

FONDATION
PHENIX
Dépasser l'addiction



25
ANS
1986-2011

Rapport d'activités 2012



Certificat



Par le présent certificat, la SQS atteste que l'entreprise désignée ci-après dispose d'un système de management répondant aux exigences des bases normatives référencées ci-dessous.

Fondation Phénix
1224 Chêne-Bougeries
Suisse

Domaine certifié

Toute l'institution

Sphère d'activité

**Conseil, accompagnement et
thérapie ambulatoires
Substitution**

Bases normatives

ISO 9001:2008 **Système de management de la qualité**
QuaTheDA **Système de management de la qualité**
Modules

– Le module de base
– Conseil, accompagnement et
thérapie ambulatoires
– Substitution

Association Suisse pour Systèmes
de Qualité et de Management SQS
Bernstrasse 103, CH-3052 Zollikofen
Date d'émission: 29 janvier 2012

Ce certificat SQS est valable
jusqu'au 28 janvier 2015
Numéro de scope 38
Numéro d'enregistrement 35590

X. Edelmann
X. Edelmann, Président du comité SQS

R. Gläuser
R. Gläuser, Directeur SQS



Avec le soutien de la République et Canton de Genève

Sommaire

| | |
|-----|---|
| 4 | Rapport 2012 de la présidente du Conseil de Fondation, Marie-Françoise de Tassigny |
| 6 | Rapport 2012 du trésorier, Jean-Pierre Desjacques |
| 8 | Rapport 2012 du comité scientifique, Pr Michel Schorderet |
| 14 | Rapport 2012 de la directrice générale, Dr Marina Croquette Krokhar |
| 20 | Rapport 2012 du coordinateur administratif, Yann Linossier |
| 24 | Qualité : millésime 2012, Jean-Marie Rossier |
| 26 | Baclofène (Lioresal®) et alcoolisme, Pr Marc Ballivet |
| 32 | Prise en soins des adolescents à la Fondation Phénix: de la Consultation Adolescents au Centre Phénix Mail, Philip Nielsen |
| 36 | Retour sur le groupe d'affirmation de soi, Marjorie Blanc, Cédric d'Epagnier |
| 44 | Soigner autrement, Edith Niveau |
| 50 | Le suivi somatique à la Fondation Phénix, Dr Antoinette Al Amine, Dr Catherine Curchod, Dr Eva Sekera, Dr Alain Falbriard |
| 54 | La psychothérapie psychanalytique à l'épreuve des addictions, Fabienne von Düring |
| 62 | Philosophie et pratique des soins au Centre Phénix Grand-Pré, Jean-Marie Rossier pour l'équipe soignante du Centre Phénix Grand-Pré |
| 66 | L' « espace y-a-ka », espace transitionnel visant à réanimer le lien, Marisa Baldacci, Gaëtan Le Toux |
| 72 | Atelier femmes, « parce qu'elles le valent bien ... », Sindy Guelpa Chardon, Méline Bernardo |
| 76 | La thérapie cognitivo-comportementale (TCC), une méthode efficace dans le traitement des patients présentant une addiction à la cocaïne, Dr Marina Croquette Krokhar, Dr Sylvie Petitjean, Dr François Crespo |
| 78 | Dons à la Fondation Phénix |
| 82 | Comptes annuels au 31 décembre 2012 |
| 104 | Rapport de performance 2012 |
| 110 | Personnel de la Fondation Phénix au 31 décembre 2012 |



**Marie-Françoise
de Tassigny**
Présidente du Conseil
de Fondation

Rapport 2012 de la Présidente du Conseil de Fondation

L'année 2012 s'est écoulée d'une manière constructive et paisible!

Après 2011 qui a opéré une profonde mutation dans les outils de pilotage de la fondation, ces derniers douze mois ont permis de tester et consolider notre nouvelle politique de gestion. Notre directrice générale a démontré avec brio que management et soins, ainsi que psychiatrie pouvaient parfaitement se conjuguer.

Pour faire suite aux réformes et à la révision du statut du personnel, nous avons interrogé nos collaborateurs par un questionnaire sur leurs conditions de travail. Les points forts les plus cités ont été leur engagement pour les objectifs de la fondation et l'ambiance générale. Il est aussi à relever que certains points sont à renforcer, soit une meilleure communication interne et l'amélioration des outils informatiques cliniques.

Le Conseil de Fondation a mandaté la direction et le responsable administratif pour renégocier les contrats d'assurance afin d'améliorer les prestations d'assurance perte de gain et la couverture accident.

Un événement marquant de 2012 est l'ouverture d'un nouveau centre, le Centre Phénix Mail, pour enrichir notre palette d'offres de prise en soins. Une fondation telle que la nôtre se doit de mener une réflexion permanente pour évaluer et répondre aux besoins nouveaux de la population en matière d'addiction. Il est apparu indispensable de créer un nouvel accueil spécifique pour les adolescents. Ces derniers avaient besoin de consulter dans un lieu qui leur soit complètement dédié. Une équipe pluridisciplinaire, sous la houlette de Philip Nielsen, prend soin des jeunes souffrant d'addictions diverses. Le suivi personnalisé et l'intégration des familles dans le traitement ont vite remporté un succès sensible!

Une fondation telle que la nôtre se doit de mener une réflexion permanente pour évaluer et répondre aux besoins nouveaux de la population en matière d'addiction.

L'administration de Phénix a déménagé dans les nouveaux locaux du Mail, laissant plus d'espace aux patients du Centre Phénix Chêne.

Pour rendre visible le nouvel esprit de Phénix, nous avons concrétisé le projet de 2011 en instituant une nouvelle ligne graphique

commune à tous les centres, plus moderne et dynamique, empreinte de nombreuses couleurs pour démontrer la diversité de nos prises en soins.

Notons l'arrivée en décembre 2012 du Dr Khadija Ammar qui remplacera Monsieur Claudio Crotti, responsable du Centre Phénix Grand-Pré et collaborateur de longue date, dont le départ en retraite est prévu début 2013.

En ma qualité de présidente, je ne peux que féliciter l'ensemble du personnel, sous la direction de Madame Marina Croquette Krokhar, pour la mise en œuvre de toutes ses compétences au service des objectifs de Phénix.

Je remercie aussi le Comité Scientifique et le Conseil de Fondation de s'investir aussi efficacement dans la gestion de notre fondation pour toujours être digne de sa réputation.



Jean-Pierre Desjacques
Trésorier, membre du Conseil
de Fondation

Rapport 2012 du Trésorier

Pour la troisième année consécutive, la Fondation Phénix termine son exercice comptable par un résultat positif. Ce dernier, de 128 738 francs (après répartition) pour 2012, est certes moins favorable que les deux années précédentes (2010 - 2011) mais il reste une belle performance sur le plan strictement financier au vu de la détérioration de l'économie en général et de la réalisation de nombreux projets durant l'année écoulée.

Après 2011 qui fut une année de consolidation, 2012 restera comme une année d'investissements avec la réalisation de plusieurs projets importants pour la Fondation Phénix (ouverture du nouveau Centre Phénix Mail rue des Rois, conception de la nouvelle ligne graphique, etc).

Ce résultat favorable est dû à une très bonne élaboration du budget 2012 et à un strict respect de ce dernier, avec des écarts de seulement 0.2 % entre le budget prévisionnel validé et les chiffres définitifs révisés. A noter, comme en 2011, la très bonne maîtrise des charges avec une augmentation de seulement 27 057 francs (+ 0.4 %) par rapport à l'année précédente.

A noter également une augmentation des postes ouverts au 31.12.2012, due à la fermeture de notre Centre de Lancy survenue en 2011, qui impacte

également les pertes sur débiteurs de l'exercice, mais sans conséquences sur la provision pour débiteurs douteux qui est en baisse.

Enfin, soulignons d'une part l'attribution de la somme de 200 000 francs au « Fonds pour acquisition nouveaux locaux - Chêne » et d'autre part, le remboursement d'une tranche de 150 000 francs sur l'emprunt hypothécaire contracté pour les locaux du Centre Phénix Plainpalais.

Comme en 2011, le secteur comptabilité/finances a donné satisfaction et a atteint ses objectifs grâce à un contrôle de trésorerie mensuel

et à deux boucllements intermédiaires (avril et août), permettant avec un certain nombre d'autres tableaux de bord, de suivre au plus près l'évolution financière de la fondation.

2012 restera comme une année d'investissements avec la réalisation de plusieurs projets importants pour la Fondation Phénix.

Le boucllement des comptes 2012 a entièrement été préparé

par les collaboratrices et les collaborateurs du Centre Phénix Administration de la Fondation Phénix, puis a été révisé par un nouvel organe de révision, la fiduciaire Berney Associés, nommée pour 2 ans renouvelables.

Je termine ce rapport en remerciant sincèrement toutes les collaboratrices et tous les collaborateurs qui assument une gestion optimale, assurant ainsi le futur de la Fondation Phénix, et en particulier Monsieur Yann Linossier, coordinateur administratif, pour son dévouement et son travail de qualité.



Professeur Michel Schorderet
Président du comité scientifique

Rapport 2012 du comité scientifique

Le comité scientifique, que le soussigné a toujours le grand plaisir de présider, a maintenu le rythme de ses réunions trimestrielles visant à discuter de la problématique des addictions, avec ou sans substance, que la directrice générale et ses collaborateurs ont la lourde tâche de gérer tout au long de l'année. Cette problématique apparaît de plus en plus complexe, à cause d'une part de la multiplicité des substances, connues ou récemment synthétisées, que le consommateur peut impunément se procurer grâce aux offres disponibles sur internet. D'autre part, parce que la jeune génération, en parallèle avec la consommation souvent excessive de cannabis, a tendance à tomber dans les travers de l'utilisation abusive de jeux informatiques conduisant à la cyberaddiction. Dans le contexte de ces préoccupations cliniques, les discussions du comité scientifique sont axées sur les évidences ou les découvertes neurobiologiques récentes, relatives aux pathologies des addictions, bénéficiant dans ces domaines de la grande compétence de notre collègue le professeur Lüscher (cf. rapport annuel 2011, p.34-43). Ce dernier a également présenté, en plus d'un bilan biologique global, ses propres percées scientifiques réalisées dans ce domaine à tous les membres de la Fondation Phénix, lors de la journée de formation du 22 mai 2012. Le comité scientifique a également abordé le problème de nos patients âgés encore traités par la

méthadone, ainsi que l'évaluation des anciennes et nouvelles approches thérapeutiques visant aux traitements des différents types d'addiction, dont en particulier l'alcoolisme.

Le problème de la consommation du cannabis par les adolescents: fin de l'étude INCANT (INTERNATIONAL CANNABIS NEED OF TREATMENT)

A maintes occasions, dans les récents rapports annuels de la Fondation Phénix (cf 2006, p. 28-31 ; 2007, p.5 ; 2011, p. 44-47), il a été fait mention de cette étude INCANT effectuée simultanément dans plusieurs pays européens. Les résultats de cette étude sont très encourageants

et concrétisent l'intérêt d'une approche thérapeutique originale, dont la méthode a été décrite dans les rapports précités.

Le comité scientifique a également abordé le problème de nos patients âgés encore traités par la méthadone, ainsi que l'évaluation des anciennes et nouvelles approches thérapeutiques.

La directrice générale, Philip Nielsen et leurs collaborateurs ont été les participants de cette étude, la Fondation Phénix ayant été retenue par l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) comme seul partenaire helvétique. Le comité scientifique a suivi avec

intérêt la progression de cette vaste étude jusqu'à sa conclusion finale. Organisée par la Fondation Phénix, celle-ci a effectivement eu lieu à Genève le 25 avril 2012 en présence de plusieurs experts venus des différents pays impliqués et a permis de faire un bilan très positif de cette thérapie familiale multidimensionnelle (MDFT), bilan qui a fait l'objet d'une analyse détaillée dans le rapport annuel 2011 (p. 44-47).

La prévalence du jeu pathologique chez les patients en traitement ambulatoire pour des addictions aux substances

Le comité scientifique s'est également penché avec intérêt sur ce problème examiné avec une grande rigueur par Cédric d'Epagnier

(cf. rapport annuel 2010, p. 36-41) et la Dresse Eva Sekera (Centre Phénix Envol) et récemment décrit dans un article soumis à un journal international spécialisé. Le comité scientifique a fait part de ses remarques avant l'envoi de cet article, puis après son évaluation et sa mise en question par deux experts mandatés par l'éditeur. Malheureusement, nos auteurs n'ont pas eu la possibilité de soumettre une version remaniée qui aurait pu répondre aux points litigieux soulevés par les experts, ce qui traduit la difficulté des collaborateurs de se partager entre une activité clinique journalière surchargée et celle de publier, quand l'occasion se présente, les résultats des études qui pourraient intéresser la communauté scientifique. Cet article est néanmoins sur le point d'être publié dans le journal helvétique «Dépendances» et sera présenté sous forme d'un poster au congrès THS 11 (Toxicomanies Hépatites Sida) en octobre 2013.

Place du baclofène (Lioresal®) dans le traitement de l'alcoolisme

Cette substance est un agent thérapeutique très ancien, dont la seule indication clinique reconnue est à ce jour la relaxation musculaire (myorelaxation et traitement de la spasticité). Son action pharmacologique relève d'une interaction relativement spécifique (agoniste sélectif) avec les récepteurs GABA-B des systèmes nerveux central et périphérique (moelle épinière). Aucun argument scientifique sérieux n'est disponible à ce jour pour éventuellement expliquer sa potentialité thérapeutique pour le traitement de l'alcoolisme, d'autant plus que sa toxicité, surtout à posologie élevée, est loin d'être négligeable.

Il se trouve que, malgré des résultats apparemment positifs, voire spectaculaires, obtenus par certaines équipes de thérapeutes en France et abondamment médiatisés, cette nouvelle indication du baclofène ne fait de loin pas l'unanimité, ceci étant également l'avis de notre spécialiste la Dresse Eva Sekera. En fait, SwissMedic n'autorise pas cette indication, bien que certains médecins prescrivent actuellement le baclofène à des patients alcooliques particuliers.

Le comité scientifique a donc confié à l'un de ses membres, à savoir le professeur Marc Ballivet, la mission de rédiger une mise au point exhaustive relative au baclofène (cf. ce rapport, p26), tout en suivant

de très près l'évolution de ce problème sur le plan local, national et international.

Les troubles du comportement alimentaire : un nouveau programme thérapeutique de la Fondation Phénix

Lors de la réunion de décembre du comité scientifique, la directrice générale et la Dresse Eva Sekera nous ont présenté de manière convaincante les éléments qui justifient l'introduction de ce nouveau programme. D'une part, les addictions englobent aussi actuellement les troubles du comportement alimentaire, d'autre part le Centre Phénix Envol, où serait appliqué ce programme, dispose d'un spécialiste expérimenté dans ce domaine (Monsieur Patrick Froté), ainsi que des collaborateurs formés pour l'épauler. Les patients se recrutent parmi ceux qui sont confrontés aux compulsions de type boulimique, à l'exclusion des anorexies sévères.

Le comité scientifique se réjouit de l'introduction de ce nouveau programme qui permet à la Fondation Phénix d'élargir avantageusement l'éventail de ses activités et de renforcer son potentiel thérapeutique ciblé désormais sur toutes les formes d'addiction.

Autres objets de discussion ou de préoccupation du Comité scientifique

Rappelons que la directrice générale, le Dr François Crespo et occasionnellement la Dresse Nure Santoro sont toujours impliqués dans une étude relative au traitement des cocaïnomanies (cf. rapport annuel 2010, p. 11-15), prise également en charge par une équipe de la clinique universitaire de psychiatrie de Bâle et subventionnée par le Fonds national suisse. Faute de patients véritablement compatibles avec la méthodologie appliquée, nos thérapeutes de la Fondation Phénix sont momentanément dans l'impossibilité de progresser dans les délais prévus, l'équipe bâloise se trouvant par ailleurs dans la même situation.

Après avoir consulté les responsables des centres, le comité scientifique a finalisé la dernière version de ses propositions relatives à une éthique de publication destinée à la Fondation Phénix, sous la forme d'un document

de type *guide-line* que l'un d'entre-nous, le professeur Marc Ballivet, a scrupuleusement et efficacement rédigé.

Activités extra muros

Tout au long de l'année 2012, de nombreux collaborateurs et collaboratrices de la Fondation Phénix ont participé à différents congrès et conférences (ALBATROS, Plateforme Adolescents du GREA, « safer nightlife » à Bienne, 3^e rencontre criad-CoRoMA, TDO, ISAM, NASUKO, forum addiction, CIDIEF, « Jeunes et média » à Berne, ...).

Par ailleurs, certains collaborateurs ont animé des cours et formations (Ecolint, Collège du Léman, établissement secondaire de Villamont à Lausanne, Cycle de Drize, SEMO-Croix Rouge, FAPSE-UniGE, Faverband Sucht à Zurich, HETS, FORDD, Main Tendue, Haute Ecole de Musique, CAMS, Café Cornavin, cours « vivre sans tabac, conseil médical en désaccoutumance » pour les médecins genevois, Protection civile, ...).

En outre, plusieurs interviews ont été données et sont parues dans la presse écrite, ainsi que dans des émissions télévisées ou radiophoniques (RSR, TSR1, RTS, journal interne des TPG, ...).

Enfin, certains médecins psychiatres et aussi des psychologues ont effectué des supervisions à l'extérieur (La Clairière, Service de Protection des Mineurs, les Oliviers, ...).

Conclusion

Autant que faire se peut, le comité scientifique s'efforce de suivre au plus près les activités remarquablement bien gérées par la directrice générale et les responsables des centres qui se dévouent avec le maximum d'efficacité et de disponibilité pour procurer à nos patients, jeunes et âgés, des solutions à leurs problèmes d'addiction. Ces problèmes semblent se multiplier, voire se compliquer, avec l'apparition accélérée de toutes sortes de substances addictives, proposées clandestinement grâce à internet et dont la toxicologie et les réelles particularités chimiques et biologiques sont loin d'être dévoilées.

A cela s'ajoutent certains comportements préoccupants des adolescents qui, de plus en plus jeunes, sont rivés à leurs appareils informatiques en tout genre, pouvant générer au sein de leur milieu familial des situations conflictuelles que nos thérapeutes ont la lourde tâche de soulager. Sans oublier que la consommation de cannabis peut encore péjorer dans beaucoup de cas les confrontations intergénérationnelles.

Dans ce contexte, la mission du comité scientifique apparaît comme très complémentaire, puisqu'il évalue au jour le jour l'évolution des connaissances neurobiologiques et neuropharmacologiques permettant une approche actualisée des thérapeutiques des addictions. Le soussigné espère que cette complémentarité est indispensable pour que la Fondation Phénix continue à œuvrer dans les meilleures conditions possibles et tient à remercier tous les partenaires pour leur collaboration exemplaire.





Dr Marina Croquette Krokhar
Directrice générale
FMH psychiatrie psychothérapie

Rapport 2012 de la directrice générale

L'année 2012 fut une année riche et dynamique sur le plan de l'activité clinique. L'événement le plus marquant fut l'ouverture d'un nouveau centre thérapeutique en mars 2012 : le Centre Phénix Mail pour adolescents et jeunes adultes de moins de 21 ans. Ce nouveau centre Phénix a pris le relais de la Consultation Adolescents, située à l'origine au Centre Phénix Chêne depuis 2004 et qui a connu un développement tel qu'il a été nécessaire d'en agrandir sa structure dans de nouveaux locaux. Ainsi, le nouveau Centre Phénix Mail a ouvert ses portes rue des Rois, à deux pas de la Plaine de Plainpalais, connue pour son dynamisme et la fréquentation d'une population jeune.

En dix mois de fonctionnement, nous avons pris en soins en totalité 204 patients (dont 162 adolescents ou jeunes adultes de moins de 21 ans en file active, c'est-à-dire ayant bénéficié de plus de 2 prestations).

L'âge moyen de nos jeunes patients se situe environ à 17 ans. Ces derniers sont suivis principalement pour les problématiques de consommation de cannabis (71%) et de cyberaddiction (13%).

Le 1^{er} septembre 2012, une convention ou protocole de collaboration

en partenariat avec le SEMO – Croix-Rouge, a pris effet. Le SEMO ou « semestre de motivation » est un programme d'insertion professionnelle de la Croix-Rouge Genevoise, d'une durée de six mois, mené en partenariat avec l'Office Cantonal de l'Emploi et visant à aider les jeunes de 16 à 25 ans.

Pour rappel, depuis plusieurs années, la Fondation Phénix travaille aussi en partenariat avec le Tribunal des mineurs, grâce à une convention, ou protocole de collaboration, signée en février 2008 (cf. précédent rapport annuel 2010, « l'aide sous contrainte pour les adolescents surconsommateurs de substances psycho-actives : quelques réflexions dans un débat d'actualité », p. 29 – 35).

Sur le plan économique, nous avons atteint l'équilibre budgétaire. En effet, les recettes générées par les activités cliniques sur l'ensemble

Une convention ou protocole de collaboration en partenariat avec le SEMO – Croix-Rouge, a pris effet le 1^{er} Septembre 2012.

des centres permettent d'envisager l'avenir avec sérénité dans un contexte de morosité économique. L'année 2012 fut une année d'investissements importants. Pour l'essentiel, nous avons aménagé notre nouveau centre à la

rue des Rois en vue d'offrir un cadre accueillant et chaleureux pour les jeunes et leur famille. Je profite de cette occasion pour remercier très chaleureusement la Fondation Wilsdorf pour son soutien financier dans l'équipement de ces nouveaux locaux.

Par la même occasion, notre centre administratif, anciennement situé au Petit-Lancy, a également emménagé dans ces locaux.

Un nouvel accord tarifaire a été négocié avec les représentants des caisses-maladie. Cette nouvelle convention a permis l'optimisation de nos prestations destinées aux patients.

Notre activité clinique continue de s'accroître d'année en année. En 2012, nous avons suivi environ 1400 patients, dont seulement 350 en traitement de substitution à la méthadone (soit 25% du nombre total des patients). En effet, ces dix dernières années ont été très riches sur le plan de l'évolution des approches thérapeutiques. En 2004, les traitements de substitution à la méthadone pour les patients héroïnomanes représentaient 50% de la totalité de l'activité clinique de la fondation (ou encore 80% en ne tenant pas compte des patients suivis pour addiction à l'alcool), soit le double par rapport à 2012. Depuis toutes ces années, la fondation a mis en place de nouvelles prises en soins psychothérapeutiques pour les patients en traitement de substitution, ce qui a permis à un certain nombre d'entre eux de terminer leur traitement pharmacologique.

Sur le plan des ressources humaines, nous avons procédé à une enquête de satisfaction auprès du personnel de la fondation, débutée en 2011 et finalisée en 2012, le but étant d'évaluer la satisfaction globale des collaborateurs au travail, de connaître leur opinion sur différents thèmes et de dépister les éventuels thèmes ou domaines pour lesquels les ressources humaines et la communication interne pourraient être améliorées (cf. précédent rapport annuel 2011, «rapport 2011 de la directrice générale», paragraphe «Enquête de satisfaction auprès du personnel» p. 20 - 21 et cf. ci-avant, «rapport 2012 de la présidente» p. 4 et 5).

Concernant le thème général de la fondation, environ 80% des collaborateurs ou plus pensent que la fondation remplit sa mission en termes de qualité des soins et que l'organisation générale est satisfaisante.

Pour le thème sur le poste de travail, environ 90% des collaborateurs ou plus sont satisfaits de l'ambiance de travail avec leurs collègues et pensent recevoir une «juste» reconnaissance du travail effectué.

La qualité de vie au travail et la satisfaction globale du poste ont reçu une note supérieure ou égale à 8/10.

Les points ayant été notés à améliorer concernent la transmission

et circulation des informations, ainsi que l'amélioration des outils informatiques cliniques.

Sur le thème du management, plus de 90% des collaborateurs sont satisfaits des relations avec leur hiérarchie directe.

Selon les collaborateurs, la communication interne est à améliorer, notamment avec plus de clarté et de transparence dans les informations diffusées.

Pour le thème sur le poste de travail, environ 90% des collaborateurs ou plus sont satisfaits de l'ambiance de travail avec leurs collègues et pensent recevoir une «juste» reconnaissance du travail effectué.

Ainsi, courant 2013, nous pourrions nous appuyer sur ces résultats pour mener une réflexion afin de renforcer encore les points positifs et surtout d'améliorer les points apparus comme faibles. Concernant la communication externe, nous avons décidé d'organiser régulièrement pour chaque centre thérapeutique des journées

«portes ouvertes», afin de rencontrer les professionnels du réseau avoisinant chaque centre. Ainsi, une journée «portes ouvertes» a eu lieu en octobre 2012 avec succès au Centre Phénix Chêne.

La communication externe sera également renforcée grâce au site internet, (www.phenix.ch) et grâce à de nouvelles brochures de présentation ou *flyers*. Je tiens à remercier Madame Sandrine Borie pour son investissement dans la mise en place de la nouvelle ligne graphique et dans la mise à jour de nos outils de communication.

Au premier décembre 2012, nous avons eu le plaisir d'accueillir la Dresse Khadija Ammar au Centre Phénix Grand Pré. Madame Ammar a fait ses études de médecine en Tunisie. De 1997 à 2003, elle a exercé comme médecin généraliste dans un centre de soins de base



de la région de Tunis. Elle a également assumé la responsabilité médicale et administrative de ce centre. A son arrivée en Suisse, elle s'est spécialisée en psychiatrie-psychothérapie et a obtenu le titre FMH en 2011. Elle a notamment travaillé au service de psychiatrie des HUG, au service d'addictologie et au service de psychiatrie de liaison, en tant que médecin cheffe de clinique à partir de 2010.

Engagée en qualité de médecin psychiatre, la Dresse Ammar prendra la responsabilité du Centre Phénix Grand-Pré au 1^{er} mars, suite au départ à la retraite de Monsieur Claudio Crotti.

Notons également l'arrivée au 1^{er} mars 2012 de Madame Myriam Aïssaoui, engagée en qualité de psychologue psychothérapeute au Centre Phénix Plainpalais.

Madame Sandra Privet, assistante médicale, a été engagée également au 1^{er} mars 2012, à l'occasion de l'ouverture du Centre Phénix Mail. Madame Privet avait déjà travaillé plusieurs années dans le passé pour le Centre Phénix Chêne.

Enfin, Monsieur Niels Weber, psychologue, a rejoint en mai 2012 l'équipe du Centre Phénix Chêne pour s'occuper entre autres des problématiques d'hyperconnectivité chez l'adulte.

Je remercie l'ensemble des collaborateurs de la Fondation Phénix pour leur engagement, leur professionnalisme et les valeurs prônées par la Fondation Phénix qu'ils véhiculent au quotidien auprès de nos patients.

Tous mes remerciements vont également au Conseil de Fondation et à sa présidente, M^{me} Marie-Françoise de Tassigny, ainsi qu'au Comité Scientifique et à son président, le Pr Michel Schorderet, pour leur soutien, leur confiance et leur encouragement dans le développement de nouvelles approches thérapeutiques.





Yann Linossier
Coordinateur administratif
Responsable informatique

2012, une année très riche en réalisation de projets

Un des projets majeurs réalisés en 2012 a été l'aménagement des locaux situés rue des Rois. En effet, cet espace de 300m² en *open space* a dû être totalement repensé pour installer d'une part l'équipe thérapeutique du nouveau centre pour adolescents et jeunes adultes (Centre Phénix Mail) et, d'autre part, l'équipe administrative existante (Centre Phénix Administration). L'équipe thérapeutique, provenant en majeure partie de la Consultations Adolescents du Centre Phénix Chêne, a donc été regroupée avec les collaborateurs administratifs, alors localisés au Centre Phénix du Petit-Lancy. Ce regroupement a permis le rapprochement de l'équipe administrative, relativement isolée, vers les équipes soignantes, ainsi que l'optimisation de divers coûts de fonctionnement (locaux, infrastructure).

La mise en production au 1^{er} janvier 2012 de la nouvelle convention tarifaire, signée fin 2011 avec tarifsuisse SA, a représenté une étape importante et délicate, tant pour les équipes thérapeutiques que pour le département facturation. En effet, cette nouvelle convention diffère sensiblement de l'ancienne qui avait été mise en place en 2004. Elle est constituée de deux parties, une partie concerne la prise en soins des addictions avec substances et l'autre partie la prise en soins des addictions sans substances. L'ensemble des phases incluses dans ces

prises en soins ont été redéfinies et une nouvelle phase de prise en soins intensive a été intégrée.

En 2012, nous avons également travaillé sur l'amélioration de notre politique de communication, avec comme priorité, le renouvellement de la ligne graphique de la fondation, en collaboration avec l'agence Etienne & Etienne. La première étape a été de définir un nouveau logo, ainsi qu'une nouvelle charte graphique et de réimprimer toute la papeterie et les cartes de visite avec ces nouveaux éléments. La deuxième étape a été la réalisation des *flyers* présentant les diverses prises en soins au sein de la fondation, et la mise en place d'une *newsletter* interne de parution

La mise en production au 1^{er} janvier 2012 de la nouvelle convention tarifaire, signée fin 2011 avec tarifsuisse SA, a représenté une étape importante et délicate.

trimestrielle. La prochaine et dernière étape, réalisée au cours du 1^{er} semestre 2013, sera l'application de notre nouvelle ligne graphique au site internet qui sera entièrement revu. La réalisation d'un autre grand projet a débuté en 2012, il s'agit de la modernisation de certains outils informatiques utilisés pour le travail clinique, tels que le dossier patient informatisé et le PPS (Plan Personnalisé de Suivi), outils institutionnels utilisés au sein de la fondation. Un groupe de travail a été constitué, avec des représentants de tous les Centres Phénix et de tous les métiers de la fondation. Lors des premières séances, les différents intervenants du groupe ont pu échanger sur les méthodes au sein des centres et ont pu définir leurs besoins afin d'établir un cahier des charges. Plusieurs solutions ont été présélectionnées, les choix définitifs devant intervenir à l'automne 2013.

Je tiens à remercier chaleureusement l'ensemble de l'équipe administrative, ainsi que les collaboratrices et collaborateurs qui font le relais administratif au sein des différents centres de la fondation, pour leur investissement et leur travail.





Jean-Marie Rossier
Responsable Qualité
Psychologue psychothérapeute FSP
Centre Phénix Grand-Pré

Qualité : millésime 2012

L'événement majeur en 2012 a été en janvier le **renouvellement de la Certification** de nos prestations aux normes QuaThéDA modulaire (Qualité Thérapie Drogue Alcool) et aux normes ISO 9001-2008. La précédente et première certification datait de décembre 2008.

Pour préparer cet audit externe, l'ensemble du **Système Qualité** avec ses plus de cent documents ont été remis à jour. Le Système Qualité est composé de trois modules qui englobent trois types de prestations.

Le « module de Base » rassemble les processus de gestion et de support, essentiellement stratégiques, conceptuels, directeurs et administratifs.

Les modules spécifiques « Conseil, accompagnement et thérapie ambulatoires » et « Substitution » traitent de la qualité de prestations plus cliniques.

Force est de constater que le Système Qualité est en augmentation plutôt qu'en diminution, l'élagage est difficile.

En mars a été audité par l'Organe de révision notre **Système de**

Contrôle Interne qui répertorie les risques de quatre différents niveaux : stratégique, opérationnel, environnemental-légal et médical. Ce système analyse leur criticité, il inventorie les mesures de prévention, il émet des recommandations et décrit les moyens de contrôles (outils, responsables).

La fondation a décidé de fusionner le Système Qualité avec le Système de Contrôle Interne en un « **Système Phénix** » car ils sont parfois redondants et se complètent. En juillet, la norme de référence QuaThéDA modulaire a été révisée et les formations et informations à ces nouveaux changements ont tardé jusqu'en janvier 2013. Pour cette raison et du

La fondation a décidé de fusionner le Système Qualité avec le Système de Contrôle Interne en un « Système Phénix ».

fait de ce délai, la fusion est ralentie et les deux systèmes continuent d'évoluer en parallèle.

« Dans la course à la qualité, il n'y a pas de ligne d'arrivée » clamait l'auteur et sénateur américain

David Kearns. Il y a certes des directions, des itinéraires conseillés, des chemins que des standards balisent ou des indicateurs signalent. Les rythmes d'évolution et d'amélioration varient au gré des intérêts et des ressources mobilisées. Écoutons la sagesse populaire qui nous rappelle que les gens pressés n'ont pas d'allure et que si seul on peut aller vite, c'est ensemble qu'on peut aller loin.



Professeur Marc Ballivet
Vice-président du
comité scientifique

Baclofène (Lioresal®) et alcoolisme

Données de base

D'une manière générale, les substances psychotropes agissent soit en se substituant à un neurotransmetteur (les agonistes et les antagonistes), soit en affectant la quantité de neurotransmetteurs disponibles à la synapse, soit enfin en modifiant d'une façon ou d'une autre la réponse du récepteur à son neurotransmetteur. Pour le chercheur comme pour le thérapeute, l'alcool (éthanol) présente des difficultés particulières, car ses effets sont dus principalement à sa nature de solvant et donc à sa solubilité dans les membranes biologiques. Or, la modification chronique de la fluidité et de la composition des membranes neuronales est susceptible d'affecter le fonctionnement de tous les systèmes de la neurotransmission. En d'autres termes, il n'existe pas une cible spécifiquement affectée par l'alcool, mais un ensemble de cibles (récepteurs, transporteurs et enzymes membranaires) affectées par les perturbations de la membrane dans laquelle elles sont insérées. Bien entendu, la modification par l'alcool des propriétés d'une certaine cible et des circuits où elle s'implique peut être responsable d'une grande partie des symptômes physiques et psychologiques ressentis par le patient alcoolique, y compris ceux qui se manifestent au cours du

sevrage et pendant l'abstinence qui lui fait suite. Une intervention pharmacologique efficace est donc en principe possible, grâce par exemple à des agents modifiant les propriétés d'un type de récepteur dont dépendrait l'essentiel de la symptomatologie.

Il est bien établi que le médiateur principal des effets euphorisants, anxiolytiques et addictifs procurés par la boisson chez l'alcoolique est le récepteur de l'acide gamma-amino-butérique de type B (récepteur GABA-B). Le neurotransmetteur GABA, principal agent inhibiteur chez les vertébrés, agit sur deux classes très différentes de récepteurs. Les récepteurs GABA-A sont des canaux ioniques spécifiquement perméables à

l'anion chlore et font partie de la grande famille des récepteurs ionotropiques. En présence de GABA, l'influx d'anion hyperpolarise la membrane et la rend donc plus difficilement excitable. Le rôle des récepteurs GABA-A est de permettre une inhibition de la conduction neuronale à la fois rapide et de courte durée; cet effet est potentialisé par une classe de modulateurs allostériques très spécifiques, mais aussi très addictifs: les benzo-

Une méta-analyse portant sur trois essais cliniques (Muzyk et al., 2012) constate que le petit nombre de patients testés en double-aveugle ne permet guère de conclusions sérieuses quant à la prescription de baclofène en traitement alcoolologique de première ligne.

diazépines. On connaît les risques de poly-addiction qui résultent de l'association de l'alcool et des benzodiazépines et les soins qu'il faut prendre lorsqu'on traite les symptômes de sevrage alcoolique par ces agents; il n'est donc pas étonnant que les récepteurs de type A soient considérés comme de mauvaises cibles pour une action pharmacologique visant à contrôler la dépendance alcoolique.

Rôle des récepteurs GABA-B

Il en va autrement pour les récepteurs GABA-B. Ces récepteurs agissent sur une protéine G qui joue le rôle de messenger second et déclenche avec une cinétique lente et prolongée l'ouverture de canaux à cations potassium. En présence de GABA, l'efflux de cations hyperpolarise la membrane et inhibe son excitabilité. Comme les récepteurs GABA-B sont situés dans les membranes pré- et post-synaptiques, leur activation inhibe à la fois la propagation des potentiels d'action et la transmission synaptique. Outre leur ligand physiologique, le GABA, les récepteurs GABA-B sont également activés par l'agoniste baclofène, dont la structure est très voisine (Fig. 1) mais qui, du fait de l'encombrement stérique dû à son groupe phényl-chloré, n'est pas un agoniste des récepteurs GABA-A.

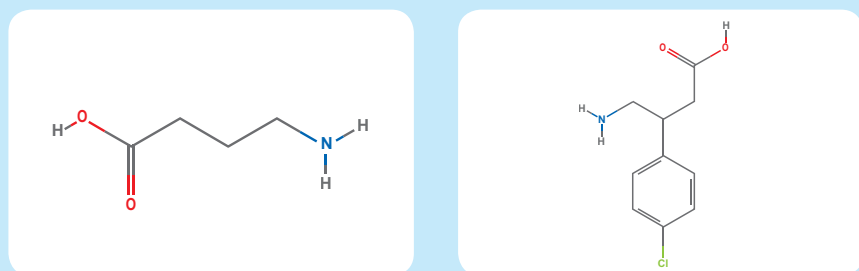


Figure 1 : A gauche, **le neurotransmetteur GABA** ; à droite **son analogue le baclofène**.

Les électrophysiologistes utilisent depuis fort longtemps le baclofène en tant qu'agoniste spécifique chez l'animal d'expérience (Lewis et al, 1989). Toutefois, c'est récemment qu'un modèle cohérent et bien documenté a permis de comprendre son action bi-phasique au niveau de l'aire tegmentale ventrale qui occupe, comme on sait, une place centrale dans le circuit de récompense détourné par les substances addictives. A faible concentration, le baclofène inhibe les afférents inhibiteurs des neurones à dopamine. Ceux-ci sont désinhibés et suscitent le *craving* en relâchant plus de dopamine au niveau du noyau accumbens. A plus haute concentration, en revanche, le baclofène inhibe directement les neurones à dopamine : il en résulte un effet *anti-craving* (Cruz et al., 2004). Ces résultats indiquent que si l'on souhaite utiliser le baclofène dans la pratique alcoolique, il est nécessaire que la posologie soit suffisamment élevée pour assurer l'inhibition des neurones à dopamine.

Etat de la recherche sur l'utilisation du baclofène en alcoolie

Le baclofène est utilisé depuis plus de 50 ans pour le traitement symptomatique de la spasticité induite par les lésions de la moelle épinière. La molécule est assez bien tolérée et ses effets indésirables sont réversibles avec l'arrêt progressif du traitement. Cependant, son utilisation *off-label* (hors AMM ou Autorisation de Mise sur le Marché) en alcoolie repose principalement sur des résultats qu'il faut bien qualifier d'anecdotiques. Selon ses partisans, le baclofène serait capable à haute dose (100 mg/j et jusqu'à 250 mg/j) d'éliminer le *craving* et même de distancier le patient de son addiction, au point qu'il puisse consommer occasionnellement de l'alcool sans risque de rechute dans la dépendance. On peut être sceptique à l'égard de ces cures quasi miraculeuses et penser cependant que le baclofène peut trouver place dans l'accompagnement du sevrage et de l'abstinence. Toutefois, les conclusions tirées par Gache (2011) sont toujours d'actualité : les données préliminaires dont on dispose sont prometteuses, mais elles sont clairement insuffisantes pour fonder une approche thérapeutique basée sur des faits démontrés.

Il suffit pour s'en convaincre de lire les quelques travaux de synthèse publiés récemment. Une méta-analyse portant sur trois essais cliniques (Muzyk et al., 2012) constate que le petit nombre de patients testés en double-aveugle ne permet guère de conclusions sérieuses quant à la prescription de baclofène en traitement alcoolique de première ligne, sauf en ce qui concerne les patients cirrhotiques pour lesquels il n'existe pas d'autre traitement dépourvu de risque hépatique. Une revue systématique des publications se rapportant au traitement pharmacologique des symptômes de sevrage (Cooper et Vernon, 2012) conclut avec prudence que les résultats se rapportant au baclofène paraissent encourageants, mais que les études manquent souvent de rigueur, souffrant d'effectifs trop peu nombreux et d'un taux élevé d'abandons. En outre, les doses prescrites sont faibles et aucune corrélation n'est évidente entre la dose et l'effet obtenu.

Cependant, on lira avec profit le travail tout récent de Beurepaire (2012) qui porte sur une centaine de patients suivis pendant deux ans. L'étude

ne comporte ni double-aveugle, ni groupe contrôle et n'est donc pas conforme aux critères établis, mais elle a le grand mérite de tester l'effet de fortes doses de baclofène (150 mg/j en moyenne) dans un contexte où le patient n'est pas incité à l'abstinence : au terme de deux ans, une diminution très sensible du *craving* et de la consommation d'alcool est notée chez près des deux tiers des patients, sans effets indésirables rédhibitoires.

Conclusion

Peut-on s'attendre à la publication de travaux rigoureux dans un futur proche? Le site *ClinicalTrials.gov* des *National Institutes of Health* mentionne une douzaine de projets d'études cliniques en cours de recrutement, dont certains ne portent que sur la tolérance à diverses doses, à diverses formulations ou à divers modes d'administration du baclofène chez le sujet sain. Aucune des études qui seraient susceptibles de donner des résultats utilisables dans la pratique de l'alcoolologue n'a encore réuni une cohorte suffisante pour appliquer les protocoles proposés. Dans ces conditions, on ne peut espérer pouvoir prescrire le baclofène sur une base véritablement rationnelle avant au moins deux ans.

Références

Cooper, E. and Vernon, J. *The effectiveness of pharmacological approaches in the treatment of alcohol withdrawal syndrome : a literature review.* J Psychiat. Ment Health Nurs. 2012, e-pub ahead of print.

Cruz, HG., Ivanova, T., Lunn, ML., Stoffel, M., Slesinger, PA. and Lüscher, C. *Bi-directional effects of GABA_B receptor agonists on the mesolimbic dopamine system.* Nature Neurosci. 2004, 7 : 153-159

de Beaurepaire, R. *Suppression of alcohol dependence using baclofen : a 2-year observational study of 100 patients.* Front. Psychiatry 2012, 3 : 1-7

Gache, P. *Le baclofène sera-t-il le nouveau médicament miracle de l'alcoolisme?* Rev Med Suisse 2011, 7 : 1458-1461

Lewis, DV., Jones, LS. and Mott, DD. *Baclofen induces spontaneous, rhythmic sharp waves in the rat hippocampal slice.* Exp Neurol. 1989, 106 : 181-186

Muzyk, AJ., Rivelli, SK . and Gagliardi, JP. *Defining the role of baclofen for the treatment of alcohol dependence.* CNS Drugs 2012, 26 : 69-78





Philip Nielsen
Psychologue psychothérapeute FSP
Responsable du Centre Phénix Mail

Prise en soins des adolescents à la Fondation Phénix : de la Consultation Adolescents au Centre Phénix Mail

Lorsque le Dr Marina Croquette Krokar, actuelle directrice générale, et moi-même arrivons à la Fondation Phénix en 2004, nous nous mettons à l'œuvre pour créer une petite consultation pour les jeunes ayant des problèmes liés à leurs consommations d'alcool et de cannabis.

Nos différences et complémentarités (le Dr Croquette Krokar étant psychiatre psychothérapeute avec une formation en thérapies cognitivo-comportementales, étant moi-même psychologue avec une formation en systémique et familiale), nous amènent à élaborer une prise en soins que nous baptisons « multifocale ». Celle-ci comprend les phénomènes addictifs à l'adolescence comme le fruit d'une conjugaison de facteurs vulnérabilisants provenant de différentes sphères de la vie du jeune (son corps, sa psyché, sa scolarité, son rapport à la famille, ses pairs) et qui agissent de façon délétère et stressante sur le jeune et son entourage.

La consommation de drogues est donc vue comme une tentative de faire

face à ces facteurs de stress (en ce sens il s'agit d'une solution), tout en étant par la même occasion une source de stress supplémentaire (et donc un problème).

Notre approche consiste à repérer ces facteurs de risque et à leur apporter des réponses thérapeutiques correctrices.

Dès l'ouverture de notre consultation, nous nous trouvons confrontés aux premières situations de cyberaddiction et profitons de notre élan de

Notre prise en soins « multifocale » comprend les phénomènes addictifs à l'adolescence comme le fruit d'une conjugaison de facteurs vulnérabilisants qui agissent de façon délétère et stressante sur le jeune et son entourage.

conceptualisation de notre pratique pour décliner le modèle « multifocal » aux phénomènes d'usages excessifs des écrans chez les jeunes. Ce travail trouve rapidement une répercussion auprès d'autres structures de soins en Suisse et à l'étranger et constitue encore aujourd'hui une référence en la matière.

En 2006, l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) s'intéresse de plus près à notre prise en charge, étant à la recherche d'une institution partenaire en mesure de mener à bien une étude randomisée de grande envergure. La proximité théorique de notre modèle multifocal avec celui de l'étude est déterminant dans le choix d'engager la Consultation Adolescents pour mener à bien cette recherche intitulée INCANT (INternational CAnnabis Need of Treatment).

Cette aventure, qui sera officiellement close en 2012, nous permet d'approfondir tant notre compréhension théorique que notre pratique clinique, grâce à la méthode de la thérapie familiale multi-dimensionnelle (MDFT), méthode dont les fondements scientifiques sont reconnus à ce jour comme parmi les plus sérieux et dont les résultats thérapeutiques comptent parmi les plus efficaces.

INCANT nous amène à intensifier les liens de collaboration avec les partenaires du réseau. Ainsi, en 2008, est signé un protocole de collaboration avec le Tribunal des mineurs de Genève. Le suivi des jeunes sous injonction judiciaire soulève rapidement de vifs débats et un grand intérêt, la question centrale étant de savoir dans quelle mesure le caractère obligatoire de la thérapie influence (positivement ou négativement) le jeune dans sa consommation. Une analyse comparative (jeunes volontaires versus jeunes contraints à la thérapie) de la cohorte INCANT montre que le statut volontaire ou obligatoire de la thérapie n'a pas d'influence sur son efficacité, ce qui bouscule certains présupposés dans le monde de l'accompagnement psychothérapeutique.

Le Dr Marina Croquette Krokær et moi-même nous engageons parallèlement dans un projet national intitulé RADIX-écoles en santé en partenariat avec l'Ecole Internationale de Genève, campus la Châtaigneraie.

Les objectifs sont d'intensifier le lien de collaboration entre campus scolaires et structure de soins d'une part, et de développer un modèle de détection et intervention précoces des addictions d'autre part. Ce défi nous amène à démarrer le travail d'adaptation du modèle thérapeutique MDFT en un concept d'intervention précoce adapté au setting scolaire. Ce travail est toujours en cours.

En 2010, la phase clinique de la recherche INCANT s'achève et l'Académie Européenne MDFT est fondée, la Fondation Phénix en devient son représentant helvétique. Une des premières actions de l'Académie est de former les superviseurs MDFT – dont je fais partie – à devenir formateurs européens à ladite méthode.

En 2011, le modèle MDFT est en plein essor dans certains pays européens et nous aidons l'Académie à former plusieurs équipes en Finlande.

A la Consultation Adolescents du Centre Phénix Chêne, le travail clinique se poursuit et le nombre de situations ne cesse d'augmenter d'année en année. Nous sommes au-delà de notre capacité d'accueil et orientons dès 2011 un grand nombre des nouvelles demandes vers nos collègues

dans nos Centres Phénix Plainpalais, Grand-Lancy, Grand-Pré et Envol. Bien que soulageant du point de vue de la charge clinique, cette solution génère de nouveaux défis de logistique et de coordination.

C'est donc en 2011 que le Conseil de Fondation, présidé par Madame Marie-Françoise de Tassigny, décide de l'ouverture d'un centre spécifique dédié à la prise en soins des jeunes et leurs entourages.

Le Centre Phénix Mail ouvre ses portes en mars 2012. Son équipe est constituée de 3 psychologues formés à la thérapie systémique (Mesdames Cécilia Soria, Eva Wark et moi-même), un éducateur (Monsieur Alain Barbosa), une assistante médicale (Madame Sandra Privet) et un médecin psychiatre (le Dr Michaela Constantinescu).

Tous sont formés ou sensibilisés à la MDFT, ce qui a rendu la mise en route de la nouvelle équipe stimulante et agréable. Tous ont montré au fil de cette première année un engagement et un enthousiasme permettant non seulement d'absorber le choc de la transition mais de déployer de nouvelles énergies et initiatives.

La rapidité de cette transmission n'aurait pas pu se faire sans le soutien constant des autres collaborateurs et structures de la Fondation Phénix. Je pense en particulier au Dr Nuré Santoro, à notre « ancienne » équipe du Centre Phénix Chêne, ainsi qu'à Monsieur Yann Linossier, coordinateur administratif.



Marjorie Blanc
Psychologue FSP
Centre Phénix Envol

Cédric d'Epagnier
Psychologue psychothérapeute FSP
Centre Phénix Envol

Retour sur le groupe d'affirmation de soi

Introduction

L'estime de soi et ses corollaires, la confiance en soi et l'affirmation de soi, sont des thèmes qui apparaissent fréquemment dans la thérapie des personnes souffrant d'addictions, soit parce qu'un déficit de ces aspects est perçu comme une « raison » de consommer un produit (« je bois pour être moins timide »), soit parce que les pertes de maîtrise dues à la consommation excessive et la perte de qualité de vie ruinent l'estime que la personne a d'elle-même. Lors du rétablissement, les patients peuvent être en difficulté pour retrouver leur place face à l'entourage (familial, professionnel ou social). La honte et la culpabilité, comme le sentiment de ne pas savoir s'exprimer, sont des handicaps importants à la reprise de sa place dans la communauté.

Dans une relation, le manque d'affirmation de soi s'exprime souvent par des comportements inhibés ou agressifs, qui négligent l'un ou l'autre des partenaires de la relation. Dans le comportement inhibé, la personne a du mal à exprimer ses désirs et faire respecter ses droits, alors que dans le comportement agressif, ce sont les droits et les désirs de l'autre qui ne sont pas reconnus. L'objectif d'un groupe d'affirmation de soi est d'amener les participants à communiquer dans un échange

équilibré et respectueux d'eux-mêmes et d'autrui. L'accent est mis sur le développement de compétences relationnelles au travers de techniques comportementales et cognitives (jeux de rôle, restructuration des schémas de pensée).

Au sein du Centre Phénix Envol, plusieurs groupes d'affirmation de soi ont déjà été proposés par le passé sur le principe de groupes semi-ouverts. Nous avons souhaité faire l'expérience d'un groupe fermé, offrant la possibilité d'un travail plus approfondi, en nous basant sur la méthode de thérapie proposée par F. Fanget & B. Rouchouse¹. Nous vous présentons ici un regard sur les sessions de 2011 et 2012.

Méthodologie

Présentation du groupe d'affirmation de soi :

Ce groupe d'affirmation de soi est un groupe fermé construit sur la base de 16 séances de 90 minutes. Chaque séance est consacrée à un thème :

La honte et la culpabilité, comme le sentiment de ne pas savoir s'exprimer, sont des handicaps importants à la reprise de sa place dans la communauté.

faire une demande, un compliment, une critique, exprimer un refus, maintenir une conversation, etc. Certains thèmes sont travaillés sur 2 ou 3 séances. Le déroulement de chaque groupe se fait comme suit : revue des tâches à domicile, initiation à une technique

de communication, jeux de rôle, préparation des tâches à domicile (mise en pratique dans la vie quotidienne et lecture du livre de F. Fanget²), *feedback* de la séance.

Le groupe est animé par les deux psychologues auteurs de cet article. L'inclusion au groupe se fait sur la base d'un entretien individuel pré-groupe avec l'un des psychologues. Le but est de déterminer l'indication fonctionnelle, de rechercher les troubles associés au manque d'affirmation de soi et d'identifier d'éventuels facteurs d'exclusion (dépression trop sévère, incapacité à s'engager dans la durée, trouble paranoïaque,

abstinence non stabilisée, etc.). Il s'agit aussi de présenter les règles du groupe. Des questionnaires passés avant et après la session de groupe sont utilisés pour mesurer l'évolution des patients au niveau de la satisfaction de vie³, de la dépression⁴ et de l'anxiété⁵, de l'assertivité⁶. Un entretien individuel post-groupe est proposé à l'issue des séances. C'est l'occasion pour chaque participant d'avoir un retour personnalisé sur sa participation et son évolution.

Présentation des patients des groupes :

8 participants ont débuté le 1^{er} groupe et 2 d'entre eux n'ont pas poursuivi, l'un par manque de motivation (après la 1^{re} séance), l'autre pour des raisons professionnelles (après 4 séances). 6 participants ont commencé le 2^e groupe, mais seuls 2 l'ont terminé. 1 patiente a été hospitalisée (après 4 séances), 1 a pris un emploi dans une autre ville (après 4 séances), 1 a rechuté dans son addiction à l'alcool (après la 9^e séance) et la 4^e était trop déprimée (absente après la 7^e séance). Les participants poursuivaient tous en parallèle leur thérapie individuelle au Centre Phénix Envol.

Tableau 1

| | 1 ^{er} Groupe | 2 ^e Groupe |
|---------------------------------------|------------------------|-----------------------|
| Moyenne d'âge | 46 ans | 43 ans |
| Répartition par sexe | 62.5% ♂ 37.5% ♀ | 66.67% ♂ 33.33% ♀ |
| Pourcentage de participants en emploi | 87.5% | 100% |

Résultats

Nous ne présentons ici que les résultats qui concernent le 1^{er} groupe, puisque seuls 2 patients ont terminé le 2^e groupe. Nous n'avons pas réalisé d'analyse statistique, il s'agit de données descriptives.

Satisfaction générale³ :

Le niveau de satisfaction générale a augmenté chez les 6 participants entre les évaluations pré et post-groupe (moyenne pré-groupe : 3,1 ; moyenne post-groupe : 3,7) (cf. figure 1).

Symptomatologie dépressive⁴ :

La symptomatologie dépressive a diminué chez les 6 participants entre les deux évaluations (moyenne pré-groupe : 19,3 ; moyenne post-groupe : 10,5) (cf. figure 2).

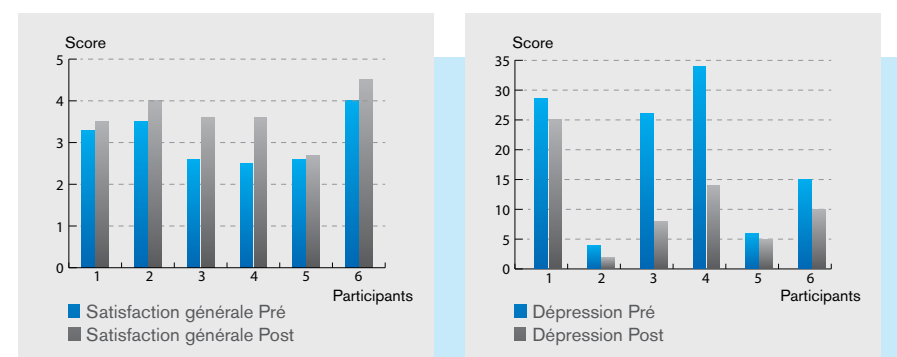


Figure 1
Evaluation du niveau de satisfaction générale dans 14 domaines de la vie

Figure 2
Evaluation du niveau de dépression

Anxiété-état⁵ :

Le niveau de l'état d'anxiété a diminué chez les 6 participants entre les 2 évaluations (moyenne pré-groupe : 63 ; moyenne post-groupe : 51,3) (cf. figure 3).

Anxiété-trait⁵ :

Le niveau des traits d'anxiété a diminué chez les 6 participants entre les 2 évaluations (moyenne pré-groupe : 57,3 ; moyenne post-groupe : 49,3) (cf. figure 4).

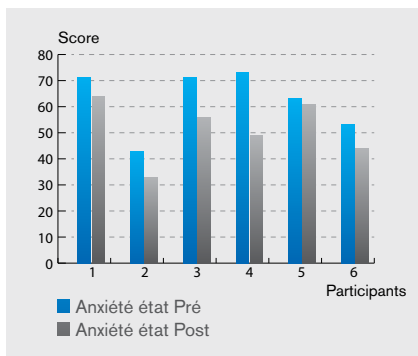


Figure 3
Evaluation du niveau d'anxiété état

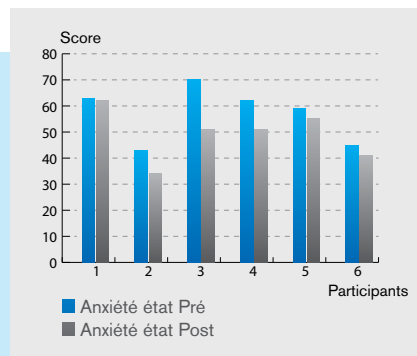


Figure 4
Evaluation du niveau d'anxiété trait

Gêne ressentie par rapport à l'assertivité⁶ :

La gêne ressentie lors de l'adoption de comportements affirmés a diminué chez 4 participants entre les évaluations pré et post-groupe, elle a augmenté chez 2 d'entre eux. La moyenne pré-groupe de la gêne ressentie lors de l'adoption de comportements affirmés est de 135,8 et la moyenne post-groupe est de 121,2 (cf. figure 5).

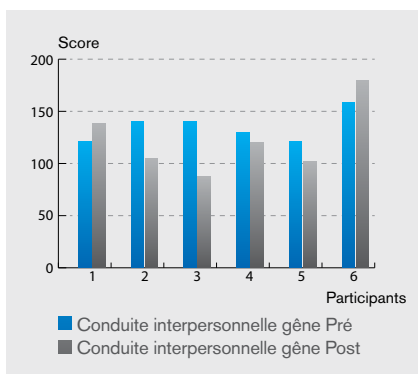


Figure 5
Evolution de la gêne pour la conduite interpersonnelle

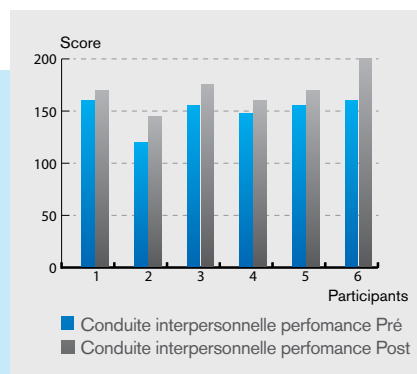


Figure 6
Evolution de la performance pour la conduite interpersonnelle

Fréquence des comportements affirmés⁶ :

La fréquence à laquelle les participants réalisent des comportements affirmés a augmenté dans tous les domaines de l'assertivité entre les

deux évaluations chez 4 des 6 participants. Pour 2 participants, la performance s'est améliorée dans 3 des 4 domaines de l'assertivité mais pas en ce qui concerne le fait de donner et recevoir des compliments. La moyenne pré-groupe de la fréquence à laquelle les participants réalisent des comportements affirmés est de 149,8 et la moyenne post-groupe est de 172,7 (cf. figure 6).

Bien que les résultats présentés montrent à l'issue du groupe une évolution positive des patients sur les thèmes pertinents de l'affirmation de soi, nous ne pouvons pas exclure que d'autres facteurs que le groupe y aient contribué. Pour rappel, les patients poursuivaient leur thérapie individuelle et comme pour toute évaluation des bénéfices d'une thérapie, il est difficile de contrôler l'influence des facteurs de vie individuels.

Discussion

Nous discutons ici les différences apparaissant entre les 2 groupes et qui pourraient avoir valeur d'hypothèses pour expliquer pourquoi la 2^e session a eu plus de peine à arriver à son terme.

Le 2^e groupe présentait un niveau de satisfaction de vie général inférieur au 1^{er} groupe ainsi que des niveaux de dépression et d'anxiété plus élevés. Concernant les comportements d'affirmation de soi, le 2^e groupe avait un niveau de gêne (anticipation de la difficulté à s'affirmer) moins marqué que le 1^{er} groupe, en étant plus proches des scores de la population « normale » que des échantillons de personnes souffrant de phobie sociale (selon la littérature associée au questionnaire utilisé). Mais la moitié des participants du 2^e groupe avait une performance (capacité de s'affirmer malgré la gêne) correspondant à celle de sujets phobiques, tandis que ce n'était le cas que pour un seul des 6 participants dans le 1^{er} groupe.

Lors de cette 2^e session de groupe, nous avons dû composer avec un nombre important d'absences. Cela a eu un impact à la fois sur le déroulement des séances et sur les autres participants qui se posaient des questions auxquelles nous ne pouvions pas forcément répondre, étant nous-mêmes soit sans nouvelles, soit tenus par le secret professionnel. Les raisons de ces absences et abandons étaient

diverses (voyages professionnels/personnels, rechutes dans l'addiction à l'alcool, hospitalisation, déménagement).

Dès la séance de présentation et lors de la définition des objectifs de chaque participant, nous avons pu remarquer que les attentes des participants du 2^e groupe se situaient davantage autour de l'aisance dans des situations de présentations orales face à un public (cours à donner, réunions publiques, etc.) que pour des situations d'affirmation de soi spécifiques (savoir dire non, faire une demande, etc.) qui paraissaient plus pertinentes pour le 1^{er} groupe.

Néanmoins, les 2 participants qui sont allés au terme des séances du 2^e groupe ont donné un retour positif par rapport au fait de s'être exposés au sein du groupe en parlant d'eux et d'avoir découvert des techniques spécifiques d'affirmation. Dans le 1^{er} comme le 2^e groupe, les participants se sont interrogés sur le maintien de leurs progrès dans le temps et ont soulevé la question du besoin d'une « piqûre de rappel ». Dans ce sens, nous réfléchissons à la possibilité de proposer un nouveau module qui réunirait les participants ayant terminé les 2 groupes et intéressés à partager leur expérience, rafraîchir leurs connaissances et travailler ensemble des situations pratiques.

Conclusion

Un groupe fermé travaillant spécifiquement l'affirmation de soi nous semble être une offre pertinente pour nos patients souffrant d'addictions. Toutefois, ce cadre pose des difficultés d'indication et de dynamique du groupe. A la différence d'un groupe ouvert (ou semi-ouvert), nous ne pouvons pas compenser les départs prématurés de certains patients par l'admission de nouvelles personnes. L'évaluation pré-groupe est donc ici très importante, à la fois pour protéger les patients en difficulté qui pourraient être sur-stimulés ou confrontés à un sentiment d'échec, et aussi pour protéger la pérennité du groupe pour les autres. Dans leur ouvrage¹, F. Fanget & B. Rouchouse énoncent un certain nombre de contre-indications à un tel groupe: troubles cognitifs importants, certains troubles de personnalité (de type psychorigide ou paranoïaque), troubles de l'humeur non stabilisés, etc. Pour nos patients s'ajoutent les

difficultés propres à leur problématique d'addiction (hypersensibilité), des diagnostics psychiatriques divers s'ajoutant à celui de leur addiction et l'imprévisibilité de leur rétablissement (ré-alcoolisations éventuelles), même si nous n'avons admis au départ que des patients dont l'abstinence nous paraissait suffisamment stable. Nous sommes alors pris dans un dilemme entre les demandes des patients de participer au groupe, le besoin d'un nombre suffisant de participants (8 nous semble idéal, 6 un minimum) et une sélection trop « élitiste ». Au final, nous sommes confrontés à notre humilité de thérapeutes qui ne peuvent tout contrôler ni tout anticiper, mais désireux de partager avec nos patients une expérience si enrichissante pour tous.

Références

1. Fanget F, Rouchouse B. *L'affirmation de soi: une méthode de thérapie*. Paris: Odile Jacob, 2007.
2. Fanget F. *Affirmez-vous!* Paris: Odile Jacob, 2002.
3. Simoneau H, Landry M, Tremblay J. *Alcochoix+, un guide pour choisir et atteindre vos objectifs*. Montréal: Gouvernement du Québec, 2004.
4. Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Inventaire de Dépression de Beck (2^{ème} éd.)*. Paris: Editions du Centre de Psychologie Appliquée, 1988.
5. Spielberger CD. *Inventaire d'anxiété état-trait forme Y*. Paris: Editions du Centre de Psychologie Appliquée, 1993.
6. Yao SN, Note I, Fanget F, Albuissou E, Bouvard M, Jalenques I, Cottraux J. *L'anxiété sociale chez les phobiques sociaux: validation de l'échelle d'anxiété sociale de Liebowitz (version française)*. Encéphale 1999; 25(5): 429-435.



Edith Niveau
Infirmière spécialisée
Centre Phénix Envol

Soigner autrement

Appliquer la sophrologie dans un centre ambulatoire d'addictologie au sein du Centre Phénix Envol: mon expérience de 18 mois.

Le cadre

Le centre Phénix Envol accueille des patients ayant une addiction à l'alcool, au tabac, aux médicaments, au jeu, ou souffrant de troubles alimentaires ou de dépendance affective. Accueillie en tant qu'infirmière sophrologue par une équipe respectueuse, je me suis sentie vite en confiance dans cette nouvelle aventure professionnelle. Les patients me sont adressés suite à une évaluation médicale. Ils ne semblent pas être dans une attente particulière par rapport à la sophrologie, mais dans la découverte. Je bénéficie d'un bel espace que j'ai aménagé avec le soutien de toute l'équipe pour créer une ambiance sereine.

Mon intervention

Je pars de l'hypothèse que la sophrologie peut, dans ce cadre, être un outil thérapeutique, un soin qui favorise chez les patients une meilleure gestion de la qualité de vie au quotidien et qui va leur permettre de

vivre au mieux avec leur addiction, de dynamiser de façon positive leurs capacités et leurs valeurs, d'aller vers plus de liberté.

Actuellement, plus de 50 patients suivent les séances de sophrologie, avec ou sans suivi psychologique, une fois par semaine ou tous les 15 jours ou en fonction de leurs demandes. Par un entraînement régulier en séances individuelles ou collectives, le patient apprend :

- à être capable de s'auto-observer (confort, position, respiration, schéma corporel, sensations, ...);
- à acquérir de nouvelles compétences pour mieux gérer des situations difficiles (repérage des manifestations physiques témoignant d'une

angoisse, mise en pratique d'une respiration adaptée, ...);

L'évolution peut amener le patient, au fil des séances, vers une confiance et un lâcher prise, à accueillir l'inconnu, à s'observer avec bienveillance. Le patient renoue avec ses besoins, retrouve de la confiance en soi, de l'estime de soi.

-à faire des liens entre son ressenti interne (corps) et son ressenti émotionnel (psychique);

- à s'entraîner vers une dynamisation positive de tout son être pour des moments de plaisir.

Cette prise de conscience favorise le respect de soi, de ses limites et prépare le terrain

pour que le patient puisse trouver des solutions thérapeutiques qui lui conviennent sur du long terme plutôt que d'agir dans le « tout, tout de suite ».

Méthodologie

Titulaire du Master en Sophrologie Caycédiennne à l'Ecole de l'Académie Rhône-Alpes et Savoie-Dauphiné, je m'inspire de l'ouvrage du Dr Chéné (voir références 1 et 2).

L'objectif de travail est basé sur les besoins du patient. Le premier rendez-

vous est consacré à créer le lien en étant à l'écoute de ses attentes et à lui présenter la sophrologie : discipline scientifique qui a pour but l'étude de la conscience humaine permettant d'acquérir une attitude sereine grâce à la pratique pertinente de ses techniques de relaxation dynamique. La sophrologie vise à une harmonisation physique et mentale.

En séance individuelle, si le patient est suivi par un psychologue, je lui propose essentiellement une pratique de sophrologie ; par contre, s'il n'a pas de suivi psychologique régulier, je partage mon intervention entre un entretien motivationnel et la pratique de la sophrologie.

Description d'une séance

Je commence par une **information pré-sophronique** où j'explique les exercices que nous ferons ensemble en position debout ou assise (position du quotidien) : par exemple, prise de conscience du corps, des différents points d'appui et de sa respiration, puis exercice de tension/détente avec une respiration synchronisée, écoute de ce qui se vit ici et maintenant au niveau de tout son corps. Ensuite, nous pratiquons les exercices, dans le respect de nos limites, en alternant des phases d'activation et des phases de récupération qui permettent d'intégrer le ressenti. En fin de séance, le patient décrit son vécu verbalement. J'insiste dès les premières séances sur l'importance de l'entraînement à domicile qui a pour but la découverte, la conquête et la transformation de la conscience, et favorise l'apprentissage de l'écoute de soi.

Du bien être.....vers l'apprentissage de la vie en train de se vivre

Pour tous les patients, j'observe lors des premières séances une respiration haute avec peu de ressenti corporel. Généralement, ils sont peu en contact avec le sol, mais sont dans leur tête. Ils présentent des mouvements saccadés, crispés, des tensions (mâchoires, nuque, épaules et mains). Le travail de relaxation dynamique, le travail sur l'ancrage, l'enracinement, la concentration sur le corps dans sa globalité, ainsi que sur les sensations, permet de ressentir les sensations filtrées ou voilées et certains blocages corporels. Le patient découvre le contact avec soi. J'évalue sa capacité d'attention en observant sa perception à

localiser, identifier, nommer sa respiration, ses tensions...et son degré de certitude d'efficacité en cas de crise.

L'évolution peut l'amener, au fil des séances, vers une confiance et un lâcher prise, à accueillir l'inconnu, à s'observer avec bienveillance. Le patient renoue avec ses besoins, retrouve de la confiance en soi, de l'estime de soi. Il met en pratique cette ouverture d'esprit pour aménager son quotidien dans la prise de recul face à des situations stressantes, et pour les anticiper (colère, envie,...). Il met en route un apprentissage de compétences. C'est une transformation vers un changement, un pas vers la capacité d'introspection - phase charnière où le patient est en demande d'un travail psychologique pour faire ainsi des liens entre son ressenti corporel et émotionnel.

J'observe une grande différence entre les patients qui sont toujours dans une consommation de produit et ceux qui maintiennent l'abstinence :

- Le patient dans la consommation active

Irrégulier dans ses présences, il recherche dans les séances de sophrologie une bouffée d'oxygène, un voile de sensations agréables qui vont le nourrir le temps de la séance, voire quelques heures au fil de la journée.

- Le patient dans la consommation modérée

Il est plus régulier dans les présences. Le produit est vécu comme un filtre, certains parlent « de vide sans ». Le patient ressent la peur de l'inconnu, souhaite arrêter cet esclavage, minimise les efforts demandés. La pratique de la sophrologie et l'entretien motivationnel lui permettent d'expérimenter sa capacité à choisir entre la consommation et l'abstinence.

- Le patient dans le maintien de l'abstinence

Le patient progresse, trouve de l'intérêt à cette méthode simple, s'engage en pratiquant à domicile, accueille ce regard interne, renforce sa confiance d'agir pour trouver une solution face à un problème. Certains découvrent même les liens entre le suivi psychologique et le suivi corporel.

Le patient dynamise son «image de soi» par un regard neuf sur lui-même jusqu'à reconstruire une image. Il appréhende les situations avec souplesse, se laisse surprendre par une vision positive de l'avenir. Il découvre une transformation interne qui renforce une liberté intérieure.

Quelques témoignages

Les mots qui reviennent fréquemment sont: «respiration plus calme, diminution des tensions et des angoisses, détente, sensation de chaleur, de lourdeur, équilibre, bien-être, plaisir, énergie, amélioration de mon sommeil.»

Les patients expriment **aussi leur ressenti corporel**; une patiente en fin de séance me fait part de ses « tensions dans le dos qu'elle ressent ». Ou encore: «En me baladant, je suis plus attentive à la lumière, à la nature...», «J'ai senti mon cœur battre en moi avec plaisir, je vis...»; «J'ose prendre contact avec mon corps ...mais que c'est difficile...»; «J'observe des frissons avec une hypersalivation...»; «Je ressens une boule au niveau de l'estomac».

Ils verbalisent **leur baisse d'anxiété**: «Respirer, prendre du recul, m'aide à ne pas consommer parfois...»; «Lors de tensions internes, je pratique la tension détente, ce qui m'aide à retrouver un calme ...»; «La respiration par le ventre me permet de baisser des tensions et d'être moins dans ma tête...»; «Détente plus profonde avec les expirations»; «Lors de mes angoisses, d'abattement matinal, la respiration et le déblocage articulaire m'aident à mettre le corps et la tête en marche...»; «J'ai moins d'idées parasites avec l'aide de la respiration consciente...».

Ils mettent en pratique **comment faire face à des situations difficiles**: «Face à la colère de ma fille, j'ai respiré par le ventre, pris un temps avant de parler...»; «Lors d'une séance sur les 5 sens, je me suis vu en train de prendre du temps pour préparer, et savourer un repas»; «Trop de stress, je suis épuisée, j'ai envie de boire. Par les exercices, j'ai ressenti de la chaleur, je me suis sentie moins raide, plus vivante, moins vide.».

Ils **développent leur créativité**: «J'éprouve une envie de reprendre la peinture à la suite d'une séance axée sur les couleurs...»; «J'ai envie

d'aller marcher pour retrouver les odeurs de la nature...»; «J'ai ressenti le sentiment d'avoir été écouté et regardé sans jugement...».

Les patients sont en demande d'une aide pour favoriser leur entraînement au quotidien. Je leur propose un CD avec les exercices de base. Ils sont ravis, l'envie est là, mais peu l'utilisent à la maison.

CONCLUSION

La sophrologie permet au patient de reprendre contact avec lui-même, dans la détente, de manifester et d'exprimer toutes ses capacités imaginatives et créatrices dans un but thérapeutique pour retrouver la confiance et de l'estime de soi et appréhender la vie sous un angle meilleur.

C'est un processus d'évolution et de construction.

Mon observation sur ces 18 mois m'amène à rester humble sur mes objectifs, à rester à l'écoute de ce dont a besoin le patient dans «ici et maintenant», de développer ma capacité d'observation, d'attention, d'alliance, et de cultiver mon adaptation au protocole sophrologique. Je privilégie l'empathie, la souplesse à la rigueur et je fais de l'adaptabilité, mon principe prioritaire.

La sophrologie Caycédienne a trouvé sa place au sein de notre équipe et renforce l'efficacité et la richesse de nos programmes.

Référence 1:

Chéné P.- A., *Sophrologie: Fondements et Méthodologie*. PARIS: Edition Ellébore Paris, 1994.

Référence 2:

Chéné P.- A., *Sophrologie. Champs d'application*. PARIS: Edition Ellébore Paris, 1999.



Dr Antoinette Al Amine
Médecin interniste FMH
Centre Phénix Plainpalais

Le suivi somatique à la Fondation Phénix

Dr Antoinette Al Amine, Dr Catherine Curchod, Dr Eva Sekera, Dr Alain Falbriard

La plupart des patients consultant à la Fondation Phénix n'ont pas de médecin traitant généraliste ou ont un médecin traitant qu'ils n'ont plus consulté depuis longtemps ou ont un médecin traitant qui n'est pas au courant de leur addiction.

C'est pourquoi la présence d'un médecin généraliste interniste dans les différents Centres Phénix est une nécessité. Ainsi, au Centre Phénix Chêne, le Dr Curchod, au Centre Phénix Envol, le Dr Sekera, au Centre Phénix Grand-Pré, le Dr Falbriard, et au Centre Phénix Plainpalais, le Dr Al Amine, assurent le suivi somatique des patients.

La majorité de ces médecins fonctionnent comme médecin de premier recours auquel tout patient de la fondation peut s'adresser pour une maladie intercurrente banale sans relation avec leur addiction ou pour le suivi somatique d'une maladie chronique (comme le diabète ou l'hypertension artérielle). Ils sont toutefois plus particulièrement sensibilisés aux problèmes somatiques liés aux addictions, comme le HIV, les hépatites et les abcès secondaires aux injections.

Ils sont aussi responsables de suivre les électrocardiogrammes des patients en cure de méthadone; en effet, la méthadone est un médicament connu pour prolonger l'intervalle QT (l'intervalle QT correspond au cycle cardiaque); si ce dernier est allongé, il convient de diminuer le dosage ou de remplacer la méthadone par de la morphine orale qui, elle, ne prolonge pas l'intervalle QT.

La majorité de ces médecins fonctionnent comme médecin de premier recours auquel tout patient de la fondation peut s'adresser pour une maladie intercurrente banale sans relation avec leur addiction ou pour le suivi somatique d'une maladie chronique.

De même, beaucoup de patients traités par des neuroleptiques pour leurs problèmes psychiatriques nécessitent aussi une surveillance électrocardiographique et biologique, vu notamment le risque d'apparition de diabète se déclenchant lors d'un traitement par un anti-psychotique atypique.

Ces médecins sont en constante relation avec les services spécialisés des Hôpitaux Universitaires Genevois, notamment

avec le service des maladies infectieuses et avec le service de gastroentérologie-hépatologie pour les suivis conjoints: ils en organisent les examens sanguins de contrôle, en discutent les indications d'un traitement et en assurent la bonne marche à suivre.

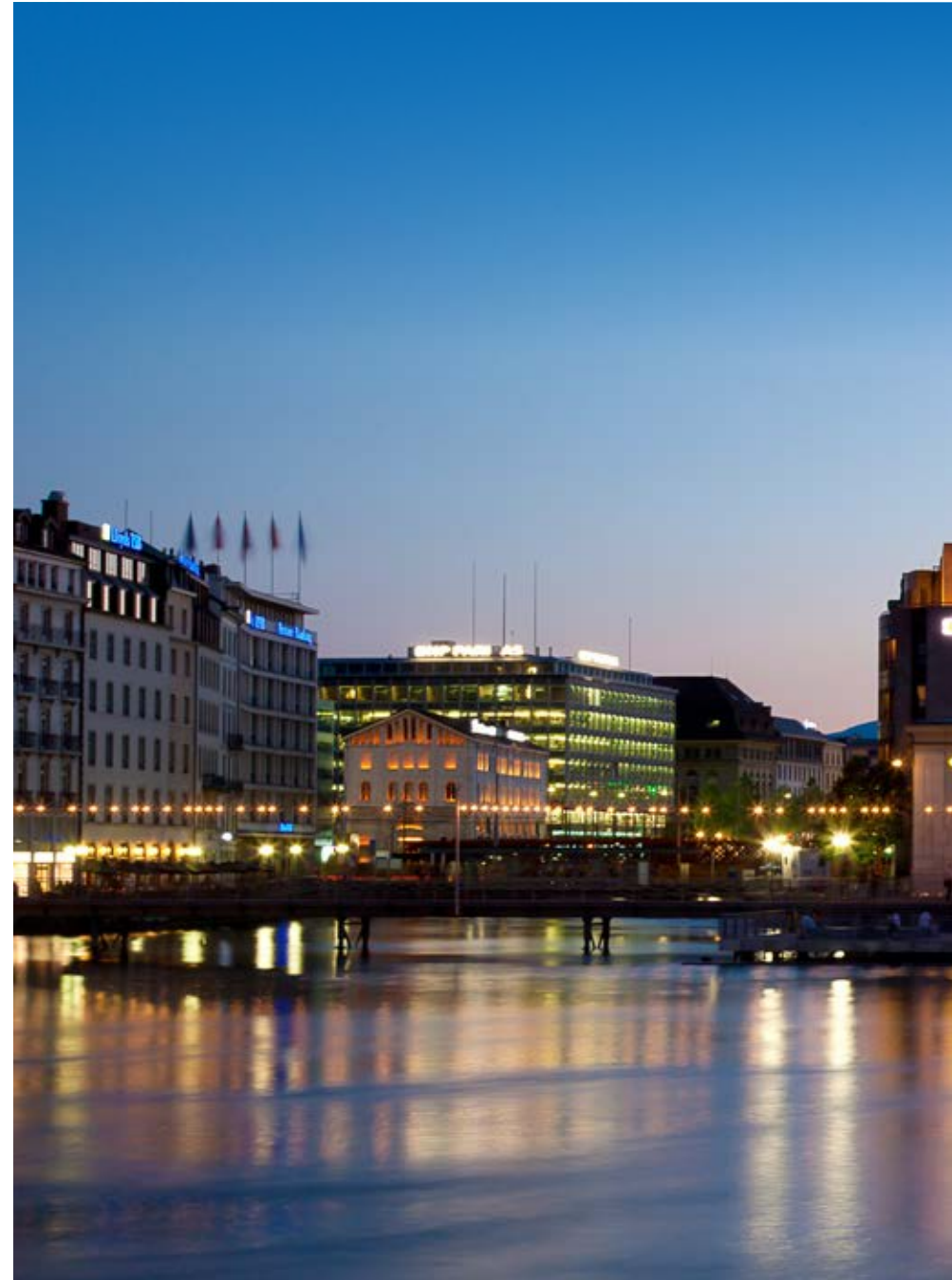
Ils ont aussi un rôle d'information auprès des patients, quant par exemple aux modes de transmission des maladies infectieuses ou aux possibilités de prévention et de traitement. De même, ils ont un rôle de prévention en mettant à jour les vaccinations et en organisant des dépistages, tel un dépistage-bilan de santé systématiquement proposé à chaque patient qui entreprend un suivi addictologique.

Le médecin somaticien informe également les patients des dangers occasionnés par la consommation des substances, ainsi que du déroulement et des éventuelles complications liés au sevrage. Le partage de cette information et l'échange des moments vécus en groupe sont des éléments motivationnels importants pour nos patients.

Enfin, les médecins ont aussi un rôle éducatif. Par exemple, au Centre Phénix Plainpalais, des ateliers cuisine ont été organisés avec confection de menus et réalisation de repas complets équilibrés par les patients sous la supervision de deux membres de l'équipe.

Cependant, le suivi de ce type de population n'est pas toujours facile car de nombreux rendez-vous sont manqués, tant aux Centres Phénix que pour des examens spécialisés à l'hôpital cantonal; la compliance médicamenteuse est mauvaise; enfin, la pathologie sous-jacente de ces patients fait qu'ils ont une relation particulière avec leur corps et une interprétation singulière de leur ressenti. De plus, certaines pathologies psychiatriques empêchent l'application de traitements somatiques appropriés, un état dépressif sévère étant par exemple une contre-indication au traitement de l'hépatite C par l'interféron.

En conclusion, le travail des médecins généralistes internistes est varié et s'inscrit dans une prise en charge globale au sein d'une équipe multidisciplinaire.





Fabienne von Düring
Psychologue psychothérapeute FSP
Centre Phénix Grand-Pré

La psychothérapie psychanalytique à l'épreuve des addictions

La psychothérapie de patients addicts comporte une difficulté qui lui est bien spécifique. Les patients nous arrivent dans un état de souffrance liée à un besoin trop important de leur objet d'addiction, soit avec un vécu intense de contrainte intérieure de par la nécessité impérieuse de cet objet. Mais avant d'en arriver là, l'objet d'addiction a représenté, et parfois représente encore, une solution à des difficultés essentielles pour le sujet. Dans ce contexte, l'Autre, ou la question du lien, est, par nature évincé de la scène ou au second plan au profit de la solution addictive, elle, primordiale.

Cet article propose un cheminement à travers les apports théoriques de Donald Woods Winnicott, Alberto Ciccone et Joyce Mc Dougall pour mettre en évidence quelques processus essentiels à la constitution de la psyché, ainsi que leurs avatars conduisant notamment aux troubles addictifs.

Il est à relever l'intérêt historique de la référence à ces auteurs; d'une part, déjà en 1960 Winnicott écrit: «Mon expérience m'a conduit à reconnaître que les patients dépendants peuvent en apprendre plus à l'analyste sur la première enfance, que ce qu'il peut tirer de l'observation directe du nourrisson». D'autre part, c'est Mc Dougall qui a introduit en

France le terme d'addiction, le préférant au terme de toxicomanie alors usité. Je la cite: «Plus parlant d'un point de vue étymologique, addiction renvoie à l'état d'esclavage, donc à la lutte inégale du sujet avec une partie de lui-même».

Au préalable, une remarque; j'évoquerai plusieurs types d'objets:

1. l'objet externe, à comprendre, au début de la vie psychique comme l'objet maternel, l'environnement maternant (qui englobe le père, ne se focalise pas sur la mère, mais sur la personne qui prodigue les soins au bébé);
2. l'objet interne, développé plus bas;
3. l'objet d'addiction, soit le produit (cannabis, héroïne,...) ou le comportement (jeux compulsifs, troubles alimentaires, ...) sur lequel le sujet a jeté son dévolu addictif.

Winnicott s'est intéressé au phénomène d'attachement passionnel (en anglais addicted) que le bébé de quelques mois développe pour un objet («doudou» dans le langage usuel) ou comportement (sucoter un bout de couverture, ...). Les termes d'«objets transitionnels» et de «phénomènes transitionnels» alors introduits ne seraient que la forme visible d'un processus interne et organisateur de la psyché. Winnicott écrit: «Ce n'est pas l'objet qui est transitionnel, l'objet représente la transition du petit enfant qui passe de l'état d'union avec sa mère à l'état où il est en relation avec elle, en tant que quelque chose d'extérieur et de séparé». Les phénomènes transitionnels vont ainsi permettre un premier décollage avec l'objet maternel, un premier mouvement de l'enfant vers l'indépendance et, partant, vers sa capacité à être en relation avec un autre. L'objet transitionnel va en quelque sorte prendre la place de la mère, par exemple au moment de l'endormissement de l'enfant où il permettra l'apaisement nécessaire.

Pour préciser ce qui se constitue sur le plan psychique à travers les phénomènes transitionnels, je poursuis avec Ciccone et le cite: «On ne peut comprendre, symboliser, représenter qu'avec l'aide d'un autre, d'abord au-dehors de soi, puis intériorisé, mis au-dedans de soi, constitué comme objet interne.». Mc Dougall décrit très explicitement la fonction maternante intériorisée de cet objet, se référant à «l'image

d'une mère calmante à l'intérieur de soi, une mère qui peut contenir et qui peut vous aider à devenir une bonne mère pour vous-même». Ciccone reprend, lui, la théorie winnicottienne en évoquant un espace d'illusion, soit un espace où la différenciation entre le dedans et le dehors, entre le subjectif et l'objectif et entre le fantasme et la réalité sont mis en suspens. Il y a à saisir un mouvement de va-et-vient entre le monde interne et la réalité extérieure. C'est de ce mouvement et de l'interdépendance constitutive entre dedans et dehors que va découler progressivement la séparation avec l'objet mère, et l'installation au-dedans d'un objet fiable qui ne sera plus à rechercher constamment à l'extérieur. On saisit dès lors la notion de progressivité nécessaire de ce passage entre un état

de fusion, d'indifférenciation à un état de séparation/différenciation sujet-objet, finalement rendu possible de par la constitution de l'objet interne. C'est parce que le bébé acquiert la capacité à se calmer seul qu'il peut se séparer de l'objet maternel. L'instauration d'un bon objet interne va bien sûr dépendre des relations aux objets externes et, partant, du développement des phénomènes transitionnels. Citons les deux situations extrêmes où la transitionalité

est entravée; lorsque l'environnement est trop frustrant et que la réalité s'impose trop brutalement, de manière traumatique, le psychisme se désorganise et l'établissement d'un objet interne solide ne peut se faire. Ciccone le dit en ces termes: «Le préalable à la symbolisation de l'absence, c'est la symbolisation de la présence. Si on a pu oublier l'objet en sa présence, on pourra symboliser son absence; sinon la perte ne produira pas de symbolisation mais que de la détresse». A l'inverse, un objet externe toujours satisfaisant, comblant, ne va pas permettre le



nécessaire et progressif décollement entre sujet-objet, la psyché n'étant alors pas poussée à faire son travail d'intériorisation progressive de l'objet externe afin de le constituer en objet interne. Nous sommes là face à un défaut dans l'instauration de l'objet interne, défaut dans la capacité à mentaliser et symboliser. On peut dire que le fonctionnement mental est insuffisant, ce qui ne permet pas l'homéostasie interne du sujet, c'est-à-dire la capacité à s'autoréguler sur le plan affectif et émotionnel. Lorsque ces premiers moments se passent mal, c'est une relation addictive à la mère, à l'objet externe, qui va se créer, addiction à la présence de la mère et à ses soins (par exemple, l'enfant qui ne peut pas du tout s'endormir seul car, en l'absence du parent, tout se passe comme si ce dernier

n'existait plus dans la pensée du bébé, qui ne peut pas se consoler et se contenir par sa seule pensée, il a besoin de la présence réelle de son parent, soit du recours à la perception).

Mais poursuivons avec cet objet d'amour (et de haine) dont le sujet dépendant vient nous parler en tout premier lieu. Cet objet capable de soulager tous les maux, tous les états affectifs, de l'angoisse au plaisir débordant et ingérable,

parfois même dans une indifférenciation totale entre les souffrances qui relèvent du somatique et celles qui relèvent du psychique. Le caractère répétitif, réitératif du comportement addictif et le besoin impérieux, quotidien de la substance me font associer sur l'image de la passoire, du puits sans fond, soit d'un contenant qui ne parvient pas à contenir, à garder à l'intérieur. De l'impossibilité de compter sur un monde interne sécurisant découle la dépendance à la réalité de l'objet externe. Il y a alors bataille quotidienne pour tenter de maintenir un équilibre économique

interne suffisant et nécessaire à la survie narcissique, psychique, du sujet. Dans cette dynamique, la perte ou la séparation avec l'objet d'addiction n'est pas envisageable en raison de sa fonction narcissique, vitale, fondamentale.

Pour McDougall, il y a défaut dans « la maturation normale des phénomènes transitionnels », processus qui, nous l'avons vu, permet l'autonomie psychique du sujet, la capacité d'être seul avec soi-même, la capacité de s'autoréguler et de se soigner soi-même. Pour cette auteure, les objets d'addiction sont caractérisés de « transitoires » et non « transitionnels ». Les objets transitoires étant utilisés comme objets de substitution toujours à disposition, totalement maîtrisables et permettant au sujet de trouver un état de satisfaction avec soi-même, indépendant de toute volonté d'un autre, soit une situation qui se caractérise par une forme de toute puissance évinçant tout risque inhérent au contact avec un autre. L'objet d'addiction est une sorte d'idéal narcissique pathologique : « Je peux tout faire tout seul ; je contrôle magiquement mon objet et je l'utilise quand je veux, comme je veux. ». Or, « l'objet transitoire n'ouvre pas à la potentialité mentale ». Il y a recherche inlassable dans la réalité externe d'un objet capable de combler et calmer les manques, frustrations et débordements internes. Celui-ci vient « remplir une fonction maternelle que la personne addictive est incapable de faire pour elle-même ». On est dans le domaine de la non-représentation, non-symbolisation, non-métaphorisation. Le passage est dès lors inéluctable entre un premier état illusoire de toute puissance et un vécu de contrainte intérieure, d'aliénation de son propre soi tant la dépendance à l'objet d'addiction « choisi » est impérieuse (par exemple, les patients qui ne vivent plus que pour leur dépendance, au détriment de tant d'aspects de leur vie et qui consultent généralement à ce moment).

Dans ce contexte, tout l'enjeu de la psychothérapie psychanalytique avec ces patients va se situer dans l'instauration-consolidation de cet objet interne inexistant ou très abîmé, ce qui va permettre progressivement un éloignement, puis un détachement de l'objet ou un comportement d'addiction au profit de l'investissement d'autres domaines de la vie. En d'autres termes, il va s'agir de permettre au patient de passer de son

addiction à un élément de la réalité externe à une meilleure capacité à pouvoir s'appuyer sur son monde interne, sur ses capacités propres. Ce processus nécessite l'instauration d'une relation thérapeutique au long court, au sein de laquelle le patient va pouvoir transférer sur le plan de la relation thérapeutique son penchant addictif. Il va s'instaurer entre le patient et le psychothérapeute une relation de profonde dépendance, tou-

Dans ce contexte, tout l'enjeu de la psychothérapie psychanalytique avec ces patients va se situer dans l'instauration-consolidation de cet objet interne inexistant ou très abîmé, ce qui va permettre progressivement un éloignement, puis un détachement de l'objet ou un comportement d'addiction au profit de l'investissement d'autres domaines de la vie.

tefois sans que celle-ci ne devienne aliénante, ceci notamment à travers la mise en mots de ce qui se joue sur la scène transféro contre-transférentielle, mais également grâce au cadre de thérapie, garant de ce qui peut ou non s'y passer (le psychothérapeute ne va pas abuser de la dépendance du patient à son égard). Le psychothérapeute est en devoir d'accepter de devenir pour un temps en quelque sorte un substitut de l'objet d'addiction.

Je pense à ce patient, en cure de méthadone depuis quelques années, avec qui un véritable processus psychothérapeutique s'est

mis en route depuis un an environ, le patient s'organisant avec son travail pour pouvoir venir me voir, avec plaisir, une fois par semaine et à l'heure, ce qui avait été compliqué jusque-là. Par ailleurs, dans sa vie, il est dans une évolution tout à fait épanouissante. Actuellement, il peine cependant à terminer son sevrage, restant depuis plusieurs semaines à 1mg de méthadone, alors que nous sommes dans une phase d'élaboration de ses affects massifs de dépendance à l'égard de sa psychothérapie avec

émergence claire d'angoisses abandonniques, notamment en lien avec une histoire marquée par les ruptures durant l'enfance. Dernièrement, nous avons discuté à sa demande diverses possibilités pour la suite de la thérapie, par exemple s'il poursuit ou non la prise de ce dernier milligramme de méthadone, mais envisageant également des situations où je viendrais à changer mes horaires, à quitter l'institution, etc. Tout l'enjeu actuel est de permettre que ce besoin de l'objet, vivant cette fois-ci, devienne tolérable et que la perspective d'une séparation puisse se transformer en un manque représentable et supportable, processus qui, s'il est vécu sur la scène psychothérapeutique pourra être réitéré dans la vie réelle.

Dans la rencontre avec les patients présentant une problématique d'addiction, le rapport à la dépendance se joue particulièrement vite et bien souvent dans la négation de l'autre, le psychothérapeute. Concrètement, cela peut impliquer de passer par des phases où l'on est malmené, non considéré, que ce soit à travers les entretiens manqués ou divers *actings* du quotidien thérapeutique et institutionnel qui tentent de nous mettre pour un temps hors-jeu. Rappelons que ces patients ont mis en place au cours de leur vie un fonctionnement psychique qui implique le recours à un objet externe hors du domaine du vivant, du relationnel, évinçant de ce fait la question de l'altérité. Autant ces patients sont habiles pour tenter de nier ce qui appartient au domaine du lien, thérapeutique en ce qui nous concerne ici, autant nous pouvons entendre ces mille attaques quotidiennes comme résultant de leur difficulté à être dans une véritable relation. Ils tentent par tous ces moyens de contrôler l'objet-thérapeute de la même manière qu'ils ont le contrôle sur le produit ou comportement addictif. Mais si on parvient à traverser ces phases, souvent durant les débuts de traitements, c'est une potentielle ouverture vers un travail autour de la transitionalité décrite plus haut qui peut se mettre en place et, à terme, favoriser l'instauration d'un objet interne fiable, sur lequel le sujet va pouvoir compter, un objet gage de sa liberté intérieure et de son potentiel relationnel.

Le premier jet de cet article fut une réflexion autour du phénomène des rendez-vous manqués, si familiers dans nos consultations. Ils n'ont

finalement été qu'évoqués parmi les *actings* négatifs du quotidien thérapeutique, ne pouvant en effet être qu'envisagés en lien avec une problématique plus complexe. On observe d'ailleurs très clairement une nette diminution des entretiens manqués dès lors que les patients osent se risquer à s'investir dans un véritable lien thérapeutique, lorsqu'ils découvrent le plaisir dans l'échange avec un autre. Dans le cas des patients sous méthadone, le traitement vient alors se placer clairement au second plan au profit de la psychothérapie, qui se poursuit, elle, au-delà de la cure. A ce stade, les patients se vivent moins menacés et, de fait, moins enclins à contrôler l'autre et leurs propres sentiments de dépendance à son égard, en ne venant pas par exemple. On peut dire qu'ils sont plus à même de pouvoir compter sur leur propre psychisme, que leur bon objet interne est en voie de constitution-consolidation ou, en des termes plus habituels, que leur confiance en eux-mêmes est améliorée, les rendant plus autonomes et moins dépendants de la réalité externe.

Bibliographie

- Évelyne Chauvet, « L'addiction à l'objet: une dépendance passionnelle », *Revue française de psychanalyse*, 2/2004 (Vol. 68), p. 609-622.
- Albert Ciccone et coll., « Naissance et développement de la vie psychique », ERES, 2010.
- Alain Fine, « Entretien sur la boulimie avec Joyce McDougall », *Monographies de la Revue française de psychanalyse*, 1991, pp. 143-151.
- Jean-Pierre Lehmann, « A propos des conduites addictives », ERES, 2007, p. 245-255.
- Vladimir Marinov, Joyce McDougall et coll., *Anorexie, addictions et fragilités narcissiques*, éd. Presses Universitaires de France, 2001.
- Joyce McDougall, *Théâtre du Je*, 1982, Paris, Folio, 2004.
- Marie Rose Moro, « Entretien avec Joyce McDougall », *Le Carnet PSY* 7/2001 (n° 67), p. 20-27.
- Jean-François Rabain, « Le maternel et la construction psychique chez Winnicott », conférence d'introduction à la psychanalyse de l'adulte, 10 octobre 2002.
- Donald Woods Winnicott, *Jeu et réalité, l'espace potentiel*, Folio, 2004.



Jean-Marie Rossier
Psychologue psychothérapeute FSP

Philosophie et pratique des soins au Centre Phénix Grand-Pré

Jean-Marie Rossier pour l'équipe soignante du Centre Phénix Grand-Pré

C'est une chose de traiter une maladie comme l'addiction, c'en est une autre de prendre en soins des personnes qui en souffrent.

Il en va comme du jardinier : il traite les maladies qui risquent de tuer la plante et il lui prodigue aussi des soins réguliers pour l'aider à croître et à vivre.

Le traitement de l'addiction ne va pas sans les soins aux personnes et les soins sont vains sans traitement ; il ne sert à rien de mourir guéri ou de survivre malade.

Les protocoles thérapeutiques pour traiter les addictions sont bien documentés, les interventions pour prendre en soins les personnes ou pour les aider à prendre soin d'elles-mêmes sont plus intuitives ; elles s'enrichissent par la qualité des relations de confiance et de collaboration entre les soignants et les personnes.

Chaque patient en traitement est accompagné par un thérapeute-référent. Au traitement de l'addiction se joignent des soins à visée psychologique

et sociale. Si survivre à une maladie qui peut tuer est vital, apprendre ou réapprendre à vivre est essentiel.

Selon les besoins et les attentes des personnes, les thérapeutes médecins ou psychologues prodiguent des suivis de traitement, des soutiens psychologiques et / ou des psychothérapies.

Depuis le début de l'année 2012, un « Programme de crise » est en place, à l'attention de patients traversant une période de souffrance aiguë, parfois faite de rechute dans l'addiction ou de décompensation psychiatrique.

Pour ce qui est des traitements et des soins psychologiques, de nombreuses approches psychothérapeutiques permettent de proposer des interventions sur mesure et diversifiées qui se centrent, selon leurs fondements théoriques, sur les comportements et les pensées (thérapie comportementale et cognitive), sur la maîtrise des émotions (thérapie comportementale dialectique), sur les interactions familiales (thérapie systémique), sur la dynamique personnelle et les conflits in-

conscients (thérapie psychodynamique), sur les traumatismes (EMDR ou Désensibilisation et Retraitement des informations avec l'aide de Mouvements oculaires) ou sur les ressources (hypnose).

Des conseils et accompagnements sociaux ainsi que des interventions corporelles telles que l'auriculothérapie NADA (National Acupuncture Detoxification Association), les massages assis ou encore la marche active complètent l'offre des soins, ainsi que deux groupes thématiques, « Un moment entre femmes » et un groupe centré sur la régulation de la colère.

Depuis le début de l'année 2012, un « **Programme de crise** » est en place, à l'attention de patients traversant une période de souffrance

aigüe, parfois faite de rechute dans l'addiction ou de décompensation psychiatrique.

Afin de favoriser le rétablissement dans le milieu naturel et habituel et d'éviter une hospitalisation parfois invalidante et peu utile ainsi qu'une rupture dans les soins ambulatoires, un programme de soins multiples est convenu entre le patient et son référent. Sont alors programmées à la semaine des interventions multidisciplinaires ainsi qu'une évaluation de l'évolution des soins et de l'état de santé du patient.

La disponibilité accrue des soignants, un cadre connu et contenant ainsi que des interventions multiples permettent d'intensifier les soins dans le temps et de mobiliser directement les ressources du patient afin d'augmenter le sentiment d'efficacité personnelle ainsi que celui de l'équipe soignante.

Dans ce cadre ajusté, l'expression de la souffrance et des difficultés, l'amorce de changements, l'intérêt et la nécessité de prendre soin de soi sont favorisés.

Il s'agit pour le naufragé et son équipage d'expérimenter que l'on peut traverser la tempête ensemble et que l'on peut survivre à la crise ; les relations interpersonnelles en ressortent généralement renforcées.

Une action particulière se développe pour une **offre de soins en groupe**.

Dans le face à face des thérapies individuelles, la partition est parfois trop rigide et les rôles trop figés : le patient est paralysé dans la plainte, le thérapeute est guidé et focalisé sur la souffrance.

L'expérience en groupe est souvent différente : le patient devient un participant parmi d'autres, le thérapeute devient animateur, la dynamique et la vie sont encouragées. Par ailleurs, le groupe offre l'occasion à chacun de se risquer à l'autre, de le soutenir, de communiquer voire de communier avec lui. Dans un cadre sécurisant, on expérimente des compétences relationnelles et des habiletés sociales.

Les groupes traitent préférentiellement de thèmes fédérateurs, centrés sur des fonctionnements ou des ressources communes et non sur des déficits ou des échecs personnels. La place au trouble, à l'addiction et à la marginalité est vite laissée au profit de celle d'une humanité très ordinaire, l'animal même blessé redevient social.

On retourne ainsi le gant, en se centrant sur ce qui va et en apprenant tout en entraînant de nouvelles manières de faire. C'est l'occasion parfois pour chacun de se surprendre et de surprendre l'autre en se présentant sous un autre visage, la part aux rires et aux sourires y étant d'ailleurs belle. Il est aussi possible de quitter son étiquette voire son identité de malade pour juste être en lien avec d'autres, le sentiment d'appartenance est caressé, la solitude est contrariée.

Un des enjeux majeurs nous semble de proposer nos nouvelles offres de soins, il faut combattre le confort des habitudes et le ronronnement des couples en relation de soins.

Le chef doit vendre sa nouvelle carte aux anciens clients si habitués, aux papilles frileuses ; en cuisine, il faut se risquer aussi pour proposer de nouveaux goûts à côté des recettes classiques. Les nouveaux clients sont sans doute plus réceptifs, les habitués seront plus à persuader.

Les sentiers trop battus emmènent toujours aux mêmes endroits, les ornières ont pour vocation de se creuser. Risquons-nous et risquons nos patients à des chemins nouveaux ou de traverse pour s'écarter de la routine et de la chronicité.



Marisa Baldacci
Assistante sociale
Centre Phénix Chêne

L' « espace Y-A-KA », espace transitionnel visant à réanimer le lien

Marisa Baldacci, Gaëtan Le Toux

1. «L'espace Y-A- KA» qu'est ce que c'est ?:

- c'est l'implantation, au Centre Phénix Chêne (soins ambulatoires), d'un modèle de cogestion et de participation citoyenne à un rythme de 1x/mois pour des «cafés associatifs» et 1x/trimestre pour des «événements participatifs» ;
- c'est un groupe socio-thérapeutique de promotion de la santé co-animé par une assistante sociale et un infirmier.

«J'ai décidé d'être heureux par ce que c'est bon pour la santé»

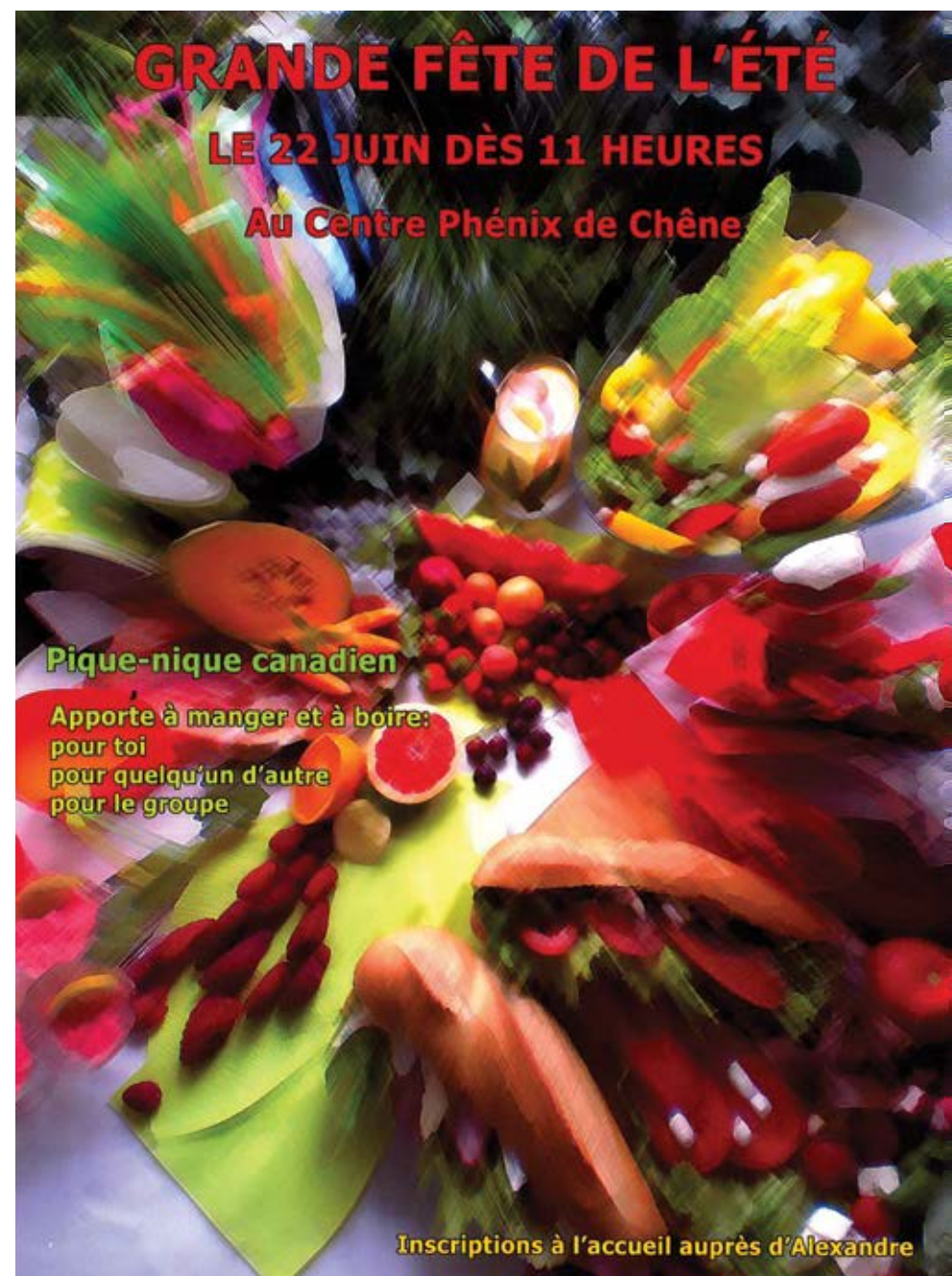
Voltaire

2. «L'espace Y-A- KA» répond à quels besoins ?:

- il répond **au besoin sociétal** d'éviter les processus d'exclusion et de fracture sociale.

Comment ?

- en utilisant le rire et la bonne humeur pour stimuler un climat de confiance propice à l'émergence du lien social.



© Sacha Miesegeaes

- il répond **au besoin des patients et des soignants** d'améliorer leur état de santé.

Comment ?

- en testant un nouveau type de soin non plus centré sur le patient mais sur la **PROMOTION DE LA SANTE GLOBALE** en osant expérimenter un soin écosystémique : **un Ecosoin**.

3 «L'espace Y-A- KA» valorise trois capacités :

- le plaisir et la joie partagés lors des rencontres ;
- l'effort dans l'engagement sur des projets ;
- le principe de non catégorisation : durant ce groupe, nous ne sommes plus des patients et des soignants mais des co-partenaires.

*«Seuls les esprits étroits font une distinction entre les hommes»
Grand Lama de Saskya*

4. Quels ont été les événements «Y-A-KA» ? :

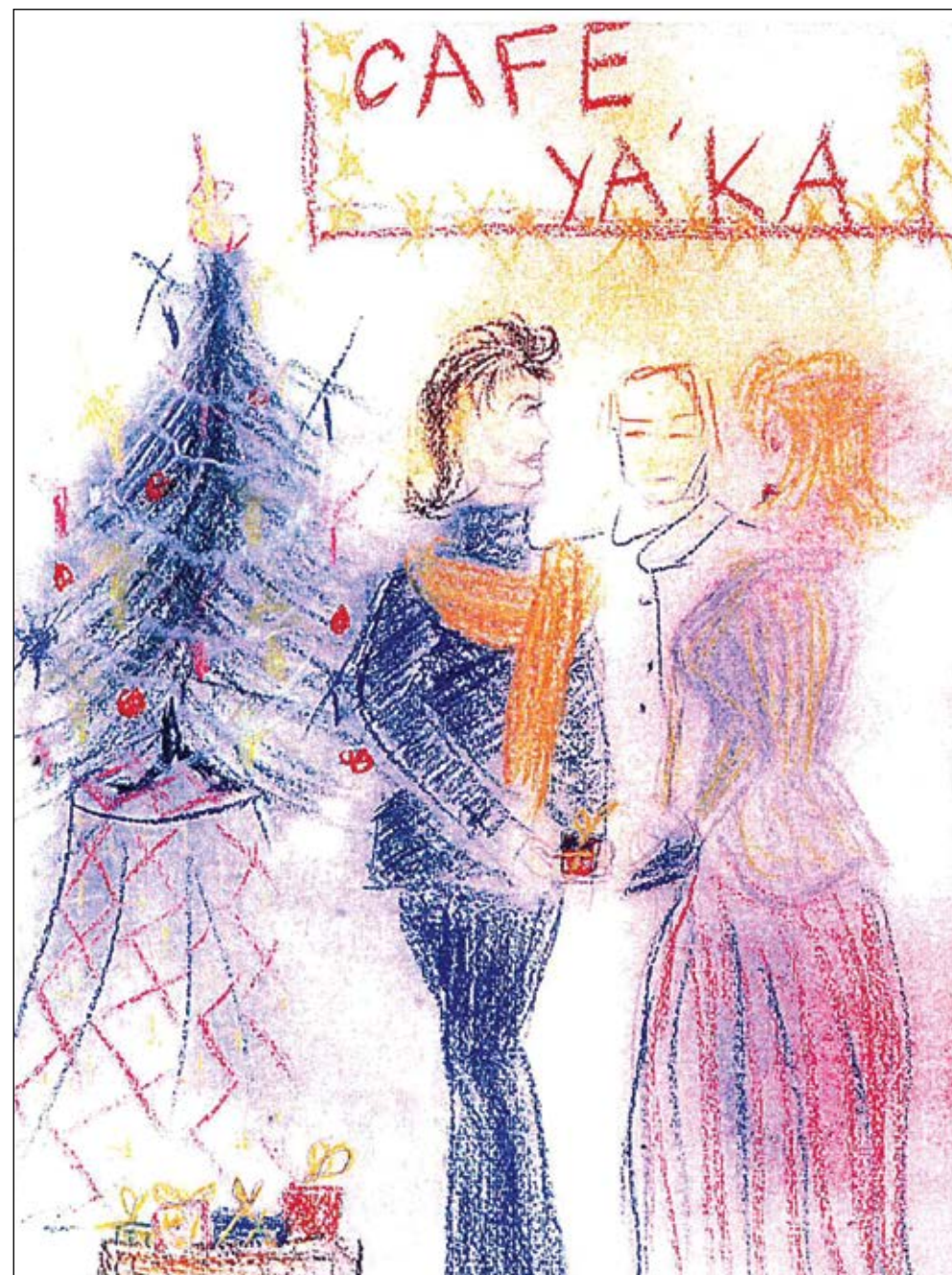
- mars 2012 : visite de l'exposition du musée Bodmer sur Carl Gustav Young ;
- juin 2012 : pique-nique et grillade au Centre Phénix Chêne organisés par les patients ;
- septembre 2012 : partage d'un dîner convivial ;
- décembre 2012 : fête de Noël avec échange de présents, organisée par les patients ;
- mars 2013 : invitation par un club d'archers pour une initiation au tir à l'arc.

5. Résultats de «L'espace Y-A- KA» observés sur une année :

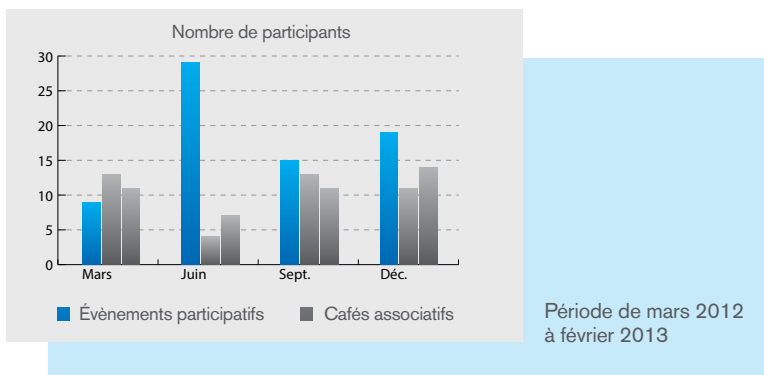
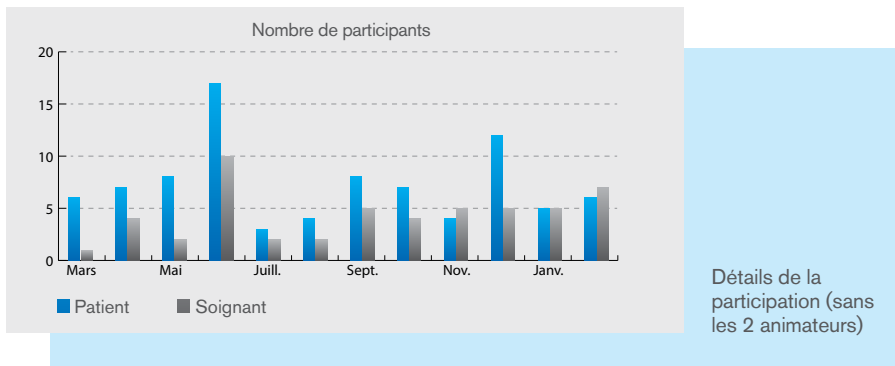
En 12 mois, il y a eu une alternance de 4 «événements participatifs (trimestriels)» et de 8 «cafés associatifs (mensuels)».

Le tableau ci-contre indique la moyenne de participation par type d'événement sur les 12 mois :

| Type de groupe | patients | soignants |
|--------------------------|----------|-----------|
| Cafés associatifs | 5.5 | 3.9 |
| Événements participatifs | 10.75 | 5.25 |



© Eric R.



6. Sur quel modèle de financement s'appuie ce projet de soin ? :

C'est un financement communautaire et participatif. En dehors du modeste apport de la Fondation Phénix, « L'espace Y-A-KA » s'auto-finance exclusivement par des donations privées, le plus souvent anonymes ; nous profitons ici de remercier ces donateurs.

7. Conclusion

Après une année d'expérimentation, nous pouvons valider que ce type de groupe basé sur la coévolution et la coparticipation fonctionne bien, il est d'ores et déjà reconduit en 2013.

Enfin, ces rencontres nous ont montré l'importance de préserver des « espaces » d'authenticité, de simplicité dans une relation thérapeutique.

« Qui déplace une montagne commence par déplacer de petites pierres »

Confucius



Marisa Baldacci : assistante sociale / **Gaëtan Le Toux** : infirmier



Sindy Guelpa Chardon
Infirmière
Centre Phénix Chêne

Mélina Bernardo
Infirmière
Centre Phénix Chêne

Atelier femmes, « parce qu’elles le valent bien... »

A force de discussions entre collègues sur la prise en soins et les améliorations possibles, l’idée a mûri de proposer un espace dédié spécifiquement aux femmes. C’est ainsi qu’il y a un an, se déroulait la première session de « l’atelier femmes » au Centre Phénix Chêne...

Trois fois dans l’année, deux infirmières (Mélina Bernardo et Sindy Guelpa Chardon) animent un module composé de quatre sessions les jeudis après-midi (de 14.30 à 16.00) où sont proposées des approches diverses : soins du visage, soins des cheveux, manucure, massage... En outre, nous proposons l’intervention bénévole de deux professionnels en esthétique et coiffure pour des conseils personnalisés très appréciés par les patientes. Nous profitons de cette occasion pour remercier très chaleureusement nos deux bénévoles, Madame Liliane Moreno, ancienne maquilleuse à la Télévision Suisse Romande et Monsieur Jean-Marc Maniatis, coiffeur parisien de renom, pour s’être investis, avoir apporté leurs connaissances professionnelles et consacré du temps à nos patientes.

L’accent a été mis sur une atmosphère chaleureuse, accueillante, invitant à la détente et à la convivialité. Nous souhaiterions amener les patientes à se (re)découvrir, à développer leur féminité, à vivre avec leur corps une relation

empreinte de douceur et de respect. L’objectif principal serait donc de revaloriser la personne grâce au médiateur corporel ; prendre soin de soi, c’est se donner l’opportunité de renforcer son estime de soi.

Par ailleurs, nous aimerions offrir, un lieu où échanger et partager des vécus typiquement féminins.

Notre projet rejoint la socio-esthétique, pratique professionnelle de soins esthétiques visant une population souffrante et fragilisée par une atteinte à son intégrité. Cette discipline, très médiatisée dernièrement, mais existant depuis plus de trente ans, permet une prise en charge holistique de la personne. Les soins sont apportés à l’enveloppe corporelle : amélioration de la peau par des techniques esthétiques et des produits adaptés, ma-

quillage correcteur, amélioration de la sensation de bien-être grâce à un toucher agréable, reposant et à l’effet rafraîchissant des produits de beauté ainsi qu’à leur odeur. Le rôle de la socio-esthéticienne ne se limite toutefois pas aux soins physiques. En effet, sur le plan psychologique, elle permet une approche différente, une écoute non-médicalisée et aide à

Sur le plan psychologique, la socio-esthétique permet une approche différente, une écoute non-médicalisée et aide à revaloriser l’image corporelle ainsi que l’estime de soi.

revaloriser l’image corporelle ainsi que l’estime de soi. Par ailleurs, les patientes sont plus détendues pour recevoir les soins traditionnels. C’est ainsi que la socio-esthéticienne a toute sa place dans la collaboration interdisciplinaire.

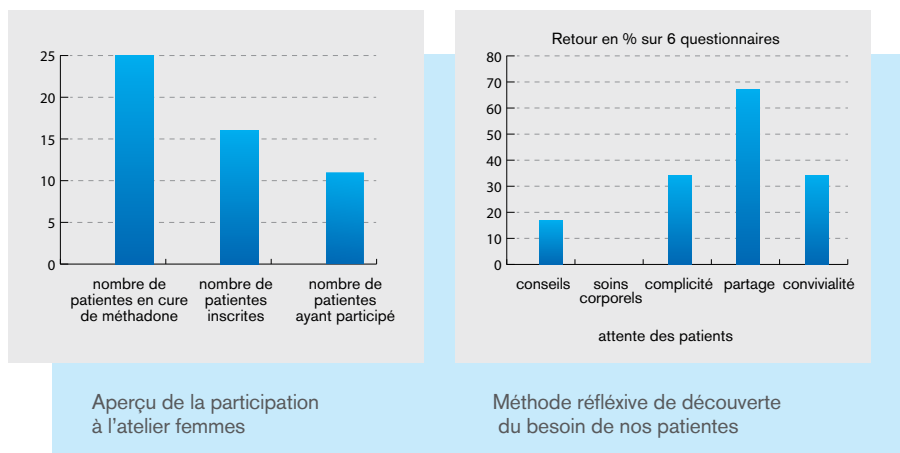
Pour terminer, nous pourrions faire part du retour des patientes, recueilli grâce à des questionnaires d’évaluation. Il en ressort un vécu positif de convivialité, de partage et de complicité. Peu de femmes ont exprimé leur besoin de recevoir des conseils et aucune n’a mentionné une attente

par rapport aux soins apportés. Il est à noter aussi une dissonance entre la forte envie de participation des patientes et leur difficulté à venir aux ateliers (aucune n'a participé au module complet).

De la même façon, notre retour est satisfaisant. Nos objectifs requièrent du temps, de la patience et quelle que soit la part prise par les personnes, nous pensons que cela reste une opportunité bienfaisante pour les patientes ainsi que pour nous.

Données complémentaires

- âge moyen des participantes : 38.9 ans
- pourcentage de femmes travaillant : 0%
- stages et activité protégée : 18.2%



Références bibliographiques :

- Revue de l'infirmière, février 2013 – « Apports de la socio-esthétique en EHPAD ».
- Médecine & Hygiène, 2002/2 – « Une nouvelle approche en soins palliatifs : la socio-esthétique ».



La thérapie cognitivo-comportementale (TCC), une méthode efficace dans le traitement des patients présentant une addiction à la cocaïne

Dr Marina Croquette Krokhar, Dr phil. Sylvie Petitjean, Dr François Crespo

Comme démontre le dernier rapport du monitoring suisse des addictions publié par l'Office Fédéral de la Santé Publique (2012), la consommation et l'addiction à la cocaïne reste un enjeu majeur de santé publique. 3% de la population résidant en Suisse et âgée de 15 ans et plus a déjà consommé de la cocaïne, 0,4% a rapporté en avoir consommé au moins une fois au cours des 12 derniers mois et 0,2% au cours des derniers 30 jours. Une comparaison avec les chiffres des dernières dix années indique que la consommation en Suisse est restée stable durant les dernières cinq années, voire même a légèrement diminué.

Contrairement au traitement par la méthadone (ou par d'autres produits de substitution) des personnes ayant une addiction aux opiacés, il n'existe à ce jour pas encore de médicaments ayant démontré une efficacité pour un grand nombre de patients présentant une addiction à la cocaïne. C'est pour cette raison qu'il est important d'évaluer un programme thérapeutique comme la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) dans le traitement de l'addiction à la cocaïne en Suisse, cette approche ayant déjà fait ses preuves aux Etats-Unis.

Dirigée par le Dr Marina Croquette Krokhar et le Dr Sylvie Petitjean, et soutenu par les équipes du Centre Phénix Plainpalais, du Centre Phénix Chêne et du Centre du traitement des addictions de l'Université de Bâle, un projet de recherche clinique a été mené de 2008 à 2012, afin de mesurer l'efficacité de la TCC dans le traitement des patients présentant une addiction à la cocaïne selon une thérapie individuelle sur six mois. Cette étude a été financée par le Fonds National Suisse (FNS) et est en phase d'achèvement.

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) comporte plusieurs phases :

1. Créer une alliance thérapeutique.
2. Travailler sur la motivation (abstinence ou réduction de la consommation).
3. Travailler sur tout ce qui est « consommation réflexe » : cette étape explore tout ce qui précède et entretient la consommation.
4. Apprendre à gérer son stress : il faut donner des armes au patient pour que le recours au produit ne soit pas la seule solution.
5. Apprendre à résister à l'envie de consommer (ce que l'on appelle le « *craving* ») par des techniques de relaxation.

3% de la population résidant en Suisse et âgée de 15 ans et plus a déjà consommé de la cocaïne.

6. Changer de vie, repérer les frustrations et trouver des moyens créatifs, attrayants et imaginatifs et sains. Ce dernier point, issu de la psychologie positive, repose sur le fait

que le patient a beaucoup plus de ressources qu'il ne croit.

7. Redonner confiance, redonner de l'estime de soi, aider à résoudre les problèmes.

Certains articles scientifiques ont déjà évoqué l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) en tant qu'approche dans le traitement de l'addiction à la cocaïne. Pour cette raison, il est important de former plus de médecins et de psychologues dans l'approche TCC, afin de répandre cette forme de psychothérapie en Suisse. Jusqu'à ce jour, seules certaines villes comme Genève, Zürich, Winterthur et Bâle offrent ce genre de soins. Concernant l'étude dont il est question, toutes les données statistiques ont été recueillies et sont en cours de traitement pour être publiées courant 2013.

Dons à la fondation Phénix

Nous remercions toutes les personnes et sociétés qui nous ont soutenus d'une façon ou d'une autre dans nos activités, en particulier celles qui ont effectué un don à la fondation durant l'année 2012.

Dons Divers

Don de la Fondation **Hans Wilsdorf** Frs 20'000
affecté à l'aménagement des nouveaux locaux
du Centre Phénix Mail pour adolescents et
jeunes adultes

Don **Laboratoire MGD** Frs 13'000

Don **anonyme**
affecté au département social
du Centre Phénix Chêne Frs 1'000

Don **MIGROS** affecté à l'« atelier femmes »
du Centre Phénix Chêne Frs 500

berney associés

FONDATION PHENIX

Chêne-Bougeries

rapport de l'organe de révision sur le
contrôle ordinaire de l'exercice 2012 au
conseil de fondation

Genève, le 26 avril 2013

RAPPORT DE L'ORGANE DE REVISION SUR LE CONTRÔLE ORDINAIRE DE L'EXERCICE 2012 AU CONSEIL DE FONDATION DE LA FONDATION PHENIX, CHENE-BOUGERIES

Mesdames, Messieurs les membres du Conseil de fondation,

En notre qualité d'organe de révision, nous avons effectué l'audit des comptes annuels ci-joints de la FONDATION PHENIX, Chêne-Bougeries, comprenant le bilan, le compte de fonctionnement, le tableau de flux de trésorerie, le tableau de variation des capitaux propres, le tableau de variation des fonds affectés et l'annexe pour l'exercice arrêté au 31 décembre 2012.

Le contrôle ordinaire des indications de l'exercice précédentes mentionnées dans les comptes annuels a été effectué par un autre organe de révision, lequel a émis son rapport en date du 24 avril 2013 sans réserve ni remarque ou information complémentaire, mais dans lequel il n'a pas pu confirmer l'existence d'un système de contrôle interne.

Selon la Swiss GAAP RPC 21, les indications du rapport de performance ne sont pas soumises à l'obligation de contrôle de l'organe de révision.

Responsabilité du Conseil de fondation

La responsabilité de l'établissement des comptes annuels, conformément aux normes Swiss GAAP RPC, aux dispositions légales et aux statuts, incombe au Conseil de fondation. Cette responsabilité comprend la conception, la mise en place et le maintien d'un système de contrôle interne relatif à l'établissement et la présentation des comptes annuels afin que ceux-ci ne contiennent pas d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs. En outre, le Conseil de fondation est responsable du choix et de l'application de méthodes comptables appropriées, ainsi que des estimations comptables adéquates.

Responsabilité de l'organe de révision

Notre responsabilité consiste, sur la base de notre audit, à exprimer une opinion d'audit sur les comptes annuels. Nous avons effectué notre audit conformément à la loi suisse et aux Normes d'audit suisses (NAS). Ces normes requièrent de planifier et réaliser l'audit pour obtenir une assurance raisonnable que les comptes annuels ne contiennent pas d'anomalies significatives.

Un audit inclut la mise en œuvre de procédures d'audit en vue de recueillir des éléments probants concernant les valeurs et les informations fournies dans les comptes annuels. Le choix des procédures d'audit relève du jugement de l'auditeur, de même que l'évaluation des risques que les comptes annuels puissent contenir des anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs. Lors de l'évaluation de ces risques, l'auditeur prend en compte le système de contrôle interne relatif à l'établissement des comptes annuels, pour définir les procédures d'audit adaptées aux circonstances, et non pas dans le but d'exprimer une opinion sur l'efficacité de celui-ci. Un audit comprend, en outre, une évaluation de l'adéquation des méthodes comptables appliquées, du caractère plausible des estimations comptables effectuées ainsi qu'une appréciation de la présentation des comptes annuels dans leur ensemble. Nous estimons que les éléments probants recueillis constituent une base suffisante et adéquate pour former notre opinion d'audit.

J.

Membre de la Chambre fiduciaire | Crowe Horwath International

Berney & associés sa
société fiduciaire

8, rue du sapin
case postale 6706
1211 Genève 6
T +41 58 234 90 00
F +41 58 234 90 01

4, rue étienn
case postale 6199
1002 Lucerne
T +41 58 234 91 90
F +41 58 234 91 91

1, rue arthur garrett
case postale 284
1000 Vevey
T +41 58 234 90 20
F +41 58 234 90 05

berneyassociés.com

Opinion d'audit

Selon notre appréciation, les comptes annuels pour l'exercice arrêté au 31 décembre 2012 donnent une image fidèle du patrimoine, de la situation financière et des résultats en conformité avec les normes Swiss GAAP RPC (en particulier la norme RPC 21).

En outre, ils sont conformes à la loi suisse, aux statuts, aux articles de lois traitant de l'établissement et de la présentation des comptes annuels contenus dans les dispositions légales de la République et Canton de Genève (LGAF, LSGAF, LIAF, RIAF) et aux directives étatiques.

Rapport sur d'autres dispositions légales

Nous attestons que nous remplissons les exigences légales d'agrément conformément à la loi sur la surveillance de la révision (LSR) et d'indépendance (art. 728 CO) et qu'il n'existe aucun fait incompatible avec notre indépendance.

Dans le cadre de audit, conformément à l'article 728 alinéa 1 chiffre 3 du Code des Obligations et à la Norme d'audit suisse 890, nous avons constaté qu'un système de contrôle interne relatif à l'établissement des comptes annuels défini selon les prescriptions du Conseil de fondation n'était pas encore entièrement adapté aux risques de l'entreprise eu égard à sa taille, à sa complexité et à son profil de risque. Nous vous renvoyons au point 11 de l'annexe pour de plus amples explications.

Selon notre appréciation, le système de contrôle interne n'est pas conforme à la loi suisse. Par conséquent, nous ne pouvons pas confirmer l'existence d'un système de contrôle interne relatif à l'établissement et à la présentation des comptes annuels.

Nous recommandons d'approuver les comptes annuels qui vous sont soumis présentant un capital de la Fondation de CHF 2527'119, après comptabilisation du résultat positif de l'exercice de CHF 128'738.

Veillez croire, Mesdames, Messieurs les membres du Conseil de fondation, à l'expression de nos meilleurs sentiments.

BERNEY & ASSOCIÉS SA
Société fiduciaire

Gilles CHANEZ
Expert-réviseur agréé

Sébastien BRON
Expert-réviseur agréé
Réviseur responsable

- Annexes :**
- rapport de gestion comprenant le bilan, le compte de fonctionnement, le tableau de flux de trésorerie, le tableau de variation des capitaux propres, le tableau de variation des fonds affectés et l'annexe
 - rapport de performance (non audité)

Bilan au 31 décembre 2012

| ACTIF | Notes | 31.12.2012 | | 31.12.2011 | |
|------------------------------------|-------|------------|------------------|------------|------------------|
| | | CHF | CHF | CHF | CHF |
| Actif circulant | | | | | |
| Liquidités | 3.1 | | 1'079'056 | | 1'217'644 |
| Clients - débiteurs | 3.2 | 2'340'585 | | 2'117'153 | |
| Provision pour débiteurs douteux | 3.2 | (155'061) | 2'185'524 | (164'878) | 1'952'275 |
| Débiteurs divers | 3.3 | | 702 | | 463 |
| Comptes de régularisation actif | 3.4 | | 38'510 | | 63'972 |
| | | | 3'303'792 | | 3'234'354 |
| Actif immobilisé | | | | | |
| Autres immobilisations corporelles | 4.1 | | 543'238 | | 420'053 |
| Immobilisations en leasing | 4.1 | | 7'425 | | 17'740 |
| Garanties et dépôts | 4.2 | | 57'307 | | 41'599 |
| | | | 607'970 | | 479'392 |
| Actif immobilisé affecté | | | | | |
| Immeubles | 4.3 | | 1'220'000 | | 1'220'000 |
| | | | 1'220'000 | | 1'220'000 |
| TOTAL DE L'ACTIF | | | 5'131'762 | | 4'933'746 |

| PASSIF | Notes | 31.12.2012 | 31.12.2011 |
|---|-------|------------------|------------------|
| | | CHF | CHF |
| Capitaux étrangers à court terme | | | |
| Fournisseurs | 5.1 | 249'895 | 231'961 |
| Créanciers divers | 5.2 | 24'325 | 19'504 |
| Comptes de régularisation passif | 5.3 | 82'155 | 71'939 |
| Provision pour vacances et heures supplémentaires | 5.4 | 135'685 | 122'769 |
| Emprunt hypothécaire- part à court terme | 6.1 | 18'000 | 168'000 |
| Engagements leasing - part à court terme | 6.2 | 9'281 | 8'958 |
| Subventions non dépensées à restituer à l'échéance du contrat | 8.3 | 0 | 34'953 |
| | | 519'341 | 658'084 |
| Capitaux étrangers à long terme | | | |
| Emprunt hypothécaire - part à long terme | 6.1 | 630'000 | 648'000 |
| Engagements leasing - part à long terme | 6.2 | 0 | 9'281 |
| Subventions non dépensées à restituer à l'échéance du contrat | 8.3 | 17'302 | 0 |
| | | 647'302 | 657'281 |
| Capital des fonds | | | |
| Fonds affectés | 7.1 | 1'438'000 | 1'220'000 |
| | | 1'438'000 | 1'220'000 |
| Capital de la Fondation | | | |
| Capital de dotation | 8.1 | 100'000 | 100'000 |
| Capital libre généré reporté | 8.2 | 1'860'796 | 1'860'796 |
| Résultat reporté - exercices 2008 à 2011 | 8.3 | 437'585 | (9'285) |
| Résultat de l'exercice | 8.3 | 128'738 | 446'870 |
| | | 2'527'119 | 2'398'381 |
| TOTAL DU PASSIF | | 5'131'762 | 4'933'746 |

Compte de fonctionnement de l'exercice 2012

| | Notes | 31.12.2012 | 31.12.2011 |
|---|---------|--------------------|--------------------|
| | | CHF | CHF |
| Produits | | | |
| Revenus des soins médicaux | | 6'433'997 | 6'407'866 |
| Revenus des produits de pharmacie et divers | | 159'788 | 185'117 |
| Dons | | 14'500 | 10'000 |
| Subventions de fonctionnement | 9.1 | 995'460 | 997'960 |
| Autres produits d'exploitation | | 37'960 | 113'572 |
| Dissolution provision pour perte sur débiteurs | | 5'148 | 8'898 |
| Total produits de fonctionnement | | 7'646'853 | 7'723'414 |
| Charges | | | |
| Frais de conseils | | (13'880) | (24'680) |
| Charges de personnel | | (5'494'408) | (5'423'466) |
| Consultants et intérimaires | | (225'582) | (184'985) |
| Formation et autres charges | | (47'530) | (68'555) |
| Loyers | | (396'157) | (343'185) |
| Entretien des locaux | | (61'206) | (45'659) |
| Achats produits médico-pharmaceutiques | | (352'632) | (362'641) |
| Achats de matériel | | (39'029) | (41'873) |
| Entretien matériel | | (52'977) | (56'134) |
| Séminaires et congrès | | (35'838) | (35'712) |
| Pertes sur débiteurs | | (76'185) | (67'117) |
| Autres charges d'exploitation | | (360'150) | (474'510) |
| Total des charges de fonctionnement | | (7'155'574) | (7'128'517) |
| Résultat de fonctionnement avant amortissements, résultat financier et résultats des fonds | | 491'279 | 594'897 |
| Amortissements | | (132'329) | (153'625) |
| Résultat de fonct. avant résultat financier et résultat des fonds | | 358'950 | 441'272 |
| Produits financiers | | 7'537 | 8'899 |
| Charges financières | | (7'665) | (9'145) |
| Intérêts hypothécaires | | (17'386) | (20'433) |
| Résultat financier | | (17'514) | (20'679) |
| Résultat de fonctionnement avant éléments exceptionnels | | 341'436 | 420'593 |
| Produits sur exercices antérieurs | | 8'753 | 1'950 |
| Charges sur exercices antérieurs | | (6'149) | (2'462) |
| Produit exceptionnel | | 20'000 | 56'400 |
| Charge exceptionnelle | | 0 | (1'086) |
| Résultat éléments exceptionnels | | 22'604 | 54'802 |
| Résultat de fonctionnement avant résultat des fonds | | 364'040 | 475'394 |
| Charge fonds affecté Wilsdorf | | (20'000) | 0 |
| Produits différés fonds affecté Wilsdorf | | 2'000 | 0 |
| Résultat des fonds | | (18'000) | 0 |
| RESULTAT DE L'EXERCICE (AVANT REPARTITION) | | 346'040 | 475'394 |
| Part du résultat revenant à l'Etat | 8.4 | (17'302) | (28'524) |
| Attribution au fonds pour acquisition nouveaux locaux-Chêne | 7.1/8.4 | (200'000) | 0 |
| RESULTAT DE L'EXERCICE (APRÈS REPARTITION) | | 128'738 | 446'870 |

Tableau de flux de trésorerie au 31 décembre 2012

| | 31.12.2012 | 31.12.2011 |
|--|------------------|------------------|
| | CHF | CHF |
| Résultat de l'exercice après répartition | 128'738 | 446'870 |
| Part du résultat revant à l'Etat | 17'302 | 28'524 |
| Amortissements | 132'329 | 153'625 |
| Utilisation des fonds affectés | (2'000) | 0 |
| Attribution fonds pour acquisition nouveaux locaux - Chêne | 200'000 | 0 |
| (Dissolution) / Constitution de provisions | 3'099 | (21'583) |
| Marge brute d'autofinancement | 479'468 | 607'436 |
| Variation des actifs circulants | | |
| - Débiteurs | (223'432) | 164'877 |
| - Débiteurs divers | (239) | (23) |
| - Comptes de régularisation actif | 25'462 | (760) |
| Variation des engagements à court terme | | |
| - Fournisseurs | 17'934 | (24'690) |
| - Créanciers divers | 4'821 | (28'392) |
| - Comptes de régularisation passif | 10'216 | (383'179) |
| - Subventions non dépensées à restituer à l'échéance du contrat | (34'953) | 0 |
| Flux de fonds (utilisés pour) / provenant des activités d'exploitation | 279'277 | 335'268 |
| Acquisitions d'immobilisations corporelles | (245'199) | (64'329) |
| Variation des garanties et dépôts | (15'708) | (132) |
| Flux de fonds (utilisés pour) / provenant des opérations d'investissement | (260'907) | (64'461) |
| Remboursement de l'emprunt hypothécaire | (168'000) | (18'000) |
| Remboursement des engagements leasing | (8'958) | (22'871) |
| Encaissement des fonds affectés | 20'000 | 0 |
| Flux de fonds (utilisés pour) / provenant d'opérations de financement | (156'958) | (40'871) |
| Variation nette des liquidités | (138'588) | 229'936 |
| Liquidités au début de l'exercice | 1'217'644 | 987'708 |
| LIQUIDITES A LA FIN DE L'EXERCICE | 1'079'056 | 1'217'644 |
| A la date du bilan, les liquidités sont composées des éléments suivants | | |
| Avoirs en caisse | 8'502 | 9'726 |
| Avoirs auprès du CCP | 47'796 | 32'359 |
| Avoirs en banque | 1'022'758 | 1'175'559 |
| TOTAL DES LIQUIDITES | 1'079'056 | 1'217'644 |

Tableau de variation des capitaux propres pour les exercices 2011 et 2012

| | Capital de dotation | Capital libre généré reporté | Résultat reporté exercices 2008 à 2011 | Résultat de l'exercice | Total |
|---|---------------------|------------------------------|--|------------------------|------------------|
| | CHF | CHF | CHF | CHF | CHF |
| Situation au 1 ^{er} janvier 2011 | 100'000 | 1'860'796 | (373'334) | 364'049 | 1'951'511 |
| Attribution du résultat 2010 | 0 | 0 | 364'049 | 364'049 | 0 |
| Résultat de l'exercice 2011 | 0 | 0 | 0 | 446'870 | 446'870 |
| Situation au 31 décembre 2011 | 100'000 | 1'860'796 | (9'285) | 446'870 | 2'398'381 |
| Attribution du résultat 2011 | 0 | 0 | 446'870 | (446'870) | 0 |
| Résultat de l'exercice 2012 | 0 | 0 | 0 | 128'738 | 128'738 |
| SITUATION AU 31 DÉCEMBRE 2012 | 100'000 | 1'860'796 | 437'585 | 128'738 | 2'527'119 |

Tableau de variation des fonds affectés pour l'exercice 2012

| | Solde au 1 ^{er} janvier | Attribution | Transfert de fonds internes | Utilisation | Solde au 31 décembre |
|--|----------------------------------|---------------|-----------------------------|----------------|----------------------|
| | CHF | CHF | CHF | CHF | CHF |
| Fonds pour bien immobilier - PPE Plainpalais | 320'000 | 0 | 0 | 0 | 320'000 |
| Fonds pour acquisition nouveaux locaux - Chêne | 900'000 | 0 | 200'000 | 0 | 1'100'000 |
| Fonds pour mobiliers - centre Mail Adolescents | 0 | 20'000 | 0 | (2'000) | 18'000 |
| Total Fonds pour biens immobiliers | 1'220'000 | 20'000 | 200'000 | (2'000) | 1'438'000 |
| TOTAL FONDS AFFECTÉS | 1'220'000 | 20'000 | 200'000 | (2'000) | 1'438'000 |

Tableau de variation des fonds affectés pour l'exercice 2011

| | Solde au 1 ^{er} janvier | Attribution | Transfert de fonds internes | Utilisation | Solde au 31 décembre |
|--|----------------------------------|-------------|-----------------------------|-------------|----------------------|
| | CHF | CHF | CHF | CHF | CHF |
| Fonds pour bien immobilier - PPE Plainpalais | 320'000 | 0 | 0 | 0 | 320'000 |
| Fonds pour acquisition nouveaux locaux - Chêne | 900'000 | 0 | 0 | 0 | 900'000 |
| Total Fonds pour biens immobiliers | 1'220'000 | 0 | 0 | 0 | 1'220'000 |
| TOTAL FONDS AFFECTÉS | 1'220'000 | 0 | 0 | 0 | 1'220'000 |

1 Sommaire des principes comptables adoptés

Selon l'article 12 de la loi sur les indemnités et les aides financières (LIAF), à défaut de l'application des normes IPSAS, les organisations bénéficiant d'aides financières cantonales supérieures à CHF 200'000 doivent établir leurs comptes annuels en conformité avec les normes Swiss GAAP RPC (ci-après RPC).

Afin de respecter les exigences légales cantonales et notamment le contrat de prestations couvrant la période 2012 à 2016, la Fondation Phénix présente des comptes annuels établis selon les normes Swiss GAAP RPC (en particulier la norme 21). Les comptes annuels ainsi présentés sont conformes à ce référentiel et donnent une image fidèle du patrimoine, de la situation financière et des résultats.

Les principes comptables appliqués au traitement des postes des comptes annuels considérés comme importants pour la détermination de l'état de la fortune sociale et des résultats, sont les suivants :

2 Détail des principes comptables adoptés

2.1 Liquidités

Les liquidités comprennent les avoirs en caisse, les comptes de chèques postaux ainsi que les comptes courants bancaires. Elles sont évaluées à leur valeur nominale.

2.2 Débiteurs

Les débiteurs sont comptabilisés à leur valeur nominale, déduction faite des corrections de valeur pour débiteurs douteux. La méthode utilisée pour déterminer la provision nécessaire est décrite au point 2.10.2 du présent document.

Les postes débiteurs ouverts le restent durant 5 ans, sauf perte effective constatée. Les provisions y relatives sont évaluées chaque année.

2.3 Débiteurs divers

Les débiteurs divers sont comptabilisés à leur valeur nominale, déduction faite des corrections de valeur nécessaires.

2.4 Comptes de régularisation actif

Ces comptes sont utilisés aussi bien pour la détermination correcte de l'état du patrimoine à la date du bilan que pour la délimitation périodique au compte de fonctionnement des charges et produits. Ils regroupent les charges payées d'avance et les produits à recevoir.

2.5 Immeubles

Les immeubles sont comptabilisés à leur coût d'acquisition, déduction faite des moins-values nécessaires en cas de perte de valeur.

2.6 Autres immobilisations corporelles (mobilier, installations, équipement, informatique)

Ces immobilisations sont comptabilisées au coût d'acquisition. L'amortissement est calculé sur le coût d'acquisition.

Les immobilisations sont amorties selon la méthode linéaire, à des taux tenant compte des durées d'utilisation et de l'obsolescence technique des différents biens.

Ces taux sont les suivants :

- 10% pour le mobilier, les installations et les équipements,
- 25% pour les équipements informatiques.

Tous les équipements entièrement amortis ont été extournés en comptabilité à la date du bouclage. Ces équipements sont toutefois conservés dans l'inventaire.

Afin de limiter le processus d'activation des acquisitions de biens immobilisés, le Conseil de Fondation a décidé d'appliquer, à partir de l'exercice 2009, un seuil d'activation de CHF 1'000 pour le mobilier, les installations et les équipements, et de CHF 800 pour le matériel informatique.

2.7 Immobilisations financières (garanties et dépôts)

Les immobilisations financières sont évaluées au coût d'acquisition, déduction faite des corrections de valeur nécessaires.

2.8 Capitaux étrangers à court terme

Ces engagements sont évalués à leur valeur nominale. Ils concernent les rubriques « Fournisseurs », « Créanciers divers », « Comptes de régularisation passif », « Provision pour vacances et heures supplémentaires », « Subventions non dépensées à restituer à l'échéance du contrat », « Emprunt hypothécaire – part à court terme » et « Engagements leasing – part à court terme ».

2.9 Engagements leasing

Un engagement résultant d'un leasing financier est porté au bilan à la valeur la plus basse entre le coût d'acquisition ou la valeur nette de marché du bien en leasing et la valeur escomptée des paiements futurs du leasing.

Les versements du leasing sont répartis en une composante de remboursement et une composante d'intérêts. La composante

remboursement est portée en déduction des engagements découlant du leasing alors que les intérêts et autres coûts sont enregistrés dans le compte d'exploitation.

La part des engagements de leasing inférieure ou égale à une année est portée dans les fonds étrangers à court terme. La part des engagements de leasing supérieure à une année est portée dans les fonds étrangers à long terme.

2.10 Provisions

Une provision est comptabilisée lorsqu'il existe une obligation actuelle (juridique ou implicite) résultant d'un événement passé et qu'il est probable qu'une sortie de ressource représentative d'avantages économiques sera nécessaire pour éteindre cette obligation. Le montant de l'obligation doit pouvoir être estimé de manière fiable. Si ces conditions ne sont pas réunies, aucune provision ne peut être comptabilisée.

2.10.1 Provision pour vacances et heures supplémentaires

Les absences rémunérées cumulables (vacances et heures supplémentaires non compensées en fin d'exercice) représentent des droits à des absences reportables pouvant être utilisés lors des exercices futurs si les droits de l'exercice ne sont pas intégralement utilisés durant l'exercice en cours.

Ils sont comptabilisés sur la base du coût attendu des absences rémunérées, correspondant aux droits acquis par un collaborateur durant la période comptable.

Les heures supplémentaires sont calculées au taux de 100%, conformément à la situation effective au sein de la Fondation, car ces heures sont, dans la majorité des cas, compensées en jours de repos.

Le calcul de la provision se base sur le salaire brut contractuel de chaque employé au 31 décembre.

Les charges sociales sont incluses sur la base des taux en vigueur au 31 décembre.

La variation de la provision est présentée au point 5.4

2.10.2 Provision pour débiteurs douteux

Le traitement des débiteurs douteux est effectué de la manière suivante :

- comptabilisation en perte des créances irrémédiablement irrécouvrables, à savoir :
 - le non-remboursement des créances supérieures à dix-huit mois par les organismes sociaux genevois ;
 - les patients débiteurs avec des actes de défaut de biens ou partis sans laisser d'adresse ;
 - les situations avérées comme définitivement compromises auprès de débiteurs connus.
- calcul de la provision pour débiteurs douteux sur la base des critères suivants :
 - évaluation au cas par cas des patients suspendus par les caisses maladie ;
 - 3% sur le solde des débiteurs.

2.11 Capital des fonds

2.11.1 Fonds affectés

Cette rubrique contient les fonds comportant une restriction d'utilisation clairement déterminée par des tiers ou par le Conseil de fondation par rapport au but statutaire de la Fondation. Ces fonds correspondent au financement obtenu de tiers pour l'acquisition et/ou la construction d'actifs immobilisés et sont comptabilisés initialement au passif à leur valeur nominale. Des attributions complémentaires peuvent être décidées par le Conseil de fondation.

Selon les normes RPC, l'utilisation des fonds affectés est reconnue en produits dans le compte de fonctionnement sur une base systématique et rationnelle en fonction de la durée d'utilité de l'actif financé, c'est-à-dire selon la durée d'amortissement de cet actif, ou de la constatation de la consommation de la dépense ainsi financée.

2.12 Capital de la Fondation

Le capital de la Fondation est mis à disposition de l'organisation soit de manière permanente (jusqu'à la dissolution de l'organisation) ou aussi longtemps que les buts déterminés ne sont pas réalisés.

2.13 Comptabilisation des revenus

Les prestations de services sont comptabilisées à la date à laquelle elles sont effectuées.

Les subventions de fonctionnement sont enregistrées en fonction de la période sur laquelle les droits ont été acquis et valorisées selon les bases contractuelles ou juridiques applicables.

2.14 Impôts

La Fondation est exonérée pour une durée indéterminée des impôts directs fédéraux, cantonaux et communaux, à l'exception de :

- l'impôt sur le revenu et la fortune afférant à la propriété immobilière dans le canton de Genève,
- l'impôt immobilier complémentaire,
- les plus-values ou bénéfices résultant d'aliénations des biens et d'actifs immobiliers.

3 Actif circulant

3.1 Liquidités

| | 31.12.2012 | 31.12.2011 |
|------------------------------------|------------------|------------------|
| | CHF | CHF |
| Liquidités | | |
| Caisses | 8'502 | 8'502 |
| Chèques postaux – comptes courants | 36'408 | 26'322 |
| UBS SA – comptes courants | 744'325 | 501'107 |
| BCGE – comptes courants | 278'353 | 674'342 |
| Chèques postaux – comptes sociaux | 11'388 | 6'037 |
| BCGE – comptes sociaux | 80 | 110 |
| Total des liquidités | 1'079'056 | 1'217'644 |

3.2 Clients - débiteurs

| | 31.12.2012 | 31.12.2011 |
|--------------------------------------|------------------|------------------|
| | CHF | CHF |
| Clients - débiteurs | | |
| Débiteurs collectifs | 2'340'585 | 2'117'153 |
| ./. Provision pour débiteurs douteux | (155'061) | (164'878) |
| Total des clients - débiteurs | 2'185'524 | 1'952'275 |

La provision pour débiteurs douteux a été estimée selon les principes définis au point 2.10.2 À chf 155'061. Ce montant se répartit entre la provision pour patients suspendus par les caisses maladie (chf 93'923) et la provision pour les autres débiteurs définie au taux de 3% (chf 61'138).

Outre la constitution de la provision pour débiteurs douteux, la fondation a enregistré en pertes, au cours de l'exercice sous revue, des débiteurs pour un montant de chf 76'185 (2011 : chf 67'117).

3.3 Débiteurs divers

| | 31.12.2012 | 31.12.2011 |
|-----------------------------------|------------|------------|
| | CHF | CHF |
| Débiteurs divers | | |
| Impôt anticipé à recevoir | 702 | 463 |
| Subvention à recevoir | 0 | 0 |
| Total des débiteurs divers | 702 | 463 |

3.4 Comptes de régularisation actif

| | 31.12.2012 | 31.12.2011 |
|--|---------------|---------------|
| | CHF | CHF |
| Comptes de régularisation actif | | |
| Charges payées d'avance | 17'595 | 47'559 |
| Produits à recevoir | 20'916 | 16'413 |
| Total des comptes de régularisation actif | 38'510 | 63'972 |

4 Actif immobilisé

4.1 Les autres immobilisations corporelles sont assurées contre l'incendie pour une valeur de CHF 1'600'000 (2011 : CHF 1'600'000).

| | Valeur d'acquisition au 31.12.2011 | | Sorties / cessions au 31.12.2012 | | Transfert interne au 31.12.2012 | | Acquisitions au 31.12.2012 | | Valeur d'acquisition au 31.12.2012 | | Amort. cumulée au 31.12.2011 | | Amort. cumulée au 31.12.2012 | | Sorties / cessions au 31.12.2012 | | Transfert interne au 31.12.2012 | | Amort. cumulée au 31.12.2012 | | Valeur nette au 31.12.2011 | | Valeur nette au 31.12.2012 | | | | | |
|--|------------------------------------|------------------|----------------------------------|----------------|---------------------------------|------------------|----------------------------|----------------|------------------------------------|------------------|------------------------------|------------------|------------------------------|------------------|----------------------------------|------------------|---------------------------------|------------------|------------------------------|------------------|----------------------------|------------------|----------------------------|------------------|----------|------------------|----------------|------------------|
| | CHF | CHF | CHF | CHF | CHF | CHF | CHF | CHF | CHF | CHF | CHF | CHF | CHF | CHF | CHF | CHF | CHF | CHF | CHF | CHF | CHF | CHF | CHF | CHF | CHF | CHF | | |
| Chêne | 287'292 | (26'963) | 0 | 8'463 | 8'463 | (171'960) | (26'699) | 26'963 | 0 | (171'686) | 115'342 | 97'105 | 0 | (171'686) | 115'342 | 97'105 | 0 | (171'686) | 115'342 | 97'105 | 0 | (171'686) | 115'342 | 97'105 | 0 | (171'686) | 115'342 | 97'105 |
| Adolescents | 0 | 0 | 0 | 20'000 | 20'000 | 0 | (2'000) | 0 | 0 | (2'000) | 0 | 18'000 | 0 | (2'000) | 0 | 18'000 | 0 | (2'000) | 0 | 18'000 | 0 | (2'000) | 0 | 18'000 | 0 | (2'000) | 0 | 18'000 |
| Plainpalais | 253'039 | (25'019) | 0 | 41'567 | 269'587 | (101'892) | (26'959) | 25'019 | 0 | (103'831) | (103'831) | 165'756 | 0 | (103'831) | (103'831) | 165'756 | 0 | (103'831) | (103'831) | 165'756 | 0 | (103'831) | (103'831) | 165'756 | 0 | (103'831) | (103'831) | 165'756 |
| Gd Pré | 44'543 | 0 | 0 | 10'464 | 55'007 | (20'445) | (5'571) | 0 | 0 | (26'015) | 24'098 | 28'991 | 0 | (26'015) | 24'098 | 28'991 | 0 | (26'015) | 24'098 | 28'991 | 0 | (26'015) | 24'098 | 28'991 | 0 | (26'015) | 24'098 | 28'991 |
| Administration centrale | 100'653 | (7'819) | 0 | 92'834 | (48'500) | (9'283) | 7'819 | 0 | 0 | (49'964) | 52'154 | 42'870 | 0 | (49'964) | 52'154 | 42'870 | 0 | (49'964) | 52'154 | 42'870 | 0 | (49'964) | 52'154 | 42'870 | 0 | (49'964) | 52'154 | 42'870 |
| Centre Envol | 333'241 | (181'730) | 0 | 11'139 | 152'651 | (280'949) | (15'265) | 181'730 | 0 | (114'484) | 52'292 | 381'167 | 0 | (114'484) | 52'292 | 381'167 | 0 | (114'484) | 52'292 | 381'167 | 0 | (114'484) | 52'292 | 381'167 | 0 | (114'484) | 52'292 | 381'167 |
| Total des liquidités | 1'018'769 | (241'531) | 0 | 81'633 | 858'870 | (623'735) | (85'777) | 241'531 | 0 | (487'981) | 395'033 | 390'889 | 0 | (487'981) | 395'033 | 390'889 | 0 | (487'981) | 395'033 | 390'889 | 0 | (487'981) | 395'033 | 390'889 | 0 | (487'981) | 395'033 | 390'889 |
| Aménagement Rois-ADM | 0 | 0 | 0 | 66'739 | 66'739 | 0 | (6'674) | 0 | 0 | (6'674) | 0 | 0 | 0 | (6'674) | 0 | 0 | 0 | (6'674) | 0 | 0 | 0 | (6'674) | 0 | 0 | 0 | (6'674) | 0 | 0 |
| Aménagement Rois-ADOS | 0 | 0 | 0 | 67'926 | 67'926 | 0 | (6'793) | 0 | 0 | (6'793) | 0 | 2'117'153 | 0 | (6'793) | 0 | 2'117'153 | 0 | (6'793) | 0 | 2'117'153 | 0 | (6'793) | 0 | 2'117'153 | 0 | (6'793) | 0 | 2'117'153 |
| Total aménagement centre | 0 | 0 | 0 | 134'665 | 134'665 | 0 | (13'466) | 0 | 0 | (13'466) | 0 | 1'952'275 | 0 | (13'466) | 0 | 1'952'275 | 0 | (13'466) | 0 | 1'952'275 | 0 | (13'466) | 0 | 1'952'275 | 0 | (13'466) | 0 | 1'952'275 |
| Chêne | 28'846 | (12'705) | 0 | 7'348 | 23'489 | (22'450) | (5'872) | (5'872) | 0 | (15'617) | 6'396 | 7'871 | 0 | (15'617) | 6'396 | 7'871 | 0 | (15'617) | 6'396 | 7'871 | 0 | (15'617) | 6'396 | 7'871 | 0 | (15'617) | 6'396 | 7'871 |
| Adolescents | 0 | 0 | 0 | 6'500 | 6'500 | 0 | (1'825) | 0 | 0 | (1'825) | 0 | 4'875 | 0 | (1'825) | 0 | 4'875 | 0 | (1'825) | 0 | 4'875 | 0 | (1'825) | 0 | 4'875 | 0 | (1'825) | 0 | 4'875 |
| Plainpalais | 10'780 | (2'217) | 0 | 1'350 | 9'914 | (6'936) | (2'478) | 2'217 | 0 | (7'198) | 3'844 | 2'715 | 0 | (7'198) | 3'844 | 2'715 | 0 | (7'198) | 3'844 | 2'715 | 0 | (7'198) | 3'844 | 2'715 | 0 | (7'198) | 3'844 | 2'715 |
| Gd Pré | 11'346 | (1'386) | 0 | 2'839 | 12'798 | (6'217) | (3'660) | 1'386 | 0 | (8'490) | 5'129 | 4'309 | 0 | (8'490) | 5'129 | 4'309 | 0 | (8'490) | 5'129 | 4'309 | 0 | (8'490) | 5'129 | 4'309 | 0 | (8'490) | 5'129 | 4'309 |
| Administration centrale | 41'768 | (20'061) | 0 | 9'514 | 31'221 | (34'125) | (7'805) | 20'061 | 0 | (21'870) | 7'642 | 9'351 | 0 | (21'870) | 7'642 | 9'351 | 0 | (21'870) | 7'642 | 9'351 | 0 | (21'870) | 7'642 | 9'351 | 0 | (21'870) | 7'642 | 9'351 |
| Centre Envol | 5'284 | (1'315) | 0 | 1'350 | 5'319 | (3'276) | (1'330) | 1'315 | 0 | (3'290) | 2'009 | 2'030 | 0 | (3'290) | 2'009 | 2'030 | 0 | (3'290) | 2'009 | 2'030 | 0 | (3'290) | 2'009 | 2'030 | 0 | (3'290) | 2'009 | 2'030 |
| Total installations informatiques | 98'024 | (37'684) | 0 | 28'901 | 89'241 | (73'004) | (22'770) | 37'684 | 0 | (58'090) | 25'020 | 31'151 | 0 | (58'090) | 25'020 | 31'151 | 0 | (58'090) | 25'020 | 31'151 | 0 | (58'090) | 25'020 | 31'151 | 0 | (58'090) | 25'020 | 31'151 |
| Total autres immobilisations corporelles | 1'116'792 | (279'215) | 0 | 245'199 | 1'082'776 | (696'739) | (122'014) | 279'215 | 0 | (539'538) | 420'053 | 543'238 | 0 | (539'538) | 420'053 | 543'238 | 0 | (539'538) | 420'053 | 543'238 | 0 | (539'538) | 420'053 | 543'238 | 0 | (539'538) | 420'053 | 543'238 |
| Immobilisations (matériel informatique) en leasing | 117'435 | (69'238) | 0 | 0 | 48'198 | (69'686) | (10'315) | 69'238 | 0 | (40'773) | 17'740 | 7'425 | 0 | (40'773) | 17'740 | 7'425 | 0 | (40'773) | 17'740 | 7'425 | 0 | (40'773) | 17'740 | 7'425 | 0 | (40'773) | 17'740 | 7'425 |

| | Valeur d'acquisition au 31.12.2011 | | Sorties / cessions au 31.12.2012 | | Transfert interne au 31.12.2012 | | Acquisitions au 31.12.2012 | | Valeur d'acquisition au 31.12.2012 | | Amort. cumulée au 31.12.2011 | | Amort. cumulée au 31.12.2012 | | Sorties / cessions au 31.12.2012 | | Transfert interne au 31.12.2012 | | Amort. cumulée au 31.12.2012 | | Valeur nette au 31.12.2011 | | Valeur nette au 31.12.2012 | | | | | |
|---|------------------------------------|------------------|----------------------------------|---------------|---------------------------------|------------------|----------------------------|----------------|------------------------------------|------------------|------------------------------|-------------------|------------------------------|------------------|----------------------------------|-------------------|---------------------------------|------------------|------------------------------|-------------------|----------------------------|------------------|----------------------------|-------------------|----------|------------------|----------------|-------------------|
| | CHF | CHF | CHF | CHF | CHF | CHF | CHF | CHF | CHF | CHF | CHF | CHF | CHF | CHF | CHF | CHF | CHF | CHF | CHF | CHF | CHF | CHF | CHF | CHF | CHF | | | |
| Chêne | 296'992 | (40'837) | 0 | 31'137 | 287'292 | (184'238) | (28'549) | 40'837 | 0 | (171'960) | 115'342 | 97'105 | 0 | (171'960) | 115'342 | 97'105 | 0 | (171'960) | 115'342 | 97'105 | 0 | (171'960) | 115'342 | 97'105 | 0 | (171'960) | 115'342 | 97'105 |
| Lancy | 4'203 | (2'658) | 0 | 0 | 0 | (0) | (1'622) | 0 | 0 | (1'622) | 0 | 2'521 | 0 | (1'622) | 0 | 2'521 | 0 | (1'622) | 0 | 2'521 | 0 | (1'622) | 0 | 2'521 | 0 | (1'622) | 0 | 2'521 |
| Plainpalais | 285'567 | (45'939) | 0 | 3'411 | 253'039 | (122'527) | (25'304) | 45'939 | 0 | (101'892) | 173'040 | 151'417 | 0 | (101'892) | 173'040 | 151'417 | 0 | (101'892) | 173'040 | 151'417 | 0 | (101'892) | 173'040 | 151'417 | 0 | (101'892) | 173'040 | 151'417 |
| Gd Pré | 31'238 | 0 | 0 | 1'545 | 11'760 | (44'543) | (10'653) | 1'545 | 0 | (48'500) | 52'154 | 42'870 | 0 | (48'500) | 52'154 | 42'870 | 0 | (48'500) | 52'154 | 42'870 | 0 | (48'500) | 52'154 | 42'870 | 0 | (48'500) | 52'154 | 42'870 |
| Administration centrale | 110'088 | (9'434) | 0 | 0 | 100'653 | (47'869) | (10'065) | 9'434 | 0 | (280'949) | 77'359 | 52'292 | 0 | (280'949) | 77'359 | 52'292 | 0 | (280'949) | 77'359 | 52'292 | 0 | (280'949) | 77'359 | 52'292 | 0 | (280'949) | 77'359 | 52'292 |
| Centre Envol | 333'731 | (8'747) | 0 | 8'257 | 333'241 | (256'372) | (33'324) | 8'257 | 0 | (623'735) | 395'033 | 390'889 | 0 | (623'735) | 395'033 | 390'889 | 0 | (623'735) | 395'033 | 390'889 | 0 | (623'735) | 395'033 | 390'889 | 0 | (623'735) | 395'033 | 390'889 |
| Total mobilier et équipement | 1'071'819 | (107'615) | 0 | 54'565 | 1'018'768 | (628'685) | (101'900) | 106'153 | 0 | (623'736) | 443'134 | 395'032.41 | 0 | (623'736) | 443'134 | 395'032.41 | 0 | (623'736) | 443'134 | 395'032.41 | 0 | (623'736) | 443'134 | 395'032.41 | 0 | (623'736) | 443'134 | 395'032.41 |
| Chêne | 32'376 | (4'898) | 0 | 1'368 | 28'845.80 | (20'137) | (7'211) | 4'898 | 0 | (22'450.24) | 12'239 | 6'396 | 0 | (22'450.24) | 12'239 | 6'396 | 0 | (22'450.24) | 12'239 | 6'396 | 0 | (22'450.24) | 12'239 | 6'396 | 0 | (22'450.24) | 12'239 | 6'396 |
| Lancy | 4'101 | (1'155) | 0 | 0 | 0 | (2'627) | (368) | 1'155 | 0 | (1'840) | 1'474 | 0 | 0 | (1'840) | 1'474 | 0 | 0 | (1'840) | 1'474 | 0 | 0 | (1'840) | 1'474 | 0 | 0 | (1'840) | 1'474 | 0 |
| Plainpalais | 10'624 | (2'560) | 0 | 2'736 | 10'780.16 | (6'822) | (2'695) | 2'560 | 0 | (6'936.37) | 3'803 | 3'844 | 0 | (6'936.37) | 3'803 | 3'844 | 0 | (6'936.37) | 3'803 | 3'844 | 0 | (6'936.37) | 3'803 | 3'844 | 0 | (6'936.37) | 3'803 | 3'844 |
| Gd Pré | 9'454 | (2'904) | 0 | 2'946 | 11'345.77 | (6'192) | (2'928) | 2'946 | 0 | (6'216.82) | 3'262 | 5'129 | 0 | (6'216.82) | 3'262 | 5'129 | 0 | (6'216.82) | 3'262 | 5'129 | 0 | (6'216.82) | 3'262 | 5'129 | 0 | (6'216.82) | 3'262 | 5'129 |
| Administration centrale | 101'094 | (60'696) | 0 | 1'368 | 41'767.52 | (84'378) | (10'442) | 60'695 | 0 | (34'125.28) | 16'716 | 7'642 | 0 | (34'125.28) | 16'716 | 7'642 | 0 | (34'125.28) | 16'716 | 7'642 | 0 | (34'125.28) | 16'716 | 7'642 | 0 | (34'125.28) | 16'716 | 7'642 |
| Centre Envol | 3'916 | 0 | 0 | 1'368 | 5'284.33 | (1'954) | (1'321) | 1'368 | 0 | (3'275.01) | 1'963 | 2'009 | 0 | (3'275.01) | 1'963 | 2'009 | 0 | (3'275.01) | 1'963 | 2'009 | 0 | (3'275.01) | 1'963 | 2'009 | 0 | (3'275.01) | 1'963 | 2'009 |
| Total installations informatiques | 161'565.98 | (72'232) | 0 | 8'690 | 98'023.58 | (122'110) | (24'966) | 72'232 | 0 | (73'004) | 39'456 | 25'020.86 | 0 | (73'004) | 39'456 | 25'020.86 | 0 | (73'004) | 39'456 | 25'020.86 | 0 | (73'004) | 39'456 | 25'020.86 | 0 | (73'004) | 39'456 | 25'020.86 |
| Total autres immobilisations corporelles | 1'233'384 | (179'647) | < | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

4.2 Immobilisations financières

| | 31.12.2012 | 31.12.2011 |
|--|---------------|---------------|
| | CHF | CHF |
| Banques, dépôts de garantie loyers | 55'217 | 39'509 |
| Dépôt SIG | 2'090 | 2'090 |
| Total des immobilisations financières | 57'307 | 41'599 |

Deux garanties de loyers ont été constituées respectivement en 1997 et 2004, auprès de l'UBS SA.

En 2012 une nouvelle garantie de loyer a été constituée auprès de la Banque Cantonale de Genève.

Au 31 décembre 2012, la valeur totale de ces garanties s'élève à CHF 55'217 (2011 : CHF 39'509).

Ces garanties bancaires sont en relation avec la location des locaux à la rue du Gd-Pré 72, rue Jean-Violettes 10 et rue des Rois 21-23.

Un montant de CHF 2'090, sans modification par rapport à l'exercice précédent, a été déposé en garantie auprès des SIG.

4.3 Actif immobilisé affecté – immeubles

| | 31.12.2012 | 31.12.2011 |
|----------------------------|------------------|------------------|
| | CHF | CHF |
| PPE de Plainpalais | 1'220'000 | 1'220'000 |
| Total des immeubles | 1'220'000 | 1'220'000 |

La PPE Plainpalais est assurée contre l'incendie pour une valeur de CHF 1'096'792 (2011 : CHF 1'084'305). Les cédulas hypothécaires de cette dernière d'un montant de CHF 900'000 ont été gagées auprès de la Banque Cantonale de Genève afin de garantir le prêt hypothécaire octroyé par cet établissement (cf. point 6.1) ainsi qu'une ligne de crédit d'un montant de CHF 200'000.

5 Capitaux étrangers à court terme

5.1 Fournisseurs

| | 31.12.2012 | 31.12.2011 |
|-------------------------------|----------------|----------------|
| | CHF | CHF |
| Fournisseurs | | |
| Fournisseurs collectifs | 241'235 | 225'304 |
| Créanciers caisses maladie | 8'662 | 6'657 |
| Total des fournisseurs | 249'895 | 231'961 |

5.2 Créanciers divers

| | 31.12.2012 | 31.12.2011 |
|--|---------------|---------------|
| | CHF | CHF |
| Créanciers divers | | |
| Fonds des patients | 10'481 | 5'197 |
| Créanciers divers à régulariser | 8'907 | 9'581 |
| Fondation WILSDORF, subvention réinsertion | 634 | 634 |
| Fonds National suisse | 3'733 | 4'092 |
| GREa - Etude Alcochoix | 570 | 0 |
| Total des créanciers divers | 24'325 | 19'504 |

5.3 Comptes de régularisation passif

| | 31.12.2012 | 31.12.2011 |
|---|---------------|---------------|
| | CHF | CHF |
| Comptes de régularisation passif | | |
| Charges à payer | 82'155 | 71'939 |
| Total des comptes de régularisation passif | 82'155 | 71'939 |

5.4 Provision pour vacances et heures supplémentaires

| | Provision 01.01.2011 | Mouvement net 2011 | Provision 31.12.2011 | Mouvement net 2012 | Provision 31.12.2012 |
|--|-------------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|-------------------------|
| | CHF | CHF | CHF | CHF | CHF |
| Provision pour vacances et heures supplémentaires | | | | | |
| Provision | 135'454 | (12'685) | 122'769 | 12'916 | 135'685 |
| Total de la provision | 135'454 | (12'685) | 122'769 | 12'916 | 135'685 |

6 Capitaux étrangers à long terme

6.1 Emprunt hypothécaire

| | 31.12.2012 | 31.12.2011 |
|--|----------------|----------------|
| | CHF | CHF |
| Emprunt hypothécaire | | |
| Hypothèque PPE de Plainpalais | 648'000 | 816'000 |
| Total de l'emprunt hypothécaire | 648'000 | 816'000 |

La PPE de Plainpalais est grevée d'un emprunt hypothécaire accordé par la Banque Cantonale de Genève. Afin de garantir cet emprunt, des cédulas hypothécaires d'un montant de CHF 900'000 grevant ce bien ont été mis en gage auprès de cet établissement.

En 2012 le Conseil de fondation a décidé de rembourser une partie de l'emprunt hypothécaire pour un montant de CHF 150'000. Après déduction de l'amortissement financier annuel (CHF 18'000), le solde de ce compte est de CHF 648'000 au 31 décembre 2012.

6.2 Engagements leasing

| | Desc. | Date début leasing | Nb. mensualité | Date fin leasing | Intérêts | Total intérêts | Valeur résiduelle fin contrat |
|----------------------------|-------------------|--------------------|----------------|------------------|----------|----------------|-------------------------------|
| | CHF | CHF | CHF | CHF | CHF | CHF | CHF |
| ENGAGEMENTS LEASING | | | | | | | |
| GrenkeLeasing | 4 Serveurs 799 | 01.05.200 | 48 | 30.04.2011 | 8.17% | 9'977 | 5'987 |
| GrenkeLeasing | 1 Serveur N°5 397 | 13.03.2008 | 48 | 28.02.2012 | 17.46% | 6'083 | 1'850 |
| Ecofina | Cash In Logiciel | 01.04.2010 | 48 | 31.03.2014 | 19.21% | 5'705 | 0 |

| | Valeur engagement 31.12.2011 | Mouvements 2012 | Valeur engagement 31.12.2012 | Remboursement cumulés 2011 | Remboursement 2012 | Valeur au 31.12.2011 | Valeur au 31.12.2012 |
|---------------|------------------------------|-----------------|------------------------------|----------------------------|--------------------|----------------------|----------------------|
| | CHF | CHF | CHF | CHF | CHF | CHF | CHF |
| GrenkeLeasing | 69'238 | (69'238) | 0 | (69'238) | 0 | 0 | 0 |
| GrenkeLeasing | 18'500 | 0 | 18'500 | (16'966) | (1'534) | 1'534 | 0 |
| Ecofina | 29'698 | 0 | 29'698 | (12'992) | (7'424) | 16'705 | 9'281 |
| | 117'435 | (69'238) | 48'198 | (99'196) | (8'959) | 18'239 | 9'281 |

7 Capital des fonds

7.1 Fonds affectés

| | 31.12.2012 | 31.12.2011 |
|--|------------------|------------------|
| | CHF | CHF |
| Fonds affectés | | |
| Fonds pour bien immobilier - PPE Plainpalais | 320'000 | 320'000 |
| Fonds pour acquisition nouveaux locaux - Chêne | 1'100'000 | 900'000 |
| Fonds Wilsdorf pour aménagement centre adolescents | 18'000 | 0 |
| Fonds affectés | 1'438'000 | 1'220'000 |

Le bien immobilier (PPE Plainpalais) figure à l'actif pour un montant de CHF 1'220'000 au 31 décembre 2012 (voir chiffre 4.3).

En 2009, la Fondation avait décidé d'affecter le produit de la vente de la Maison d'Axel à un nouveau fonds affecté visant à l'acquisition d'un bien immobilier pour y installer le centre de Chêne. Une

attribution complémentaire de CHF 110'000 à ce fonds a été décidée par le Conseil de fondation au

31 décembre 2010. Une nouvelle attribution de CHF 200'000 a été effectuée au 31 décembre 2012

pour l'acquisition de nouveaux locaux pour le centre Chêne.

Ce bien pourrait être soit :

- la villa du centre de Chêne elle-même, avec les adaptations nécessaires ;
- soit un bien immobilier situé dans les environs, la villa de Chêne ayant atteint ses limites par rapport à la fréquentation des patients.

En 2012 la Fondation Phenix a reçu un don de la fondation Wilsdorf d'un montant de CHF 20'000 affecté à l'aménagement du nouveau centre

Phénix Mail (adolescents et jeunes adultes). A ce jour CHF 2'000 ont été utilisés.

Les trois fonds affectés susmentionnés font l'objet d'un règlement approuvé par le Conseil de fondation.

8 Capital de la fondation

Le capital de la Fondation est composé comme suit :

| | 31.12.2012 | 31.12.2011 |
|--------------------------------|------------------|------------------|
| | CHF | CHF |
| Capital de dotation | 100'000 | 100'000 |
| Capital libre généré reporté | 1'860'796 | 1'860'796 |
| Résultat reporté | 437'585 | (9'285) |
| Résultat de l'exercice | 128'738 | 446'870 |
| Capital de la Fondation | 2'527'119 | 2'398'381 |

8.1 Capital de dotation

| | 31.12.2012 | 31.12.2011 |
|--------------------------------|----------------|----------------|
| | CHF | CHF |
| Capital de la Fondation | 100'000 | 100'000 |

Le capital initial de la Fondation était de CHF 10'000 lors de sa constitution. En 1994, le Conseil de Fondation avait porté le capital de la Fondation à CHF 100'000.

Les statuts en vigueur datent du 20 décembre 2007.

8.2 Capital libre généré reporté

| | 31.12.2012 | 31.12.2011 |
|-------------------------------------|------------------|------------------|
| | CHF | CHF |
| Capital libre généré reporté | 1'860'796 | 1'860'796 |

Le capital libre généré reporté correspond aux bénéfices reportés des exercices 2007 et antérieurs.

8.3 Résultat reporté – exercices 2008 à 2011

| | 31.12.2012 | 31.12.2011 |
|---|----------------|----------------|
| | CHF | CHF |
| Résultat reporté – exercices 2008 à 2011 | 437'585 | (9'285) |

8.4 Résultat de l'exercice

| | 31.12.2012 | 31.12.2011 |
|--|----------------|----------------|
| | CHF | CHF |
| Résultat de l'exercice (avant répartition) | 346'040 | 475'394 |
| Part du résultat revenant à l'Etat (5%) | (17'302) | (28'524) |
| Attribution au fonds pour acquisitions nouveaux locaux - Chêne | (200'000) | 0 |
| Résultat de l'exercice (après répartition) | 128'738 | 446'870 |

Sur la base du résultat de l'exercice (avant répartition) mentionné ci-dessus et conformément au contrat de prestations 2012 - 2016 (5% du bénéfice attribuable au subventionneur), la part du résultat revenant à l'Etat sur l'année 2012 s'élève à CHF 17'302.

9 Produits des subventions

9.1 Subventions de fonctionnement

| | 31.12.2012 | 31.12.2011 |
|---|----------------|----------------|
| | CHF | CHF |
| Subventions de fonctionnement - monétaires | | |
| Fédérales : | | |
| - Subvention annuelle OFAS | 625'460 | 625'460 |
| Cantonales et communales : | | |
| - Subvention de l'Etat de Genève | 370'000 | 370'000 |
| - Subvention des Communes | 0 | 2'500 |
| Total des subventions de fonctionnement | 995'460 | 997'960 |

Il n'existe pas de subvention non monétaire.

10 Engagements hors bilan

Il n'existe aucun autre engagement hors bilan que ceux mentionnés dans les rubriques précédentes.

11 Système de contrôle interne

La recertification du système qualité Quathéda utilisé pour la gestion organisationnelle médicale de la Fondation a eu lieu en janvier 2012 avec une recertification Quathéda pour 3 ans. La fusion du système de contrôle interne mis en place en septembre 2009 et du système qualité Quathéda qui devait s'opérer durant l'exercice 2012 a dû être décalée à 2013 suite à la révision de la norme QuaThéDA modulaire. Ce nouveau système unique regroupant le système de contrôle interne et QuaThéDA portera le nom de Système Phenix et sera adopté au plus tard au 31 décembre 2013.

12 Indications sur la réalisation d'une évaluation du risque

La Direction a procédé à une analyse du risque, en référence à l'article 663b chiffre 12 du Code des Obligations. Ladite analyse est consignée sur un document de synthèse qui a été adopté par le Conseil de Fondation lors de sa séance du 1^{er} octobre 2009. Cette évaluation du risque a été renouvelée lors de la recertification Quathéda en janvier 2012, puis actualisée en janvier 2013 afin de répondre à la nouvelle organisation de la Fondation. Cette dernière version sera présentée et approuvée par le Conseil de Fondation lors de la séance de juin 2013. Cette évaluation servira également de base au système de contrôle interne Phenix (voir point 11 ci-dessus).

13 Rémunération et indemnités complémentaires

13.1 Rémunération du Conseil de Fondation

Les membres du Conseil de Fondation ainsi que les participants au Comité Scientifique sont rétribués par une indemnité de présence de CHF 200 par séance. Le total des indemnités versées au cours de l'exercice 2012 est de CHF 13'880 (2011 : CHF 24'680).

13.2 Rémunération de la direction

En 2012, le Conseil de direction était composé des personnes suivantes (avec taux d'activité) :

| | Taux d'activité |
|--|-----------------|
| Dr Marina Croquette-Krokar, médecin directeur général | 100% |
| Dr Nuré Santoro, responsable du centre de Chêne | 100% |
| Dr Eva Sekera, responsable du centre Envol | 100% |
| M. Claudio Crotti, responsable du centre de Grand-Pré | 100% |
| Dr François Crespo, responsable du centre de Plainpalais | 100% |
| M. Yann Linossier, coordinateur du pôle administratif | 90% |
| M. Philip Nielsen, responsable centre Adolescent Mail | 80% |
| M. Jean-Marie Rossier, responsable qualité | 87,5% |

La rémunération globale (salaires bruts) du Conseil de direction est de CHF 1'414'468 pour l'exercice 2012 (2011 : CHF 1'476'445).

13.3 Indemnités complémentaires et avantages en nature

| | 2012 | 2011 |
|---|--------------|--------------|
| | CHF | CHF |
| Directeurs et cadres supérieurs | | |
| Déplacements | 7'200 | 7'200 |
| Télécommunications | 0 | 0 |
| Total des indemnités complémentaires | 7'200 | 7'200 |



Rapport de performances 2012

1 Organisation de l'entité

1.1 But

La Fondation Phénix, fondation de droit privé sans but lucratif, a été fondée en 1986. Elle est composée de 5 centres médico-sociaux et d'un centre administratif répartis sur le canton de Genève. Son siège se situe à Chêne-Bougeries. Elle est administrée par un Conseil de Fondation, organe suprême de la Fondation. Outre le Conseil de Fondation, ses différents organes sont le Bureau du Conseil de Fondation, le Conseil de Direction, le Comité Scientifique et l'Organe de révision.

La Fondation Phénix a pour but et mission de prendre en soins les personnes souffrant de toutes les formes d'addiction, avec ou sans substance, principalement en favorisant le traitement médical, l'accompagnement psychothérapeutique et le soutien social. Elle offre diverses possibilités de soins ambulatoires dans ses divers centres, avec des équipes spécialisées et expérimentées travaillant en étroite collaboration, soit :

- des soins médicaux délivrés par des médecins psychiatres psychothérapeutes FMH et/ou des médecins somaticiens, du personnel infirmier formé en soins généraux ou en psychiatrie et des assistantes médicales. Cela inclut le diagnostic et le traitement de maladies psychiatriques avec la possibilité de faire des examens sur place, ainsi que le traitement de maladies somatiques ;
- des soins psychothérapeutiques délivrés par des médecins psychiatres psychothérapeutes FMH, des psychologues psychothérapeutes FSP et des infirmiers en psychiatrie. Cela peut être sous forme de conseils psycho-éducatifs, de thérapies de soutien, de psychothérapies, selon différentes approches théoriques et selon différents contextes ou settings (individuel, en groupe, familial, ...);
- un accompagnement et un suivi social, assuré par des travailleurs sociaux, des éducateurs et des assistants sociaux, en liaison avec les autres acteurs du réseau social. Ce peut être une mise à jour de la situation sociale, une aide à la résolution des problèmes (dettes et poursuites), une recherche de logement, diverses activités sociothérapeutiques, la définition d'un projet de vie ;
- un suivi somatique réalisé par un médecin somaticien, généraliste ou interniste, présent dans chaque centre. Le suivi somatique comprend la prescription de médicaments, la médecine de premier recours, le dépistage et traitement des maladies chroniques, la mise à jour des vaccinations, la prévention et réduction des risques.

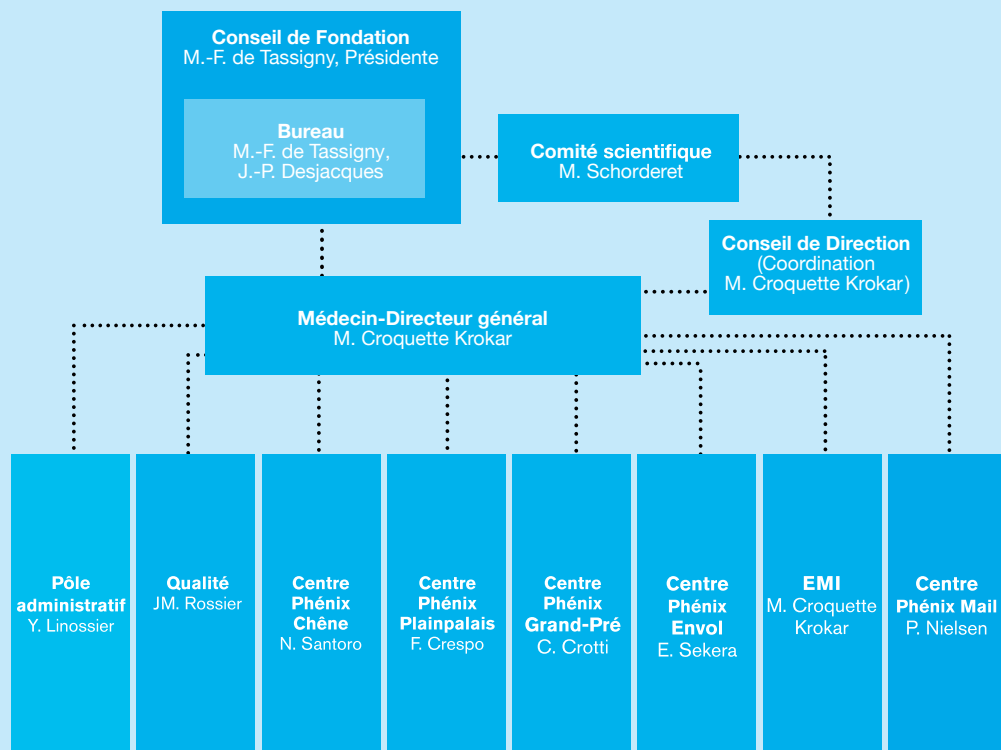
La Fondation Phénix participe également à la sensibilisation, à la prévention et au dépistage des addictions. Elle procède aux études et évaluations souhaitables, participe à des séminaires et congrès aux fins de déterminer les moyens thérapeutiques les plus indiqués pour atteindre son but.

Les ressources de la Fondation sont constituées par le produit de ses activités, ainsi que par les dons, legs et diverses subventions qu'elle pourra recevoir de la Confédération (OFAS) et du Canton de Genève. Ces subventions sont octroyées sous forme pécuniaire.

1.2 Composition du Conseil de Fondation

Fondation Phénix

Organigramme organisationnel au 1^{er} décembre 2012



Le Conseil de Fondation se compose de 8 membres dont les compétences sont complémentaires. Le Conseil de Fondation se constitue lui-même. Il élit, parmi ses membres, un président et un trésorier ; ces fonctions ne peuvent pas être cumulées. Le Conseil de Fondation se réunit aussi souvent que la gestion de la Fondation l'exige mais, en principe, au moins trois fois par an.

Le médecin directeur général de la fondation assiste de droit au Conseil de Fondation avec voix consultative.

Le Conseil de Fondation est composé comme suit :

| | |
|------------------------------------|------------|
| Madame Marie-Françoise de Tassigny | Présidente |
| Monsieur Jean-Pierre Desjacques | Trésorier |
| Monsieur Marc Ballivet | Membre |
| Monsieur Yves Burrus | Membre |
| Madame Jacqueline Corboz | Membre |
| Madame Nicole Fichter | Membre |
| Monsieur Armand Lombard | Membre |
| Monsieur Michel Schorderet | Membre |

1.3 Composition du Conseil de Direction

Présidé par le médecin directeur général, le Conseil de Direction est composé du médecin directeur général, des médecins responsables des centres thérapeutiques adjoints à la direction, du responsable Qualité et du coordinateur administratif. Le Conseil de Direction se réunit en principe une fois par mois.

Le Conseil de Direction est composé comme suit :

| | |
|---------------------------------|--|
| Madame Marina Croquette Krokhar | Médecin Directeur général |
| Madame Nuré Santoro-Bécirevic | Médecin responsable du Centre Phénix Chêne |
| Monsieur Claudio Crotti | Psychologue responsable du Centre Phénix Grand-Pré |
| Monsieur François Crespo | Médecin directeur responsable du Centre Phénix Plainpalais |
| Madame Eva Sekera | Médecin responsable du Centre Phénix Envol |
| Monsieur Yann Linossier | Coordinateur du Pôle administratif |
| Monsieur Jean-Marie Rossier | Responsable Qualité |
| Monsieur Philip Nielsen | Psychologue responsable du Centre Phénix Mail |

1.4 Personnes habilitées à signer (signature collective à deux)

La signature collective à deux des membres du Conseil de Fondation est la seule qui engage valablement la Fondation envers les tiers.

1.5 Indemnités aux membres du Conseil de Fondation et du Conseil de Direction

Les membres du Conseil de Fondation exerçant leur mandat à titre honorifique, ils ne reçoivent aucune rétribution pour les activités déployées dans le cadre de leur mandat. Toutefois, pour chaque séance à laquelle ils assistent au sein des organes de la Fondation, une indemnité forfaitaire nette de CHF 200.- (deux cents francs net) leur est octroyée. Cette indemnité fait l'objet d'un certificat annuel de salaire.

Pour les membres du Conseil de Direction, dans la mesure où les séances ont lieu sur le temps de travail, celles-ci ne sont pas indemnisées.

1.6 Organe de révision

Berney & Associés SA
Société Fiduciaire
Rue du Nant 8
Case postale 6268
1211 Genève 6

En 2012, l'Organe de révision a été élu pour un mandat d'une durée de deux années, renouvelable.

2 Autres informations

2.1 Nombre de patients

Répartition par centre

La Fondation a suivi en 2012 une moyenne de 1'323 patients répartis comme suit :

| | 2012 | 2011 |
|---|--------------|--------------|
| Centre Phénix Chêne - consultation Adultes | 333 | 247 |
| Centre Phénix Mail - Consultation Adolescents | 182 | 118 |
| Centre Phénix Plainpalais | 236 | 210 |
| Centre Phénix Lancy | 0 | 123 |
| Centre Phénix Grand-Pré | 235 | 203 |
| Centre Phénix Envol | 337 | 340 |
| Total | 1'323 | 1'241 |

2.2 Type de consultation et prix moyen de la cure

Constat : maintien d'un rapport coût/qualité remarquable.

Le coût moyen hebdomadaire est de CHF 200.- pour les divers soins prodigués aux personnes dépendantes.

2.3 Le personnel de la fondation au 31 décembre 2012 – 61 personnes

Médecins

Antoinette Al-amine,
médecin interniste

Khadija Ammar,
médecin psychiatre

Michaela Constantinescu,
médecin psychiatre -
consultant

François Crespo,
médecin psychiatre –
responsable de centre

Marina Croquette-Krokar,
médecin psychiatre -
directeur général

Catherine Curchod,
médecin interniste
consultant

Alain Falbriard,
médecin interniste
consultant

Nuré Santoro-Becirevic,
médecin psychiatre -
responsable de centre

Eva Sekera,
médecin interniste –
responsable de centre

Psychologues

Myriam Aissaoui
Philippe Beytrison
Marjorie Blanc
Françoise Calzolari
Nadia Campanini
Yasmine Cebe,
stagiaire

Claudio Crotti,
responsable de centre

Cédric d'Epagnier
Blaise Fidanza

Patrick Froté
Philip Nielsen
responsable de centre

Jean-Marie Rossier
responsable qualité

Cécilia Soria
Stephany
Van Zandijcke
Fabienne Von Düring
Eva Wark
Niels Weber

Infirmiers (-ières)

Emilie Berguet,
infirmière en soins généraux

Gaëtan Le Toux,
infirmier en psychiatrie

Sindy Guelpa,
infirmière en soins généraux

Edith Niveau,
infirmière en soins généraux

Sandra Meynet,
infirmière en soins généraux

Catherine Stoffel,
infirmière en soins généraux

David Uk,
infirmier en psychiatrie

Laborantines

Dominique Anghinolfi
Christiane Curut
Claude Néri
Patricia Quinodoz-
Chetelat

Assistants et secrétaires médicales

Alice Adjouadi-Roos
Mélina Bernardo
Louis-Alexandre Denis
Isabelle Dunand

Béatrice Gigon
Denise Huonder
Emilie Liechti
Marie-Christine Mandallaz
Evelyne Merat-Pichelin
Dominique Monnier-Olivet
Sandra Privet
Marina Volpe
Catherine Zobebe

Administration

Sandrine Borie,
gestion des ressources
humaines et communication

Pascale Dederding,
facturation et comptabilité
débiteurs

Yann Linossier,
coordinateur administratif
& informatique

Dominique Roch,
secrétaire de direction

Isabelle Rolli,
comptabilité et contentieux

Travailleurs sociaux

Marisa Baldacci,
assistante sociale

Alain Barbosa,
travailleur social

Catherine Caviezel,
éducatrice

Stéphanie Haefeli,
assistante sociale

Entretien des locaux et jardins

Maria Pereira Da Luz
Amanda Valenti
Dory Papaux

Direction

Dr Marina Croquette Krokar
médecin directrice générale de la Fondation Phénix
psychiatre psychothérapeute FMH
Route de Chêne 100, Case Postale 215, 1224 Chêne-Bougeries / GE
Tél. 022 404 02 10, Fax : 022 404 02 19
e-mail : marina.croquette-krokar@phenix.ch

Membres du Conseil de Fondation

Présidente : Marie-Françoise de Tassigny
Vice-Président : Armand Lombard
Trésorier : Jean-Pierre Desjacques

www.phenix.ch



Crédits

Impression : SRO-Kundig
Photographies des portraits : Patrice Mullet
Photographies urbaines : Maurane Di Matteo
Mise en page : Etienne & Etienne
Tirage : 2'500 exemplaires

**Fondation Phénix**

Route de Chêne 100

Case Postale 215

1224 Chêne-Bougeries – Suisse

Tél. 022 404 02 10

Fax 022 404 02 19

E-mail : phenix@phenix.chInternet : www.phenix.ch**Nos Centres****Centre Phénix Mail
pour adolescents et jeunes adultes**

Rue des Rois 21-23

1204 Genève

Tél. 022 404 02 30

Fax: 022 404 02 09

Centre Phénix Grand-Pré

Rue du Grand-Pré 72

1202 Genève

Tél. 022 404 02 80

Fax: 022 404 02 89

Centre Phénix Plainpalais

Rue Jean-Violette 4

1205 Genève

Tél. 022 404 02 50

Fax: 022 404 02 59

Centre Phénix Envol

Rue Jean-Violette 10

1205 Genève

Tél. 022 404 02 70

Fax: 022 404 02 79

Centre Phénix Chêne

Route de Chêne 100

Case postale 215

1224 Chêne Bougeries

Tél. 022 404 02 10

Fax: 022 404 02 19

**Centre Phénix
Administration**

Rue des Rois 21-23

1204 Genève

Tél. 022 404 02 00

Fax: 022 404 02 09