité maternelle**. L'ONU estime que la diminution de la mortalité maternelle (500'000 décès par an en 1990) a atteint 45% en 2015, loin de l'objectif de 75%, mais réel progrès.
- **Arrêter la progression du Sida, de la malaria et de la tuberculose**. L'objectif a été atteint grâce notamment à la création du Fonds Mondial de Lutte contre le SIDA, la Malaria et la Tuberculose en 2002.
- **Réduire de moitié la proportion des populations n'ayant pas accès à l'eau potable et aux égouts**. Entre 1990 et 2015, l'objectif a presque été atteint dans les pays en développement en ce qui concerne l'accès à l'eau potable, beaucoup moins en ce qui concerne l'accès aux égouts.

C'est la première fois dans l'histoire de l'humanité que de tels objectifs existent et que de telles mesures sont effectuées à l'échelon de tous les pays.

Un quatrième élément est l'expansion rapide, au cours des 30 dernières années, d'un nouvel instrument dans la lutte contre les maladies des pays en développement: les **Partenariats Publics-Privés (PPP)**. Pourquoi cette explosion des PPP dès la fin des années 1990?

- Une première raison est la réalisation, avec le développement des calculs du fardeau des maladies, du poids insupportable qu'elles représentaient pour les pays en développement, et le besoin de montrer des résultats tangibles. Pour nombre d'entre eux, le fardeau des maladies est 10 fois plus élevé que dans les pays les plus avancés, alors que leurs ressources financières et humaines s'avèrent 10 fois plus faibles pour y faire face. Cela signifie, en extrapolant, que le poids des problèmes de santé y serait pratiquement 100 fois plus sévère que dans les pays les plus avancés. Cette situation affecte non seulement les pays en question mais l'ensemble de la planète, étant donné que leur potentiel économique est miné par l'impact de la santé et que les problèmes de migrations augmentent considérablement.
- Une deuxième raison à la base des PPP est le cloisonnement entre les actions des institutions aussi bien internationales que nationales, ayant pourtant le même but en matière de santé, tant dans le secteur public que dans le secteur privé, ainsi que leur manque de coordination et la dispersion de leurs efforts.
- Enfin, on a découvert qu'il était plus facile (pour les gouvernements du Nord, les Etats pétroliers, ou les grandes fondations privées internationales comme la Gates Foundation) de mobiliser de nouvelles ressources financières pour *une nouvelle institution joignant les forces des secteurs publics et privés* que pour les organisations traditionnelles des Nations-Unies (PNUD, OMS, UNICEF), souvent freinées par leur bureaucratie.

Face à cette situation, les Partenariats Publics Privés (PPP) regroupaient les principales institutions, au niveau international et national. Ils étaient centrés sur les problèmes de santé les plus graves dans les pays en développement, tout en leur donnant des moyens financiers. Il existe aujourd'hui plusieurs dizaines de PPP internationaux actifs dans la plupart des secteurs de la santé mondiale. De nature et de dimension très différentes les uns des autres, ils témoignent d'un même souci : dynamiser, focaliser et aider à coordonner les efforts des institutions internationales et nationales, aussi bien du secteur privé que public, sur les principaux problèmes de santé dans le monde.

1 Report of the Ad Hoc Committee, "Investing in Health Research and Development", WHO, 1996.

2 Nombre de mois d'alitement multiplié par le nombre de malades.

3 Action de donner une importance prioritaire à quelque chose.

4 Global Forum for Health Research, "The 10/90 Report on Health Research", 2003-2004.

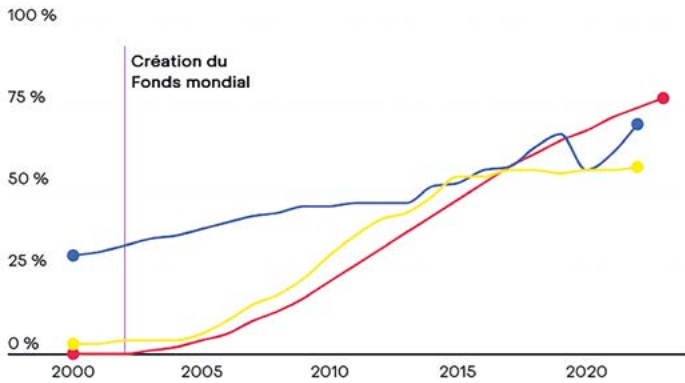
5 PNUD, Rapport 2015 sur les Objectifs du Millennium pour le Développement.

Voici trois exemples parmi les plus importants PPP d'aujourd'hui.

1 En 2002 fut créé le **Fonds Mondial de Lutte contre la Tuberculose, la Malaria et le SIDA**, une Fondation de droit suisse, avec statut d'institution internationale, dont le siège est à Genève. Ce partenariat a une structure tout à fait unique et regroupe : 64 pays donateurs, du Nord et du Sud ; des fondations internationales privées ; des agences onusiennes ; ainsi que, dans les pays bénéficiaires, de milliers de partenaires locaux publics et privés qui fonctionnent de manière compétitive, sous la responsabilité d'une Instance de Coordination Nationale. Les ressources financières du Fonds ont atteint US\$ 5 milliards par an en 2022, du même ordre de grandeur donc que le budget de l'OMS elle-même, après seulement 20 ans d'existence.

Couverture du traitement et interventions de prévention

- VIH – % de personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral
- Tuberculose – % de la couverture du traitement contre la tuberculose
- Paludisme – % de la population ayant accès à une moustiquaire imprégnée d'insecticide de longue durée



Les calculs de la couverture du paludisme sont basés sur 38 pays africains où le Fonds mondial investit et pour lesquels on dispose de données provenant des estimations de l'OMS et du Malaria Atlas Project. Les estimations du VIH et de la tuberculose sont basées sur tous les pays où le Fonds mondial investit. D'après les données publiées par l'OMS (2023 pour la tuberculose et le paludisme) et l'ONUSIDA (2024).
Regroupements régionaux du Fonds mondial

Tableau I. Source : Fonds Mondial, Rapport 2024 sur les Résultats (page 4).

Les progrès enregistrés depuis 2002 dans la lutte contre ces maladies sont spectaculaires⁶. > **Tableau 1**

- Malaria. La population ayant accès à une moustiquaire imprégnée est passée de 3% en l'an 2000 à 55% en 2022, même s'il y a aujourd'hui encore environ 240 millions de cas de malaria chaque année, causant environ 600'000 décès (à comparer aux 1.1 million en l'an 2000).
- Tuberculose. Il y a encore environ 10 millions de nouveaux cas dans le monde chaque année et plus d'un million de décès ; mais la couverture du traitement antituberculeux est passée de 30% en l'an 2000 à 70% en 2022.
- SIDA. Le pourcentage des personnes infectées et sous traitement antirétroviral est passé de 0 en l'an 2000 à 75% en 2022 ; le nombre de décès est aujourd'hui d'environ 600'000 par an (à comparer aux 1.6 million en 2002).

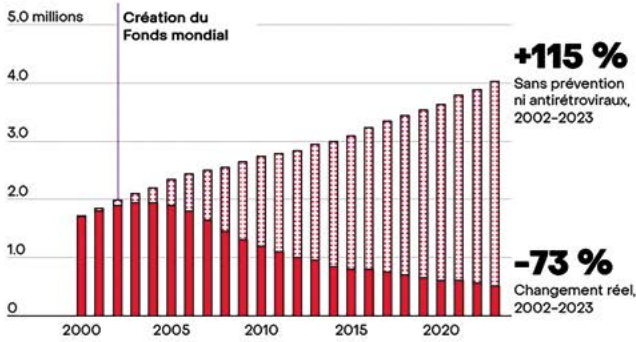
Trois graphiques illustrent plus en détail l'impact de l'action du Fonds Mondial de Lutte contre la Tuberculose, la Malaria et le SIDA – et ses partenaires – pour chacune de ces maladies depuis sa création en 2002. Ils établissent une comparaison entre une situation prévisionnelle SANS intervention du Fonds Mondial (barres verticales claires) et la situation réelle SUITE à son intervention (barres verticales foncées). > **Tableaux II à IV**

2 Un autre exemple est la création en 1999 de la **Global Alliance for Vaccines and Immunizations (GAVI)**, une Fondation de droit suisse dont le siège est également à Genève. Ce PPP inclut des pays du Nord et du Sud, des agences onusiennes, des fondations internationales privées, des instituts de recherche, des pharmas et des organisations privées de la société civile. Son objectif est de vacciner les enfants dans les pays en développement n'ayant pas les ressources financières nécessaires pour se prémunir contre les maladies telles que tétanos, poliomyélite, rougeole, tuberculose, diphtérie, coqueluche, hépatite B, fièvre jaune, choléra et Ebola. Au cours de ses 25 ans d'existence, la GAVI a immunisé plus d'un milliard d'enfants dans 78 pays en développement⁷. Grâce à ses achats groupés et à sa politique d'appels d'offres, elle a considérablement réduit le coût des programmes d'immunisation pour les pays bénéficiaires. Le budget annuel de la GAVI est de l'ordre de US\$ 1.5 milliard.
 > **Tableau V**

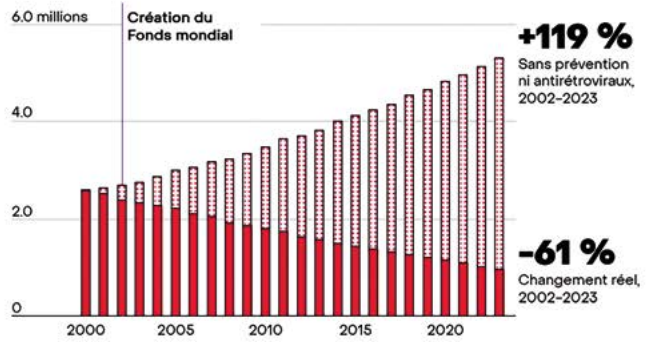
3 La création de PPP a également essayé de répondre à une autre problématique : celle du trou structurel existant entre le secteur public et le secteur privé en ce qui concerne la découverte et la livraison de nouveaux médicaments pour la santé des pays en développement. En effet, le secteur public – instituts de recherche des Ministères de la Santé et universités – se concentre sur la recherche fondamentale et l'analyse des problèmes de santé publique, alors que le

6 Source : Fonds Mondial, Rapport 2024 sur les Résultats.
 7 Source : GAVI, "Annual Progress Report" 2022.

Tendances des décès liés au sida



Tendances des nouvelles infections à VIH

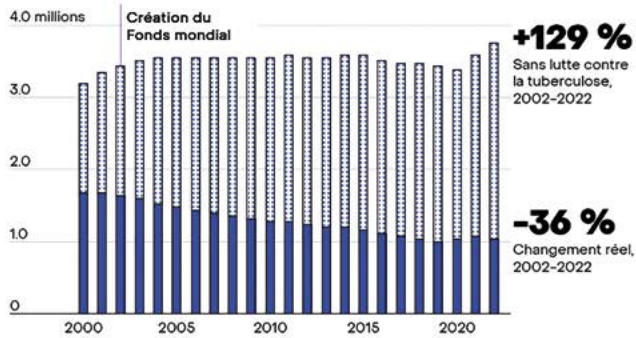


Estimation de la charge de morbidité du VIH par l'ONUSIDA (2024). Estimation des tendances « sans prévention ni antirétroviraux » à partir des modèles Goals, AEM et AIM, si disponibles. Les estimations de la charge de morbidité de l'ONUSIDA ne sont pas disponibles pour certains pays. « Portefeuille du Fonds mondial » fait référence aux pays qui ont récemment reçu un financement du Fonds mondial pour des programmes de lutte contre le VIH/sida et qui ont présenté des résultats programmatiques au cours des deux derniers cycles. [Regroupements régionaux du Fonds mondial](#)

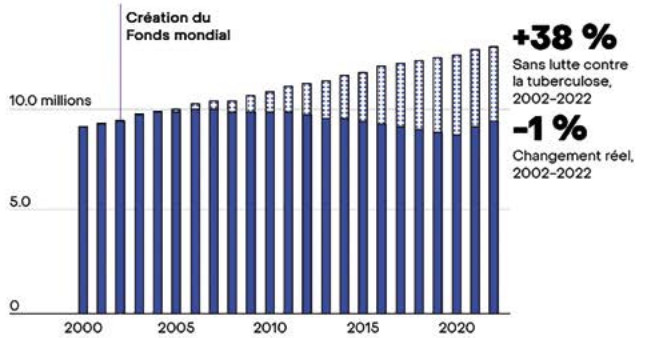
Tableau II. Source: Fonds Mondial, Rapport 2024 sur les Résultats (page 8).

● Avec lutte contre la tuberculose (chiffres réels) ○ Sans lutte contre la tuberculose

Tendances des décès imputables à la tuberculose (exclusion faite des personnes séropositives)



Tendances des nouveaux cas de tuberculose (toutes formes)

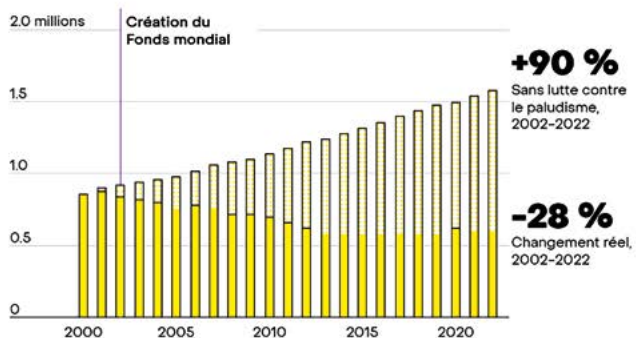


Estimations de la charge de morbidité de la tuberculose issues du Rapport mondial sur la tuberculose en 2023 de l'OMS. L'estimation de la tendance des décès imputables à la tuberculose « sans lutte contre la tuberculose » est basée sur les données de l'OMS, tandis que celle des nouveaux cas suppose une tendance constante de nouveaux cas de tuberculose depuis 2000. Les principaux efforts de lutte contre le paludisme et le VIH ont été déployés en 2000 avec les Objectifs du millénaire pour le développement, mais les initiatives de lutte contre la tuberculose ont commencé bien avant. Ainsi, la divergence entre les résultats réels et les résultats hypothétiques apparaît beaucoup plus tôt dans le cas de la tuberculose, de sorte que le graphique de la tendance de la tuberculose est très différent de celui du VIH ou du paludisme. « Portefeuille du Fonds mondial » fait référence aux pays qui ont récemment reçu un financement du Fonds mondial pour des programmes de lutte contre la tuberculose et qui ont présenté des résultats programmatiques au cours des deux derniers cycles. [Regroupements régionaux du Fonds mondial](#)

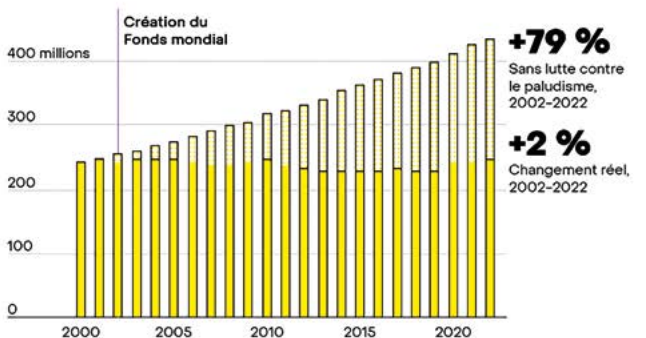
Tableau III. Source: Fonds Mondial, Rapport 2024 sur les Résultats (page 14).

● Avec lutte contre le paludisme (chiffres réels) ○ Sans lutte contre le paludisme

Tendances des décès imputables au paludisme



Tendances des cas de paludisme



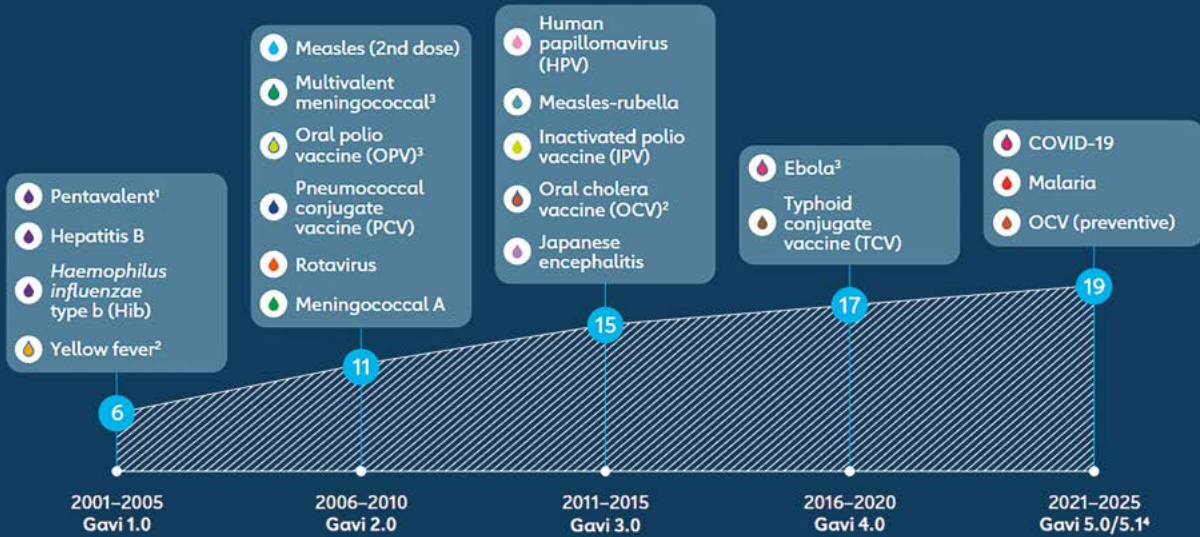
Estimations de la charge de morbidité du paludisme et estimation « sans lutte contre le paludisme » : programme mondial de lutte antipaludique de l'OMS (2023). « Portefeuille du Fonds mondial » fait référence aux pays où le Fonds mondial investit. [Regroupements régionaux du Fonds mondial](#)

Tableau IV. Source: Fonds Mondial, Rapport 2024 sur les Résultats (page 20).

Gavi's vaccine portfolio has grown significantly over time

Gavi supports vaccines against **19 infectious diseases** through **46 product presentations**

Outbreak response



¹ Diphtheria, tetanus, pertussis (DTP), hepatitis B, *Haemophilus influenzae* type b (Hib). ² Gavi supports both preventive vaccination and emergency stockpiles. ³ Emergency stockpiles. ⁴ The Vaccine Investment Strategy (VIS) 2018 vaccine programmes that were unpaused in 2023 will be available as follows: The funding window for hexavalent vaccine and DTP boosters will open in October 2023, with first country introductions forecasted for the first quarter of 2024. The funding window for hepatitis B birth dose and rabies post-exposure prophylaxis (PEP) vaccines will open in the second quarter of 2024, with first country introductions forecasted in the third quarter of 2024. A funding window for preventive multivalent meningococcal conjugate vaccine (MMCV) will open pending a Board decision. Respiratory syncytial virus (RSV) vaccine will be available in the Gavi 6.0 strategic period, beginning in 2026, pending availability of product.

Tableau V. Source : GAVI, "Annual Progress Report 2022", "GAVI's Vaccine Portfolio", 2001-2025 (page 18).

secteur privé – les pharmas – se concentre sur la découverte, le développement et la commercialisation de nouveaux médicaments destinés surtout aux marchés des pays développés. Dans l'ensemble, le système fonctionne pour ces pays, mais beaucoup moins bien pour les pays en développement dont le pouvoir d'achat est très limité.

Un exemple d'un tel PPP a été la création en 1999, à Genève, de la Fondation **Medicines for Malaria Venture (MMV)**. Sans but lucratif, elle se consacre à la découverte et au développement de nouveaux médicaments anti-malariques. Elle a regroupé les efforts de plusieurs institutions : l'OMS, la Banque Mondiale, la Fondation Rockefeller (New York), l'*International Federation of Pharmaceutical Manufacturers' Associations* (Genève), l'*Association of British Pharmaceutical Industries* (Londres), l'Institut Tropical et de Santé Publique Suisse (Bâle), et le Forum Mondial pour la Recherche en Santé (Genève). Ce PPP lance périodiquement un appel d'offres aux pharmas, instituts de recherche et universités dans le monde, en leur demandant de soumettre des propositions de recherche avec un budget chiffré concernant les fonds manquants. Un Comité Scientifique international, neutre, sélectionne les plus prometteuses sur une base strictement scientifique. Les projets retenus reçoivent des fonds de US\$ 3 à 5 millions par an, sur

plusieurs années, pour la poursuite des recherches. MMV est considérée comme la première institution dans le monde pour le développement de nouveaux médicaments anti-malariques.

Conclusion

Avec (a) la mesure du « fardeau des maladies » pour orienter les politiques de santé au niveau mondial et national, (b) les avancées considérables dans la collecte de données et la méthode de priorisation des investissements et de la recherche en matière de santé mondiale, (c) l'adoption par les 193 pays de l'ONU des Objectifs de Développement du Millénaire en l'an 2000 (et de son successeur, les Objectifs de Développement Durable de l'ONU, en 2015) et (d) la création des nombreux Partenariats Publics-Privés au niveau international et national, on peut parler d'une véritable « révolution silencieuse » dans la santé publique mondiale depuis la fin du XX^e siècle. ●

Louis Currat

Premier Secrétaire Exécutif (1997-2004)
Forum Mondial pour la Recherche en Santé, Genève
Membre de la Direction du Développement et de la Coopération (DDC), DFAE, Berne (1985-1997)
Économiste, Banque Mondiale, Washington DC (1970-1977)

Programme 2025

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE GENÈVE

À 19H15, EN PRÉSENTIEL ET EN LIGNE PAR ZOOM <https://zoom.us/j/91593939910>, code 702137



La Société Médicale de Genève
vous propose son cycle de conférences 2025 :

« Ces liens qui unissent, enchaînent et libèrent »

DATE	TITRE	LIEU	ORATEUR
Mer 16 avril 2025 à 19h15 (non accessible zoom)	Rupture.S: quand les liens se défont	Maison de l'enfance et de l'adolescence 26 boulevard de la Cluse, Genève, Salle Polyval	Claire Marin, philosophe, Paris Luan Goès, contreténor et Joao Elias, pianiste
Mer 7 mai 2025 à 19h15 (non accessible zoom)	Projection du film «Le chant des vivants» et discussion avec une partie de l'équipe du film Nos liens avec nos (mauvais) souvenirs	Maison de l'enfance et de l'adolescence 26 boulevard de la Cluse, Genève, CinéMEA	Céline Allegra, réalisatrice Sarah lapcevic, psychologue, Metz
Mer 4 juin 2025 à 19h15 (non accessible zoom)	Notre lien avec notre patrie et notre culture	Maison de l'enfance et de l'adolescence 26 boulevard de la Cluse, Genève, Salle Polyval	Stephan Eicher, auteur, compositeur, Berne Alphüttli, Club de Yodleurs genevois Michel Cerutti, journaliste RTS
Mer 17 septembre 2025 à 19h15 (non accessible zoom)	Nos liens avec la folie ou tout au moins avec notre santé psychique (à confirmer)	Maison de l'enfance et de l'adolescence 26 boulevard de la Cluse, Genève, Salle Polyval	Constance, humoriste Spectacle « Inconstance » puis débat avec la salle
Mer 1 ^{er} octobre 2025 à 19h15 (accessible zoom)	Animation-concert par la chorale et présentation des meilleurs travaux en immersion communautaire des étudiants en Bachelor Nos liens avec la marge	Maison de l'enfance et de l'adolescence 26 boulevard de la Cluse, Genève, CinéMEA	Au clair de la rue, chorale, Nantes Étudiants, faculté de Médecine de Genève
Mer 5 novembre 2025 à 19h15 (non accessible zoom)	Projection du film «Je ne te voyais pas» et débat avec des membres d'Ajures Nos liens avec notre idée de la justice	Maison de l'enfance et de l'adolescence 26 boulevard de la Cluse, Genève, CinéMEA	Association Ajures, Suisse (Association pour la Justice Restaurative en Suisse) et François Kohler, réalisateur
Mer 3 décembre 2025 à 19h15 (non accessible zoom)	Nos liens avec les paradis artificiels Pour les conférences accessibles par zoom	Maison de l'enfance et de l'adolescence 26 boulevard de la Cluse, Genève, Salle Polyval	Personnes concernées par les addictions Bérangère Mastrangelo chanteuse et Lee Maddeford, pianiste. Pascal Gache, médecin addictologue suivi de la surprise du Président

L'entrée est libre et gratuite. En raison du nombre limité de places dans les salles, une inscription préalable est nécessaire. Écrire à 2025@smge.ch et se renseigner sur le site : www.smge.ch



Une personne
hémodialysée,
centre de Genève.
(NephroHUG 2015)

Les malades chroniques dépendants d'un appareil

Le nombre de malades chroniques a fortement augmenté et les lecteurs de cette lettre le savent aussi bien que moi. La majorité de ces malades doivent ajuster leur vie en conséquence avec des répercussions multiples. De plus, ils doivent prendre des traitements, la plupart du temps médicamenteux, en majorité par voie orale, mais aussi par injection avec des fréquences variables. Cela entraîne d'autres contraintes et des effets secondaires qui alourdissent encore le fardeau de la maladie chronique.

Je citerai bien évidemment le diabète, nécessitant la prise d'insuline, mais aussi nombre d'autres maladies (maladies auto-immunes, etc...) dont la liste augmente chaque année. La néphrologie et la pneumologie ont une grande patientèle dépendante d'un appareil pour vivre, que ce soit un respirateur ou un générateur d'hémodialyse. Ce besoin complexifie encore la vie de ces malades chroniques qui doivent intégrer cette composante technique et contraignante dans leur quotidien. Par mon métier de néphrologue, j'ai très bien connu les malades dépendants de l'hémodialyse et souhaite partager ici cette expérience.

Ayant repris, depuis 2022, la présidence de la Ligue Pulmonaire Genevoise, j'ai également pu observer les malades chroniques respiratoires, je l'aborderai aussi mais dans la perspective d'une comparaison avec l'hémodialyse, n'étant pas pneumologue et n'ayant ni les connaissances ni l'expérience qui me permettrait d'en parler au même titre que l'hémodialyse. L'hémodialyse est à l'origine du développement de la néphrologie en tant que spécialité. Il y a différentes techniques de dialyse, mais concentrons-nous sur l'hémodialyse et les conséquences de ce traitement sur les patients.

Le premier centre d'hémodialyse chronique a été créé en 1966 à Seattle par Sraer. Très vite, la nouvelle s'est répandue et le centre de Seattle a été débordé, devant dès lors faire des choix dans l'attribution des places de dialyse. Il est important de noter que sous la pression populaire et médiatique (article du Life en 1966), un groupe de personnes représentatif de la population civile sera formé et donnera naissance à l'éthique médicale. Genève contribuera au développement de l'hémodialyse avec la première réunion de néphrologie internationale organisée à Genève en 1966 par le Professeur René Mach, directeur de la clinique médicale conjointement avec Jean Hamburger de l'Hôpital Necker à Paris. Dès 1970, les centres de dialyse se développeront de manière exponentielle dans les pays avec des systèmes de santé suffisamment performants.

En Suisse, plus de 4000 patients sont traités par hémodialyse ce qui signifie que ces derniers doivent s'astreindre à 3 séances de 4 heures en moyenne par semaine. Avec le branchement et le débranchement on peut estimer qu'ils passent entre 13 et 14 heures par semaine au centre. Ces séances sont contraignantes car elles se répartissent en shifts sur 6 jours de la semaine. Par exemple, le shift du lundi-mercredi-vendredi matin ou celui du mardi-jeudi-samedi après-midi. Vous avez compris qu'un travail à 100% est difficile bien que les solutions de shifts de soirée ou nocturne, voire des sessions courtes quotidiennes, par exemple de 8 à 10 h le matin, favorisent le maintien professionnel.

Lorsque le patient arrive, il est pesé. C'est un moment très important car chaque patient a un poids « sec », soit le poids qu'il aurait si ses reins fonctionnaient normalement. Si celui-ci est de 70 kg et que la balance montre 73 kg, on estime qu'il faut retirer 3 litres de liquide durant la séance. Un tirage de moins de 800 ml par heure est en moyenne bien toléré, mais au-dessus c'est très variable. La principale complication est une baisse brutale de la tension artérielle qui peut être accompagnée de perte de connaissance, etc... Pour cette raison, la pesée est un moment de tension entre le patient et le soignant concerné. Si la prise de poids est trop importante, le patient culpabilise et le soignant est stressé car la séance sera plus difficile.

Cette tension peut perdurer lors du branchement, soit le moment durant lequel la circulation extracorporelle est établie. Un abord vasculaire fonctionnel soit par un cathéter soit par une fistule artério-veineuse est essentiel. La fistule nécessite le piquage avec deux aiguilles de dialyse d'un gros diamètre et exige une grande dextérité, variable d'un soignant à l'autre. Le cathéter, idéal en théorie car sans piquures et donc sans douleurs, pose maints autres problèmes : les infections du site, les thromboses, les débits insuffisants, etc...

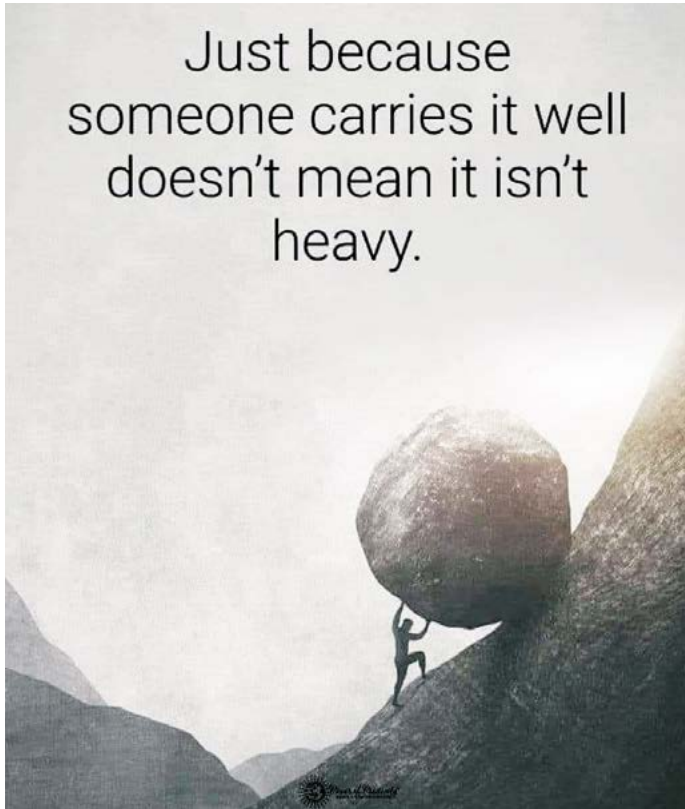
En Suisse, plus de 4000 patients sont traités par hémodialyse ce qui signifie que ces derniers doivent s'astreindre à 3 séances de 4 heures en moyenne par semaine.

Si tout fonctionne et que le patient est branché, il peut enfin se détendre et passer du temps à regarder un film, travailler sur son ordinateur, lire, manger ou simplement dormir. Cependant, il arrive que la séance se passe mal. Elle sera pénible avec chutes de tensions, sonneries incessantes des alarmes de machine, vertiges, nausées, etc... Sa journée sera gâchée, surtout si le shift est le matin. De surcroît, s'il y a un volume de liquide trop important à retirer, l'infirmier-ère ou le néphrologue rappellent plusieurs fois de manière bienveillante l'importance de diminuer les apports en liquide. Le patient sait dès lors qu'il va avoir soif durant 2 jours car l'insuffisance rénale, notamment l'élévation de l'urée, donne soif et c'est un supplice de se retenir de boire.

Le patient hémodialysé change d'identité médicale. Au lieu d'être une personne souffrant d'une néphropathie hypertensive, une glomérulonéphrite ou une néphrite interstitielle toxique, il devient un dialysé. La technique de substitution devient sa maladie. Cette évolution a été très bien décrite par une sociologue dans son essai : « l'hémodialyse, cette maladie »¹. Le soignant qui assure la prise en charge a réglé la machine de dialyse selon les besoins du patient. Les paramètres ajustables comme le volume à retirer durant la séance sont discutés si nécessaire avec le patient et le médecin. Si le patient a des problèmes particuliers, il sera alors vu par le médecin avant de débiter la dialyse. Le médecin en charge connaît les paramètres qu'il peut ajuster et doit aussi connaître le patient et son histoire médicale. Le médecin connaît très bien l'histoire du patient depuis qu'il est en dialyse à savoir son histoire « d'hémodialysé » mais oublie progressivement son histoire médicale complète. Souvent l'historique de l'hémodialyse domine le tableau et il m'est arrivé maintes fois, de devoir replonger dans le dossier d'un patient dialysé depuis plusieurs années, pour me rappeler quelle maladie avait mené le patient en hémodialyse.

Dans un centre de dialyse, la majorité des patients sont âgés et la priorité principale est de leur offrir la meilleure qualité de vie dans le contexte contraignant de l'hémodialyse. Ce n'est

¹ « L'hémodialyse, cette maladie ». Approche anthropologique d'un amalgame Article | Desseix, Aurélie | Sciences sociales et santé | 29 | 3 | 2011-09-01 | p. 41-73 | 0294-0337 | 2011



La charge d'une maladie chronique peut être très lourde même si la personne ne le montre pas.

pas toujours facile de trouver le bon équilibre. Les discussions avec le patient peuvent devenir des négociations lorsqu'on aborde la durée de la session ou le tirage. De même, l'alimentation, lorsqu'elle nécessite des restrictions (aliments riches en potassium ou phosphates, etc...) demande de longs entretiens souvent avec un/e diététicien/ne, en présence du conjoint pour harmoniser les repas. La majorité des patients qui ne sont pas dans l'attente d'une transplantation s'adaptent plutôt bien mais cependant beaucoup sont déprimés ». Ce terme est peut-être exagéré mais des études ont montré que plus de 70% des patients hémodialysés sont déprimés et, bien que résilients, ils ont des perspectives sombres. Environ 30% des patients sont en attente d'une transplantation rénale et vivent dans cette perspective, posant souvent la question de leur avancement sur la liste d'attente. Pour les patients en attente de transplantation, nous sommes particulièrement attentifs à tous les événements qui pourraient modifier cette attente (intervention chirurgicale, nouvelle maladie, etc...) et sommes plus stricts sur certains aspects, même si ceux-ci sont contraignants.

La relation patient-soignant est aussi particulière. C'est une source de confusions entre un investissement professionnel, qui est exceptionnel parmi les membres de l'équipe soignante, et l'investissement émotionnel du patient qui considère souvent les membres du centre de dialyse comme leur seconde famille.

Le bon équilibre peut être difficile à trouver et source de problèmes dans certaines situations.

La méconnaissance de la dialyse dans le grand public est une épreuve supplémentaire et souvent la cause d'un manque de « reconnaissance » de la sévérité de ces maladies. Une personne atteinte d'un cancer, traitée et guérie fait souvent l'objet de beaucoup plus d'attention de la part de ses proches que le patient en dialyse, alors que la vie de ce dernier est aussi très impactée. Contrairement au cancer, qui a une portée symbolique très forte, la dialyse est invisible. Il est très difficile d'expliquer l'hémodialyse et ses contraintes et souvent, même dans leur propre famille, il y a une certaine incompréhension. Sur le plan professionnel, beaucoup de patients diminuent leur temps de travail, voire cessent de travailler. Sans compter ceux qui perdent leur travail. Tous ces éléments poussent beaucoup de patients à se mettre en retrait, (« en parenthèse » m'a dit un patient qui attendait une transplantation). Cela commence avec les amis, puis les proches et finalement la famille. Ce n'est heureusement pas toujours le cas, mais cela arrive fréquemment et il s'agit d'intégrer cet aspect social lorsqu'on s'occupe de personnes en hémodialyse.

En observant les patients dépendants d'un appareil respiratoire, je remarque qu'ils sont beaucoup plus indépendants et autonomes. Cela tient en grande partie au caractère ambulatoire de leur traitement qui se fait à domicile. Le médecin est au centre puisqu'il prescrit le traitement, mais ensuite il y a de nombreux intervenants, dont des entreprises spécialisées dans les appareils respiratoires et les patients dirigent la manœuvre, alors que le personnel médico-soignant et les assistants techniques sont des prestataires. Il n'existe pas la même dépendance que celle observée chez les patients hémodialysés.

Les prochaines années seront très intéressantes car la technologie permet d'hémodialyser beaucoup plus de patients en ambulatoire. La relation patient-soignant va donc évoluer vers une plus grande autonomie du patient. La gestion de cette autonomie ne sera pas forcément facile (la pression asséurologique pour un traitement ambulatoire augmente). Si les patients gardent la liberté du choix de traitement, il sera intéressant d'observer le pourcentage de personnes qui choisissent l'ambulatoire. Il ne serait pas étonnant qu'un nombre important de patients préfèrent rester dans un centre, si l'accès est proche, ce qui est le cas pour une majorité de patients dans le canton. ●

Pr Pierre-Yves MARTIN

Spécialiste FMH Néphrologie
Spécialiste FMH Médecine interne
Ancien Chef du Service de Néphrologie des Hôpitaux
Universitaires de Genève
Président Ligue pulmonaire genevoise

Muséothérapie ou bain muséal ?

Pourquoi signer des ordonnances muséales à ses patient-e-s et leur-s proches ?

Oser proposer des expériences créatives à nos patient-e-s, c'est leur redonner confiance, des perspectives de vie valorisantes, développer leurs ressources internes.

Comment les musées sont-ils apparus dans le monde de la santé ? Sur quelles bases repose le concept émergent de muséothérapie ? Que dire à un-e patient-e qui souhaiterait bénéficier d'une ordonnance muséale ? Les lignes qui suivent tentent d'y répondre, en soulignant l'exigence de sens et de qualité des soins qui nous anime.

Les musées, experts de médiation à fort impact sur la Santé du public

Les médiations des musées du monde entier conçoivent des parcours élaborés. Ces expographies, nous permettent d'accéder à des thèmes sociétaux, existentiels, techniques, historiques et artistiques, de s'initier à des savoir-faire, de vivre des expériences riches émotionnellement, de remettre en question nos conceptions. Les musées ont officialisé progressivement leurs missions d'institutions culturelles soucieuses

d'inclusivité, de bien-être et de soins aux côtés de l'éducation et de la médecine. Ce volet éducatif est relié à la prévention et à la Promotion de la Santé au sens de la Charte d'Ottawa^{1,2} et s'accorde aux programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP). Les recherches en neurosciences soutiennent les partenariats des musées avec la médecine universitaire. Elles affirment les effets positifs des visites de musées, le rôle de l'art, de l'art-thérapie sur la santé selon une typologie des publics de ces visites³. L'ensemble a permis d'établir des consultations au musée puis des prescriptions artistiques et muséales.

Alors visiter un musée est déjà un acte de soin ?

Aller au musée c'est une activité physique et « un bain émotionnel ». On se promène dans les collections, on médite, on s'instruit, on dessine, on écrit, on se repose, on danse⁴, on chante, on peut se sentir touché par les œuvres, inspiré par la beauté ; au musée on réfléchit ou on ne fait rien du tout. L'empathie esthétique générée pour les œuvres est une étape qui transforme : accueillir du bon, du beau en soi et des émotions parfois mises de côté⁵. Ce sont des engagements profonds qui allient cognition et émotion à un corps qui bouge. Elles provoquent des tensions jusqu'à mettre en colère ou frissonner de plaisir⁶. Des espaces d'échanges, d'accompagnement et de création avec des professionnels valorisent cette fonction qui définit le Museum in Health (1980) et permettent de développer leur potentiel thérapeutique⁷ en se décentrant de la maladie.

1 Figure 1. Charte d'Ottawa pour la Promotion de la Santé, 1986

2 Gustave-Nicolas Fischer et Cyril Tarquinio. Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé. 2006. Chapitre 8 p.1-25

3 Katherine N. Cotter et James O. Pawelski. «Art museums as institutions for human flourishing», The Journal of Positive Psychology, 2021.

4 www.meg.ch/fr/openagenda/event/10447955_meg-x-groove-nmove-common-flow

5 www.musee-ariana.ch/colloque-art-et-sante

6 Pellecchia Alessandra et Rémi Gagnayre. Entre cognition et émotion : les potentialités de l'art dans l'éducation thérapeutique. Pédagogie Médicale 2006, Ch 7.101-109.

7 www.moma.org/visit/accessibility/meetme



Figure 1. La Charte d'Ottawa relie la promotion de la santé aux missions des musées

La Muséothérapie: des interventions complexes et très variées, difficiles à évaluer.

La figure 2 tente d'en définir⁸ les contours à partir des objectifs recherchés et des moyens mis en œuvre. Leslie Labbé⁹ distingue les effets potentiels reconnus sur la santé de tous les publics, des bénéfices pour les malades recensés dans le rapport de synthèse n°67 de l'OMS¹⁰. L'art et les art-thérapies y trouvent une place non exclusive. S'il y a un projet pour la santé, les interventions sont construites avec des professionnels de santé, le musée, les publics cibles, les proches et peuvent s'évaluer. Définir la muséothérapie aide aussi à s'accorder entre médiation et soin, sur des choix didactiques pertinents; la figure 3 en propose un classement non exhaustif. Le programme de visites coconstruites avec le Musée d'Art et d'Histoire (MAH) et le Musée d'Ethnographie de Genève (MEG) du parcours éducatif en réadaptation cardiovasculaire aux HUG¹¹ en est un bon exemple (figure 4 et 5). Les sujets de visites sont élaborés pour mobiliser les capacités réflexives, narratives et créatives, ouvrir une perspective de reconstruction valorisante¹².

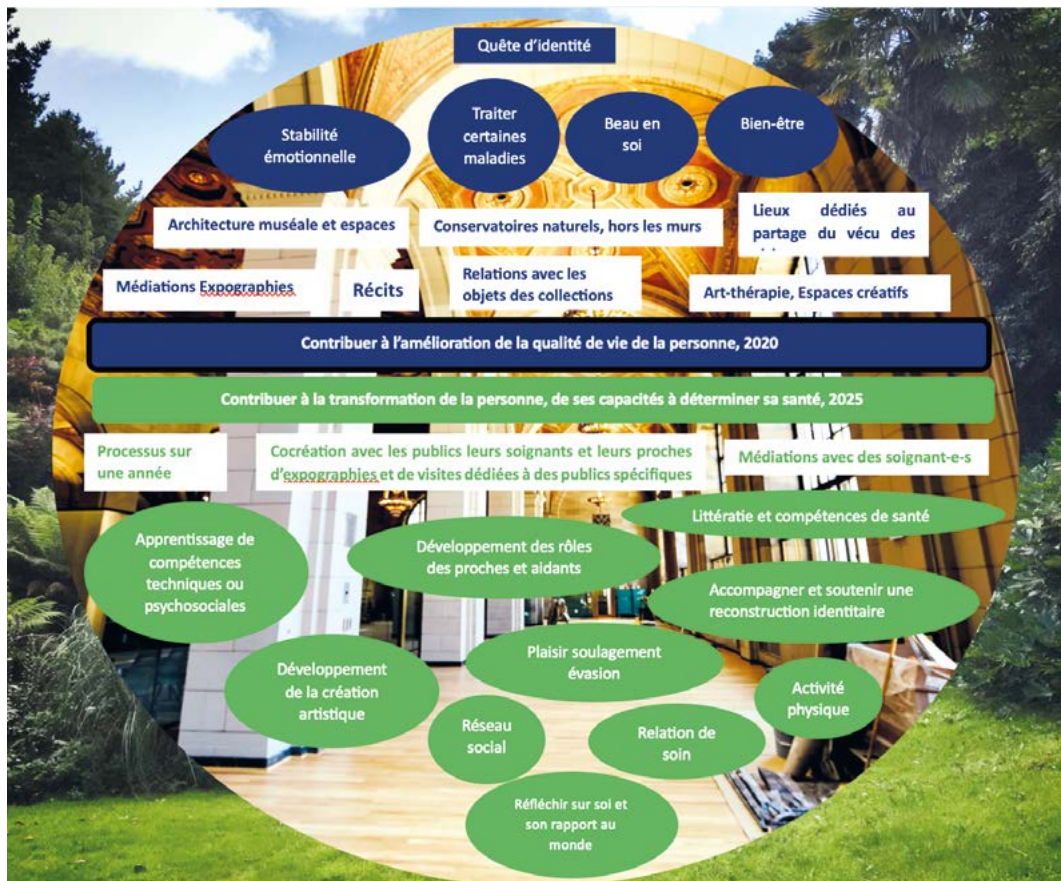


Figure 2: La Muséothérapie en 2025 fait apparaître la notion de processus de transformation en santé et les espaces de nature
Photo de Peter Simmons: www.pexels.com/fr-fr/photo/plantes-vertes-et-arbres-77551

Figure 3. Six modalités d'interventions en muséothérapie



8 Dorota Folga-Januszewska, Museotherapy, MUSEOTHERAPY. How Does It Work? Museum as a Place of Therapy, The National Museum in Kielce, 2020, p. 23-30

9 Leslie Labbé. La muséothérapie. Les potentiels thérapeutiques du musée. Thèse Art et histoire de l'art. 2021.

10 Fancourt Daisy et Finn Saoirse. What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review. World Health Organization, Regional Office for Europe. 2019

11 www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2022/revue-medicale-suisse-783/heart-museum-soigner-son-coeur-au-musee-apres-un-infarctus-du-myocarde

12 www.radiolac.ch/sante/quand-lhopital-vient-au-musee

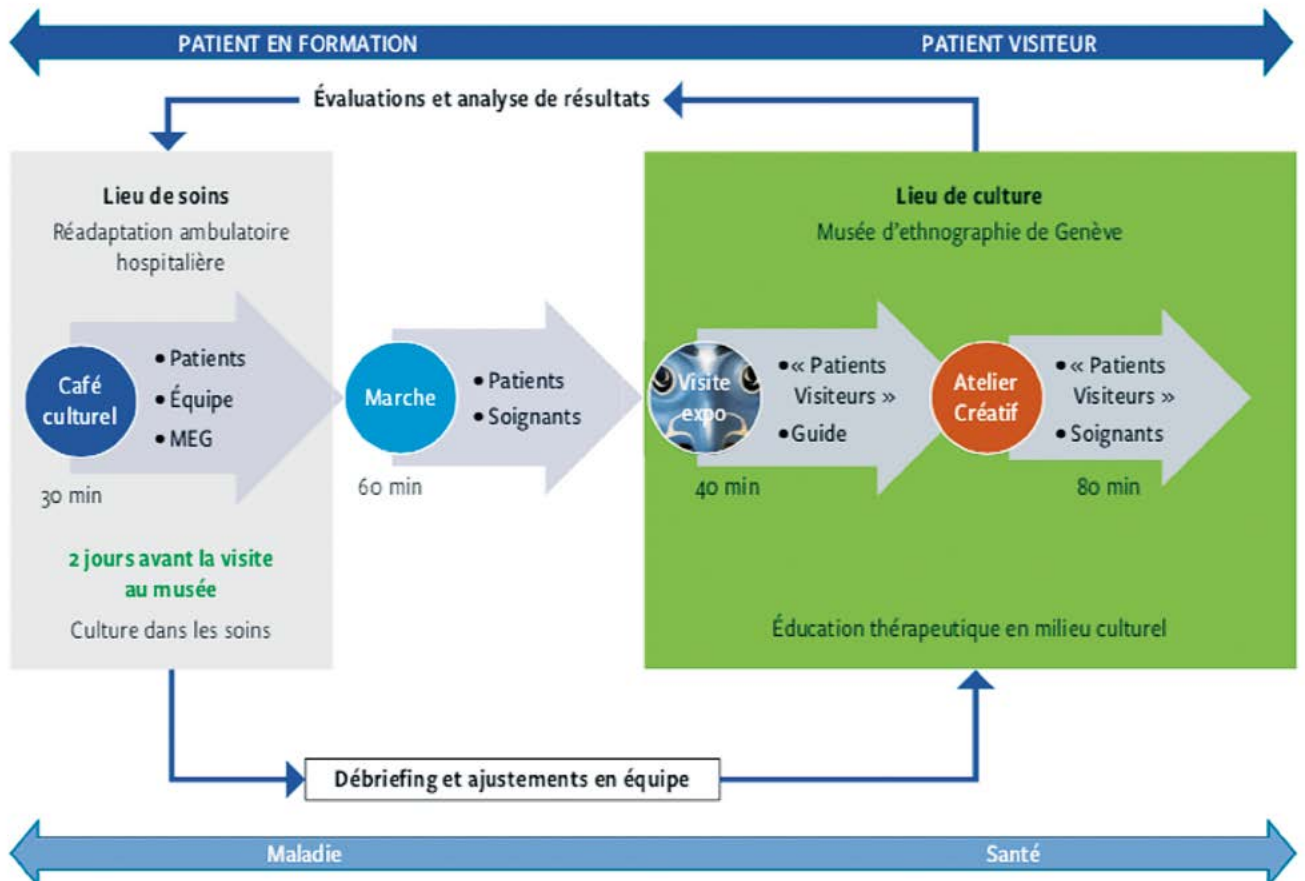


Figure 4. Programme schématisé d'une intervention de muséothérapie en réadaptation cardiaque aux hôpitaux universitaires de Genève



Comment prescrire ?

À Genève les musées ont une solide expérience de médiations artistiques pour les publics avec des problèmes de santé¹⁸. La municipalité examine une motion généralisant les ordonnances muséales pour les malades chroniques et leurs proches. À ce jour, le Musée Ariana, le Musée d'ethnographie de Genève, le Musée d'art et d'histoire de Genève participent au projet.

Vous pouvez ainsi prescrire des ordonnances pour deux personnes en les commandant sur le site du musée Ariana¹⁹. Ou télécharger les ordonnances sur le site de l'AMGe. <https://amge.ch/documents>.

Prescrire une visite de musée est une proposition réaliste, bien encadrée et étayée par des bénéfices reconnus pour la longévité, la santé et le bien-être. La muséothérapie sur ordonnance médicale confère un rôle supplémentaire de conseil de la part des médecins. Les personnes malades qui iront au musée bénéficieront d'activités de qualité. L'expérience muséale pourra se prolonger avec un parcours thématique d'accompagnement de plusieurs mois. ●



Dr. Med. Frédéric Sittarame

Médecin Généraliste Centre Médical de Vérenaz
Président de l'Association MUSES (Art et Pédagogie en Santé), www.association-muses.ch;
Médecin associé au service de Cardiologie des Hôpitaux Universitaires de Genève Unité de réadaptation cardiovasculaire et d'insuffisance cardiaque

Que dire à nos patient-e-s qui aimeraient bénéficier d'ordonnances muséales ?

Les encourager, parce que c'est d'abord une évasion hors du temps, une fenêtre ouverte pour s'apaiser et être touché par les œuvres, faire des découvertes, s'amuser, être en famille¹³. Cliniquement cela contribue à normaliser des indicateurs biologiques (la glycémie, la pression artérielle, l'activité physique, l'équilibre, la marche), favorise la santé mentale (pression émotionnelle, humeur, anxiété, attention, mémoire¹⁴) et baisse la mortalité des plus de 50 ans¹⁵. Plusieurs études montrent l'impact positif sur la prévention des dépressions des personnes âgées, le déclin cognitif, l'amélioration de leur activité physique, du sentiment de bien-être¹⁶, la rupture de l'isolement, une diminution de la fragilité des personnes de plus de 70 ans¹⁷. La répétition de séances au musée donne les meilleurs résultats.

Restaurer les objets des collections du MEG

Mardi : Café culturel à l'hôpital: brainstorming sur réadapter, réhabiliter, restaurer. (30 min)

Jeudi AU MEG: Visite d'objets restaurés avec Mme Isabel Garcia-Gomez, Conservatrice au MEG (2 heures)

Quelle vie pour ces objets des collections permanentes?

Quelles questions soulèvent l'idée de restauration?

Comment s'y prend-on en pratique?

Discussion et débat sur les résonnances possibles avec la situation actuelle des personnes présentes (dont corps objet/sujet/symbolique. Qu'est ce que prendre soin). Perspectives ou questions éthiques ou pratiques individuelles ou collectives soulevées par le débat.

Création d'un conte à partir de trois objets des collections. Thème cohabitation et devenir de ces objets en utilisant des mots du brainstorming.

Construction d'un conteur en fil et tissus

Mise en scène

Représentation du conte

Conclusions et évaluations



Figure 5: Exemple de structure d'une visite au MEG sur le thème de la restauration destinée aux patients des HUG en réadaptation cardiaque après un infarctus.

13 www.meg.ch/fr/openagenda/event/506208_atelier-famille-saami

14 SABATIER Josie, « Les ateliers multisensoriels et les visites de musée pour les patients atteints de troubles cognitifs débutants à modérés », in: Jean-Émile Vanderheyden éd., Démence et perte cognitive. Prise en charge du patient et de sa famille. 2017, p. 311-329.

15 Fancourt D, Steptoe A. The art of life and death: 14 year follow-up analyses of associations between arts engagement and mortality in the English Longitudinal Study of Ageing *BMJ* 2019; 367 :l6377 doi:10.1136/bmj.l6377

16 www.agevillage.com/actualites/11968-1-alzheimers-invite-au-musee

17 Planta, O., Cami, M., Matskiv, J. et al. Effects of museum-based art activities on older community dwellers' physical activity: the A-health randomized controlled trial results. *Eur Geriatr Med* 14, 971-976 (2023).

18 www.mahmah.ch/visite/accessibilite#:~:text=Le%20MAH%20participe%20%C3%A9galement%20%C3%A0,aidantes%20avec%20l'Association%20Ferdinand

19 www.musee-ariana.ch/publics/art-et-sante

GE-MED
GENÈVE-MÉDECINS

À DOMICILE 24H/24

022 754 54 54

La référence genevoise des visites à domicile
Centre de formation postgraduée FMH/ISFM

36 av. du Cardinal-Mermillod, 1227 Carouge

www.gemed.ch

info@gemed.ch

fax 022 734 25 91



Didier Quinodoz
Spécialiste en oto-rhino-
laryngologie, membre FMH

Marche & vol

En novembre 2023, Didier Quinodoz s'embarque avec deux amis et deux guides dans un projet fou. Il raconte comment il a dépassé ses limites.

« J'ai toujours aimé les activités physiques à sensations fortes et engagées : Delta, parapente, ULM, kitesurf, voile... pour sortir de mon quotidien, me faire plaisir, faire de magnifiques rencontres avec des gens qui chaque fois excellent dans ces sports et découvrir un univers qui a mille choses à m'apporter ».

Le trio Martin, Wally et Didier pratique ensemble et depuis longtemps, le « Marche et Vol » en moyenne montagne. Le « Marche & Vol » connu aussi sous le nom de Hike N Fly, est une pratique consistant à randonner pour atteindre des sommets et redescendre en volant. Une activité qui permet de concilier le plaisir de marcher en montagne et les sensations fortes dans les airs !

Après de nombreuses ascensions en moyenne montagne, dans les Alpes, vient l'envie de projets plus ambitieux, de sorties plus difficiles. Ils projettent un Marche et Vol à l'Aiguille du midi. Pour s'assurer un maximum de sécurité, ils souhaitent être accompagnés d'un guide ; il fixent rendez-vous pour faire connaissance, valider leur niveau et préparer les détails de cette expédition. Lors de cette première rencontre, ils discutent, rigolent, échangent et racontent leurs exploits se vantent quelque peu de leurs aventures et de leurs expéditions.

C'est sans savoir qui est celui qui les écoute avec intérêt. Martin, le plus geek des trois amis, après quelques recherches sur internet leur apprend qu'ils ont partagé la soirée avec Bertrand Roche, fameux guide de haute montagne et instructeur de parapente, surnommé le Zebulon des sommets ou Zeb. Un montagnard qui aligne les exploits depuis sa plus tendre enfance (le Mont-Blanc à 11 ans, sommet qu'il gravira maintes fois, El Capitan dans le Yosemite à 12 ans), un himalayiste aguerri (l'Everest à 17 ans) et le détenteur du premier décollage

en Biplace depuis l'Everest. La liste est longue... c'est à peine croyable ! C'est à peine croyable ! Le trio est un peu penaud d'avoir partagé ainsi ses exploits. Ce qui paraît hallucinant pour le commun des mortels ne l'est sûrement pas pour Zeb !

Zeb leur présentera Liv, sa compagne, au parcours hors norme elle aussi : l'une des meilleures grimpeuses d'escalade mondiale, elle a entre autres bouclé l'ascension des 82 sommets alpins de plus de 4000 mètres en seulement 1 an et demi.

S'enchaînent alors de nombreuses sorties en montagne. Après l'Aiguille du midi, Liv et Zeb leur proposent un projet fou : faire le grand saut depuis un sommet de plus de 7000 mètres, se confronter à la très haute montagne selon l'esprit et la pratique qui est la leur, c'est à dire sans oxygène et en volant pour descendre depuis le sommet

Fin octobre 2023, le projet se concrétise, départ pour 5 semaines dans l'Himalaya, avec comme but l'Himlung Himal (7126 mètres), situé au nord-est des Annapurnas et au nord-ouest du Manaslu.

On retrouve Martin, Wally, Didier, Liv et Zeb au Népal dans la ville bouillonnante de Katmandou. Accompagnés de Lapka Sherpa, un ami de Zeb et responsable de l'expédition, ils quittent Katmandou et rejoignent en bus le petit village de Koto.

Commence alors la marche d'approche par les vallées de la Marsyangdi et le très beau village de Phu. Trois jours qui permettent une première acclimatation dans ce bel environnement de montagne ainsi qu'une magnifique immersion dans le mode de vie des hautes vallées himalayennes et la culture tibétaine.

Visite du temple
Pashupatinath,
Katmandou



Arrivés au camp de base, à 4930 mètres, les jambes sont déjà lourdes. Même simplement marcher est compliqué : c'est vraiment la haute montagne. Il s'agit de s'acclimater pour pouvoir affronter les plus de 2000 mètres encore à gravir.

La vie au camp de base est un curieux mélange entre la vie de famille (les tentes et les alpinistes sont nombreux), les défis logistiques, le repos et surtout l'acclimatation, très importante pour la suite du projet.

Ce camp de base éphémère, est installé durant un mois à l'automne après la mousson et avant l'hiver durant la saison des expéditions. Il est doté de toutes les commodités nécessaires mais la vie est spartiate et rude : une tente mess pour les repas, une tente pour la douche et les toilettes. Il fait un froid, glacial, humide, respirer est compliqué car l'air est rare.

Depuis ce port d'attache les alpinistes peuvent gravir la montagne par à-coups de 1 à 3 jours jusqu'aux camps 1, 2 et 3 situés plus haut, pour ensuite revenir au camp de base afin de récupérer à une altitude plus respirable.

Au loin, se dessine leur but : l'Himlung Himal (7126 mètres). Ce sommet a été choisi car il rassemble, pour Zeb, toutes les difficultés accessibles pour le niveau des trois amis, tant pour l'ascension que pour le vol. Reste une inconnue de taille : la météo. Si l'Himlung Himal est souvent présenté comme un sommet « facile », Liv d'expérience souligne que rien ne l'est jamais à plus de 6000 mètres.

Avant de débiter toute ascension, il faut toujours célébrer la Puja, une cérémonie Bouddhiste pour rendre hommage à la montagne, apaiser les dieux au nom des alpinistes et des



Le jour de l'ascension finale

sherpas, qui est un gage de sécurité. L'ambiance est particulière, les rituels codifiés et aucune ascension ne peut débiter sans cette célébration.

Après quelques jours au camp de base commencent les allers-retours d'acclimatation vers les camps d'altitude. Départ du camp de base pour le camp 1, passer une nuit, puis retour au camp de base et on recommence. Durant 10 jours ce sont des allers-retours épuisants entre les camps 1, 2 et le camp de base. Les trois alpinistes trouvent le temps long et n'ont qu'une envie, tenter le sommet et surtout voler.

Malheureusement, Wally est victime d'une thrombose veineuse cérébrale et il doit être hélicoptéré depuis le camp de base, puis hospitalisé durant une semaine, avant d'être rapatrié à Genève. Son voyage se termine abruptement, mais au moins il est sain et sauf.

Le 22 octobre, ils partent à 6 du camp de base pour le camp 3, puis ce sera l'ascension vers le sommet. L'équipe composée de Didier, Martin, Zeb, Liv et deux sherpas entame l'ascension.



C'est particulièrement difficile : la montée au camp 3 se fait sur une paroi verticale qu'ils montent encordés avec des crampons. Il faut s'accrocher à une corde fixe, sous un vent furieux et par des températures glaciales de moins 20 degrés. C'est très éprouvant physiquement et mentalement.

L'épuisement les gagne. Découragé Didier n'y croit plus. La météo semble être contre eux. Ils installent le camp 3 et passent une longue nuit sans dormir. Leur contact météo par satellite annonce une fenêtre qui permettrait de tenter l'ascension finale mais sans pouvoir décoller du sommet à cause du vent tempétueux. C'est parti pour le « summit push », 11 heures de montée. Moralement ils sont vidés, sans énergie. « La tête prend le relais et on y va au mental » explique Didier.

Martin épuisé, à 300 mètres sous le sommet, décide de renoncer et d'attendre, espérant ainsi conserver ses dernières ressources pour voler.

Didier, Liv, Zeb et l'un des sherpas atteignent le sommet : c'est fantastique, ils sont heureux. Mais on ne s'attarde pas, il faut penser à la descente, au décollage, retrouver Martin, trouver le bon endroit pour décoller, préparer les ailes et laisser aux sherpas le matériel utilisé à la montée. « Franchement je n'y croyais plus » dit Didier, « ce n'est pas possible on ne va pas voler ». Mais si!

Martin décolle le premier, suivi de Liv, Didier et Zeb. Il faut garder le cap, éviter le col du camp 3 sur lequel souffle un vent violent, rester concentré, gérer son aile, ne pas paniquer et admirer le paysage incroyable vu du ciel. C'est un vol magnifique !

Reste l'atterrissage... Atterrir en haute altitude n'est pas à prendre à la légère, au-delà de 5000 mètres la portance est moindre et il s'agit de se poser comme un albatros afin ne pas risquer des fractures des membres inférieurs.

Retour au camp de base, épuisés avec le sourire jusqu'aux oreilles. Ils ont réussi!

Quelques jours de repos plus tard, ils quittent le camp de base jusqu'au petit village de Kyang. Zeb et Martin en profitent pour faire un petit vol dans l'après-midi, durant lequel un gypaète, perturbé par l'intrusion, provoque un éboulement qui abîme sérieusement l'aile de Zeb. Il faudra réparer avant de repartir pour une marche jusqu'au village de Nar. Le lendemain, ils montent jusqu'au Kang La pass, à 5320 mètres d'altitude pour un dernier vol : 2000 mètres de dénivelé jusqu'à la vallée de Manang et, là aussi, un vent de plus de 50km/h complique sérieusement l'atterrissage de chaque parapentiste. C'est vraiment délicat mais tout se passe bien.

En haut :
Au sommet du Himlung Himal
Au milieu :
Descente du Himlung Himal en parapente
En bas :
Joie et soulagement après l'effort



A gauche et à droite:
Retour en vol dans la
vallée des Annapurna

En bas:
Un dernier vol au
dessus de Pokhara



Ce fut un mois de partage, de moments incroyables, de plaisir purs, de découvertes, de dépassement de soi mais aussi d'efforts et de souffrances.

Pour Didier le livre « les conquérants de l'inutile » de Lionel Terray¹ décrit bien son état d'esprit: « si la souffrance de ce que tu fais est plus importante que ce que tu fais alors oui c'est inutile, mais lorsque la souffrance t'apprend quelque chose, elle est utile. »

« C'était une souffrance utile qui m'a amené à faire des découvertes sur moi et sur les gens qui m'entourent » explique Didier. « Même si plusieurs fois j'ai été au bout de ma vie, plusieurs fois j'ai eu envie de tout interrompre, dans la vie si on ne se bouscule pas un peu on passe à côté de certaines expériences qui valent la peine d'être vécues. » ●

Didier Quinodoz

**Vous pouvez visionner le film « le grand saut »
sur www.mathieu-rivoire.com**

¹ Alpiniste légendaire, héros de l'Annapurna, Lionel Terray est l'auteur d'une autobiographie qui demeure, aujourd'hui encore, un livre incontournable de la littérature de montagne. Plus qu'un récit d'alpinisme, c'est le livre d'une vie. Une vie marquée par l'engagement pour et par la montagne. Aux critiques de son père qui ne comprend pas cette activité consistant à se hisser sur des montagnes au sommet desquelles l'on ne trouve « pas seulement un billet de 100 francs », Lionel Terray oppose la gratuité du jeu, l'éloge de l'inutile. Il assouvit sa soif de grimper sur les plus hauts sommets des Alpes, puis en Himalaya, et devient un géant de l'alpinisme mondial. Au-delà des drames qui font battre le cœur, ce livre est un grand texte sur la passion et les hommes qui sont brûlés par elle.

Membres

Candidatures à la qualité de membre actif

(sur la base d'un dossier de candidature, qui est transmis au groupe concerné, le Conseil se prononce sur toute candidature, après avoir reçu le préavis dudit groupe, qui peut exiger un parrainage; le Conseil peut aussi exiger un parrainage; après la décision du Conseil, la candidature est soumise à tous les membres par publication dans La lettre de l'AMGe; dix jours après la parution de La lettre, le candidat est réputé admis au sein de l'AMGe, à titre probatoire pour une durée de deux ans, sauf si dix membres actifs ou honoraires ont demandé au Conseil, avant l'échéance de ce délai de dix jours, de soumettre une candidature qu'ils contestent au vote de l'Assemblée générale, art. 5, al.1 à 5):

Dre AKHMETOVA Leïla

HUG, Rue Gabrielle-Perret-Gentil 4, 1211 Genève 14.

Née en 1987, nationalité française.

Diplôme de médecin en 2020 en Suisse.

Titre postgrade de spécialiste en Médecine interne générale en 2023 en Suisse.

Diplômée en médecine en 2012 au Kazakhstan, elle reçoit la bourse d'Excellence de la Confédération Helvétique pour poursuivre ses études au Centre de Recherche en Neurosciences de l'Université de Genève, où elle obtient un titre de Maîtrise Universitaire (MSc). Depuis 2014, elle se forme en Médecine Interne Générale en Suisse à travers divers stages, dont la gériatrie, la chirurgie ambulatoire et la psychiatrie, médecine interne hospitalière. En 2023, elle obtient son titre de Spécialiste en Médecine Interne Générale et exerce actuellement en tant que cheffe de clinique au service de Médecine de Premiers Recours aux HUG.

Dre CHEVALLIER Chloé

HUG, Rue Gabrielle-Perret-Gentil 4, 1211 Genève 14.

Née en 1989, nationalité suisse.

Diplôme de médecin en 2013 en Suisse

Titre postgrade de spécialiste en

Médecine interne générale en 2018 en Suisse.

Diplômée en médecine à Genève en 2013, elle se spécialise en médecine interne générale et obtient son titre en 2018. Forte d'une formation aux HUG, elle développe une approche centrée sur le patient et la médecine de proximité. Cheffe de clinique en médecine de premiers recours, puis médecin adjointe aux urgences ambulatoires, elle renforce son expertise en soins aigus et continus. En 2025, elle ouvre son cabinet à Versoix, offrant une prise en charge personnalisée et de qualité. Son engagement : une médecine humaine et accessible, au plus près des besoins de chacun.

Dr DAVID Yoann

Groupe Médical d'Onex, Route de Loëx 3, 1213 Onex.

Né en 1993, nationalité suisse.

Diplôme de médecin en 2018 en Suisse.

Titre postgrade de Médecin praticien en 2022 en Suisse.

Titre postgrade de spécialiste en Médecine interne générale en 2024 en Suisse.

Après avoir suivi ses études à Genève et obtenu son diplôme de médecin en 2018, le Dr Yoann DAVID s'est formé en médecine interne générale à l'Hôpital de La Tour puis aux Hôpitaux Universitaires de Genève afin de finir sa formation à la Clinique et Permanence d'Onex. Actuellement spécialiste en médecine interne générale, il s'est installé au Groupe Médical d'Onex en cabinet et continue d'effectuer des gardes aux urgences de la Clinique et Permanence d'Onex.

Dre LIRONI-HUGUENIN Céline

Hôpital de la Tour, Avenue J.-D. Maillard 3, 1217 Meyrin.

Née en 1989, nationalité suisse.

Diplôme de médecin en 2015 en Suisse.

Titre postgrade de spécialiste en Pédiatrie en 2021 en Suisse.

Pédiatre FMH diplômée en 2019 après une formation suivie aux Hôpitaux Universitaires Genevois (HUG) et à l'Hôpital Cantonal Fribourgeois (HFR). Intérêt particulier pour les soins aigus ayant motivé une formation

complémentaire en médecine d'urgence pédiatrique aux HUG de 2021 à 2024. Intérêt pour la médecine du sport pédiatrique avec un projet de développement d'une consultation dédiée à l'Hôpital de la Tour.

Dre MONS Anaïs

Hirslanden-Clinique des Grangettes, Chemin des Grangettes 7, 1224 Chêne-Bougeries.

Née en 1992, nationalité française.

Diplôme de médecin en 2020 en France, Reconnaissance en 2020.

Titre postgrade de spécialiste en Pédiatrie en 2020 en France, Reconnaissance en 2020.

Après avoir réalisé mon internat à la faculté de Reims (France) et obtenu mon titre postgrade de pédiatre ainsi que ma thèse de médecine en France en 2020, je suis partie effectuer mon clinat aux HUG en 2021 en tant que cheffe de clinique en néonatalogie pendant 2 ans puis à l'unité de soins intensifs pédiatriques pendant 10 mois et de nouveau cheffe de clinique en néonatalogie pendant 15 mois. À partir de mai 2025, je vais poursuivre à 50% aux HUG en néonatalogie et 50% en tant qu'indépendant à la Maternité des Grangettes et au centre médical Qorpus des Eaux-Vives.

Dr SOMMARUGA Samuel

HUG, Rue Gabrielle-Perret-Gentil 4, 1211 Genève 14.

Né en 1988, nationalité suisse.

Diplôme de médecin en 2015 en Suisse.

Titre postgrade de Médecin praticien en 2025 en Suisse.

Après avoir obtenu son diplôme fédéral de médecin en 2015 à l'Université de Genève, Samuel Sommaruga a poursuivi un post-doctorat en neurosciences à Yale. Il a ensuite effectué une année en neurochirurgie avant de se tourner vers la médecine interne, qu'il a pratiquée au sein des Hôpitaux Universitaires de Genève, où il est actuellement Chef de Clinique en médecine interne et réhabilitation. Il s'installera en avril 2025 à Genève comme médecin de famille en cabinet indépendant.

Dr Florian STIERLIN

Cabinet médical du Corbusier,
Rue Le-Corbusier 18-20, 1208 Genève
(dès mai 2025).

Né en 1987, nationalité suisse.

Diplôme de médecin en 2014 en Suisse.

Titre postgrade de spécialiste en
Médecine interne générale en 2020
en Suisse.

Titre postgrade de spécialiste en
Cardiologie en 2025 en Suisse.

Ayant grandi à Genève, le Dr Stierlin y a effectué ses études et obtenu son diplôme fédéral de médecine en 2014. Entre 2015 et 2020, à Fribourg puis Genève, il effectue une première spécialisation en médecine interne générale (titre FMH en 2020) et obtient en parallèle son doctorat en 2019. Après une année comme chef de clinique en médecine, il entame une deuxième spécialisation en cardiologie (aux HUG ainsi qu'en partie au CHUV) pour obtenir le FMH de cardiologie en 2025. Au terme de plusieurs années de pratique hospitalière, il commence son activité de cardiologie ambulatoire en mai 2025 au cabinet du Corbusier.

Dre Aurica STROESCU

Centre Médical Bachet-de-Pesay,
Route de la Chapelle 17, 1212 Grand-Lancy.

Née en 1969, nationalité française.

Diplôme de médecin en 1999 en
Roumanie. Reconnaissance en 2017.

Titre postgrade de spécialiste en
Psychiatrie et psychothérapie en 2006 en
Roumanie. Reconnaissance en 2017.

Après avoir suivi mes études et
obtenu mes diplômes de médecin

et psychiatre en Roumanie, en 2003 je commence à travailler à l'Hôpital du Hasenrain-Mulhouse comme psychiatre (FFI, assistante spécialiste, praticien hospitalier). En 2015, je m'installe en libérale comme psychiatre-psychothérapeute dans mon cabinet à l'adresse : 36 ,rue Paul Cézanne, 68200, Mulhouse (FR). En 2018, je commence comme psychiatre au centre Médical des Toises à Yverdon-les-Bains-VD. Depuis juin 2022 jusqu'à ce jour, je suis indépendante au CM Bachet-de-Pesay, 17 route de la Chapelle, 1212 Grand -Lancy.

Nouveaux membres probatoires

(nouveaux membres admis, dont l'admission doit être confirmée après 2 années probatoires, art. 5, al. 7):

Dr DE VRIES Lambert, Dr HAEMMERLI

Julien, depuis le 3 février 2025.

Candidature à la qualité de membre actif à titre associé

(médecin exerçant son activité professionnelle principale en dehors du canton, mais ayant un droit de pratique à Genève; le candidat est admis par le Conseil sur présentation de la preuve de son affiliation à la société médicale du canton où il exerce son activité principale, art. 7, al. 1):

Dre DIAZ BRIA Marina

Allée du Communet 20, 1196 Gland.

Né en 1970, nationalité suisse.

Diplôme de médecin en 1996 en Suisse.

Titre postgrade de spécialiste en
Gynécologie et obstétrique en 2003
en Suisse.

D'origine genevoise, elle obtient son diplôme de Médecine à l'Université de Genève en 1996. Elle choisit une spécialisation en gynécologie-obstétrique et effectue sa formation post graduée entre le CHUV et différents établissements périphériques vaudois. Elle débute une pratique privée en cabinet dès 2005 et associe une activité hospitalière à l'Hôpital de Morges en tant que chef à temps partiel jusqu'en 2012 puis ensuite à Nyon en tant que médecin agréé de 2013 à 2015. Dès 2013, elle est également médecin agréé à l'Hôpital de la Tour.

Membres actifs à titre honoraire

(membres actifs âgés de plus de 65 ans qui totalisent plus de trente ans d'affiliation à l'AMGe; mêmes droits que les membres actifs; le Conseil peut décider de les mettre au bénéfice d'une cotisation réduite à partir du 1^{er} janvier ou du 1^{er} juillet qui suit la demande, art. 6):

Dr ARROYO Jésus au 1^{er} janvier 2025.

Dr BRANDT-DIT-GRIEURIN Alain
au 1^{er} janvier 2025.

Dr DUPONT Patrick au
1^{er} janvier 2025.



Fondée en 1984 à Genève, la Fiduciaire GESPOWER offre un encadrement professionnel d'aide à la gestion de votre entreprise ou de votre cabinet médical, secteur dans lequel la fiduciaire est fortement impliquée.

Nos principaux services:

- L'assistance lors de la création / reprise de sociétés ou cabinets médicaux
- Conseils juridiques
- Business plan
- Bilans et fiscalité
- Gestion comptable de sociétés
- Transformation juridique de sociétés

Rue Jacques Gosselin 8 – 1227 Carouge / Rue Saint-Pierre 4 – 1003 Lausanne
Tél 058 822 07 00 – fiduciaire@gespower.ch – www.gespower.ch

Dr GAUTHEY Laurent au
1^{er} janvier 2025.

Dr HOFFMEYER Pierre Jacques
au 1^{er} janvier 2025.

Dr MYERS Peter au 1^{er} janvier 2025.

Dre PACETTI Graziella au
1^{er} janvier 2025.

Dre PASCHOUD Anca au
1^{er} janvier 2025.

Dr SAPPINO André-Pascal
au 1^{er} janvier 2025.

Dre STEINER COLLET Nathalie
au 1^{er} janvier 2025.

Membres passifs

(membres cessant toute pratique professionnelle, pas de délai, libération de la cotisation à partir du 1^{er} janvier ou du 1^{er} juillet qui suit la demande, voix consultative à l'Assemblée générale, art. 8):

Dr CHEVALLEY Thierry au
1^{er} janvier 2025.

Dr KIEFER Bertrand au
1^{er} janvier 2025.

Dre VON PLANTA Maya au
1^{er} juillet 2025.

Démissions

(information par écrit au moins 3 mois avant le 30 juin ou le 31 décembre avec effet à cette date; ce faisant, quitte la FMH et la SMSR; sauf décision contraire du Conseil, la démission n'est acceptée que si les cotisations sont à jour et s'il n'y a pas de procédure ouverte auprès de la CDC, art. 10):

Dre CORREA Liliana au 30 juin 2025.

Dr LOUBEYRE Pierre au 30 juin 2025.

Dre VERGOTTE Stéphanie
31 décembre 2024.

Contrats de médecin-conseil et de médecin du travail

(Le Conseil approuve les contrats de médecin-conseil et de médecin du travail – ou d'entreprise – conclus par les membres de l'AMGe, art. 18, al. 11):

Dr MARTINELLI Pascal médecin-conseil pour Mirabaud & Cie SA.

Dr MONTORO Oscar médecin-conseil pour Inginia SA.

Dr RUBOVSKY Grégoire médecin-conseil pour la Radio-Télévision Suisse (RTS).

Dr RUBOVSKY Grégoire médecin-conseil pour le Service d'Incendie et de Secours (SIS).

Changements d'adresses et ouvertures de cabinet

Dre BARBERIS Serena (Prévention et santé publique) consulte désormais au sein du Centre Médical du Grand-Saconnex, Rue Sonnex 23, 1218 Grand-Saconnex

Dre DAYER Anastasia (Pédiatrie) consulte désormais au sein de Neuropédiatrie Genève, Avenue Jules-Crosnier 8, 1206 Genève

Dre EXNER Shahnaz (Dermatologie et vénéréologie) consulte désormais

au sein de Skinpulse, Rond-point de Plainpalais 5, 1205 Genève

Dre SINKA Lidia (Psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents) consulte désormais rue de Candolle 9, 1205 Genève

Dr VASQUEZ Rodrigo (Médecine interne générale) annonce l'ouverture de son cabinet, au sein du Centre Médical de Montbrillant, Rue des Gares 12, 1201 Genève

Dre VIERO RIGAMONTI Daniela (Dermatologie et vénéréologie) consulte désormais au sein de Skinpulse, Rond-point de Plainpalais 5, 1205 Genève

Décès

Nous avons le profond regret d'annoncer le décès du **Dr SCHULER Marcel** survenu le 11 février 2025.

ECHOGRAPHIE DOPPLER A DOMICILE ET EN EMS

Pour vos patient-e-s difficiles à mobiliser, pour éviter les déplacements, pour réduire les risques de contamination

Nous nous rendons sur place avec un échographe de qualité pour tout bilan:

- recherche de thrombose veineuse profonde
- recherche d'obstruction biliaire, urinaire, de globe vésical
- bilan de masse superficielle ou profonde
- recherche d'épanchement pleural, péritonéal, articulaire
- bilan abdominal et/ou pelvien
- bilan articulaire
- bilan artériel, carotides, aorte, artères des membres
- status oncologique
- seins
- thyroïde, cou

NOUS SOMMES JOIGNABLES PAR

- Téléphone: 0762349457
- Mail: imagerie.geneve@gmail.com
info@echographiedomicile.ch
- www.echographiegeneve.ch
- One Doc: Docteur LACROSNIERE