



*intrigué*



*joyeux*



*surpris*

# Rapport d'activités 2013



## Direction

**Dr Marina Croquette Krokhar**

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

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**

Les pages de couverture présentent un extrait des travaux réalisés par les patients du groupe d'art-thérapie du Centre Phénix Plainpalais.

## Sommaire

4	<b>Rapport de la présidente du Conseil de Fondation</b>
.....	Marie-Françoise de Tassigny
6	<b>Rapport du trésorier</b>
.....	Jean-Pierre Desjacques
8	<b>Rapport du Comité Scientifique</b>
.....	Pr Michel Schorderet
10	<b>Rapport de la directrice générale</b>
.....	Dr Marina Croquette Krokhar
14-15	<b>Qualité 2013 : le «Système Phénix»</b>
.....	Jean-Marie Rossier
16-25	<b>L'addiction représente le côté obscur de l'apprentissage</b>
.....	Pr Christian Lüscher
26-31	<b>Comment aborder les élèves qui nient leur addiction et leurs parents qui disent que c'est la faute de l'école ? Le défi de la mise en lien et le projet MDFT – écoles</b>
.....	Eva Wark, Philip Nielsen
32-39	<b>La compassion du thérapeute : passer du «savoir faire» au «savoir être» thérapeutique</b>
.....	Cécilia Soria
40-43	<b>Petit retour concernant ma formation sur le baclofène</b>
.....	Dr Eva Sekera
44-47	<b>Soigner en pleine conscience («mindfulness»)</b>
.....	Olivier Ciccione
48-53	<b>Regard sur les soins infirmiers en addictologie après 12 ans d'expérience à la Fondation Phénix</b>
.....	David UK
54-57	<b>La prise en soins des patients souffrant de maladie chronique grave</b>
.....	Melina Bernardo, Catherine Stoffel, Gaëtan Le Toux
58-59	<b>Un regard vers l'extérieur</b>
.....	Emilie Bingert
60	<b>Dons à la Fondation Phénix</b>
61 -87	<b>Comptes annuels au 31 décembre 2013</b>
88-93	<b>Rapport de performance 2013</b>
94	<b>Personnel de la Fondation Phénix au 31 décembre 2013</b>



## Rapport de la Présidente

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

**L**e printemps est à notre porte et il est temps de rédiger le rapport de la Fondation Phénix. À l'instar du fil des saisons, Phénix doit se renouveler pour toujours être en adéquation avec notre patientèle et nos mandants. Dans le domaine des addictions, la prise en soins évolue suivant les différentes recherches scientifiques et les formations permanentes de nos thérapeutes. Notre Comité Scientifique accompagne et supervise avec beaucoup de compétences les pratiques et les prescriptions pharmacologiques, ainsi que les mises en place des programmes thérapeutiques et les aspects éthiques associés.

Une stratégie d'harmonisation des soins a entraîné, cette année, quelques restructurations dans certains centres thérapeutiques. Cette démarche reste fondamentale pour assurer à nos patients une qualité de soins permanente.

Dans le cadre d'une bonne gestion, le Conseil de Fondation, sous l'impulsion de la directrice générale de la fondation, a opté pour l'installation d'un laboratoire d'analyses unique au Centre Phénix Chêne et pour la suppression des autres laboratoires. Cette solution a permis une rationalisation des coûts mais surtout une expertise plus élevée et l'acquisition de nouveaux appareils performants.

Poursuivant l'amélioration de la gestion des ressources humaines, nous avons instauré une politique salariale plus lisible et plus dynamique pour nos collaborateurs. Ce changement a été apprécié par l'ensemble des équipes travaillant pour la fondation.

Je remercie spécialement tous les collaborateurs qui démontrent quotidiennement un engagement professionnel de qualité et permettent à la Fondation Phénix d'offrir une image positive par leurs actions.



**À l'instar du fil des saisons, Phénix doit se renouveler pour toujours être en adéquation avec notre patientèle et nos mandants.**

Ma gratitude va aussi à Madame Croquette Krokar qui pilote avec énergie et beaucoup de compétences médicales et managériales notre organisation. Un coup de

chapeau à nos fidèles membres du Conseil qui contribuent à la supervision de la Fondation Phénix dans un esprit de complémentarité.

La présidente émet le vœu que la Fondation Phénix traverse les saisons avec toujours le même objectif d'être au service des patients et de leurs familles! ■



## Rapport du trésorier

**Jean-Pierre Desjacques**  
Trésorier, membre du Conseil de Fondation

Grâce à un engagement important de tous les collaborateurs, le résultat de l'exercice 2013 présente un bénéfice d'un montant de 153'027 CHF, après répartition et attribution des fonds affectés à la rénovation de la villa de Chêne et des locaux de Plainpalais, tous deux propriétés de la fondation.

Le budget 2013 a été parfaitement respecté, bien qu'il ait été établi et finalisé pour la première fois trois mois avant la fin de l'exercice précédent (2012).

Le niveau de nos liquidités est resté constant et suffisant tout au long de l'année, permettant l'augmentation de notre actif d'environ 500'000 CHF à 5'676'964 CHF.

Les produits 2013 se montent à 7'855'968 CHF, en augmentation de plus 200'000 CHF par rapport à 2012; à noter qu'une augmentation de près de 100'000 CHF des revenus provient des revenus des soins médicaux. Malgré une augmentation de la facturation en 2013, les postes ouverts au 31.12.2013 ont diminué de plus de 300'000 CHF par rapport au 31.12.2012.

Les charges 2013 se montent à 7'280'390 CHF, en augmentation de 125'000 CHF par rapport à 2012. Ce montant est inférieur au budget 2013, démontrant une bonne maîtrise des dépenses. A noter l'utilisation importante des fonds propres disponibles servant d'apport dans l'achat d'une des deux villas de la route de Chêne et couvrant les frais y afférant. La seconde villa sera également la propriété de la fondation à fin 2017.

Des travaux importants de rénovation sont à prévoir pour nos locaux de Chêne, concernant particulièrement l'isolation extérieure, toiture et fenêtres, raison pour laquelle nous avons augmenté les Fonds affectés à la Villa de Chêne. Il en est de même pour l'augmentation des Fonds affectés à nos locaux de Plainpalais, des travaux d'entretiens étant envisagés dans ce centre également.

Nos comptes 2013 ont été révisés par la fiduciaire Berney & Associés qui est notre organe de révision depuis 2012.

Cette situation favorable nous permet de préparer sereinement l'avenir à court terme, sans oublier toutefois les échéances à moyen terme,



**Cette situation favorable nous permet de préparer sereinement l'avenir à court terme, sans oublier toutefois les échéances à moyen terme, comme 2016, date à laquelle les renégociations des différents contrats de prestations vitales à l'équilibre de la fondation auront lieu.**

comme 2016, date à laquelle les renégociations des différents contrats de prestations vitales à l'équilibre de la fondation auront lieu. Nous devons donc maintenir nos efforts de bonne gestion et continuer à maîtriser nos dépenses, tout en permettant à notre fondation de poursuivre sa mission d'utilité publique.

Je termine en réitérant mes remerciements à toutes les collaboratrices et à tous les collaborateurs de la Fondation Phénix qui, par leur travail consciencieux, assurent le futur de notre fondation. Mes remerciements vont tout particulièrement à notre Directrice Générale, la Doctoresse Marina Croquette Krokhar et à notre Administrateur, Monsieur Yann Linossier, pour leur engagement de qualité. ■



## Rapport du Comité Scientifique

**Professeur Michel Schorderet**  
Président du Comité Scientifique

Le Comité Scientifique a assumé son mandat de coordination et de supervision des moyens visant à résoudre, par diverses approches psychologiques, psychiatriques et/ou médicamenteuses, les problèmes d'addiction affectant tout un éventail de patients jeunes et adultes.

Les procès-verbaux élaborés pour chacune des séances font état des sujets de nos discussions, à savoir :

- **la problématique du baclofène** éventuellement prescrit « off-label » pour le traitement de l'alcoolisme, exposée par un praticien expérimenté dans ce domaine (le Dr Pascal Gache); les aspects scientifiques et pharmacologiques du baclofène ont par ailleurs été excellemment décrits par notre collègue, le Pr Marc Ballivet, dans le rapport annuel 2012 de la Fondation Phénix (p. 26-30);
- **la problématique de l'hyperconnectivité** (= cyberaddiction) chez l'adulte (addictions omniprésentes sous la forme de jeux vidéo, d'ordinateurs, de téléphones portables, de tablettes, etc.), pour laquelle la directrice de la Fondation Phénix a initié un nouveau programme thérapeutique, qui nous a été présenté par les psychologues, Messieurs Philippe Beytrison et Niels Weber;
- **la présentation d'une MDFT School** par Monsieur Philip Nielsen, un projet d'information dans les écoles privées de la région lémanique, visant à prévenir les risques d'addiction au cannabis ou à entreprendre le cas échéant une thérapie familiale; la méthode MDFT (*Multi Dimensional Family Therapy*) a fait ses preuves dans le cadre d'une étude internationale (INCANT) à laquelle la Fondation Phénix a activement participé (cf. rapport annuel 2011, p. 44-47).

### Activités intra et extra muros

Le Comité Scientifique encourage vivement les cadres, leurs adjoints ou leurs collaborateurs à organiser des rencontres interprofessionnelles ou à participer activement à des réunions nationales ou internationales, au cours desquelles ils peuvent faire part de leurs expériences d'addictologues et les partager avec d'autres acteurs impliqués dans les mêmes activités. Pour cette année 2013, les collaborateurs ont participé à de nombreux congrès romands, nationaux et internationaux (pour plus de détails, voir la version longue de cet article dans le rapport annuel complet sur le site [www.phenix.ch/RA](http://www.phenix.ch/RA)).

Le Comité Scientifique de la Fondation Phénix est une plate-forme de discussions et d'échanges interactifs entre la directrice générale, les responsables de centre et, dans sa composition actuelle, trois membres universitaires externes. Il tente de répondre aux problèmes constamment évolutifs engendrés par les addictions. Ces échanges sont indispen-

sables pour conforter les médecins, psychologues et infirmiers dans leur démarche extrêmement ardue; ils devraient leur permettre de poursuivre leurs activités en tenant compte des découvertes encourageantes accomplies en neurosciences et en neuropharmacologie (voir également l'interview de notre collègue Christian Lüscher dans le rapport annuel complet

sur le site [www.phenix.ch/RA](http://www.phenix.ch/RA)). On souhaite que celles-ci puissent, à moyen ou long terme, améliorer la qualité de vie et les conditions d'existence de toutes les personnes dont les pathologies découlent d'un comportement addictif. ■



**Le Comité Scientifique tente de répondre aux problèmes constamment évolutifs engendrés par les addictions. Ces échanges sont indispensables pour conforter les médecins, psychologues et infirmiers dans leur démarche.**



## Rapport de la directrice générale

**Dr Marina Croquette Krokhar**  
Directrice générale  
FMH psychiatrie psychothérapie

L'année 2013 a encore été riche à de nombreux points de vue, tant sur le plan clinique que sur le plan des projets réalisés ou en cours de réalisation.

La Fondation Phénix poursuit sa mission d'utilité publique, en proposant des offres de soins sans cesse actualisées pour les personnes présentant des addictions, avec ou sans substances, en veillant à respecter au mieux les besoins et les attentes des patients.

### Quelques chiffres

En 2013, la Fondation Phénix a suivi 1'342 patients.

33 % sont des femmes (âge moyen de 42,9 ans) et 67 % sont des hommes (âge moyen de 42,3 ans), le plus jeune patient est âgé de 13 ans et le plus âgé de 87 ans.

60 nationalités différentes composent notre patientèle, à qui la fondation offre le choix d'être prise en soins en français bien évidemment, mais aussi dans les langues suivantes : anglais, allemand, espagnol, italien, portugais, croate, tchèque, russe, ukrainien et arabe.

Sur les 1'342 patients comptabilisés, 350 (soit 26%) ont été suivis en traitement de substitution (addiction aux opiacés).

On constate chaque année, que 3 à 4 % de nos patients présentant anciennement une addiction aux opiacés terminent leur traitement de substitution grâce à un suivi psychiatrique et psychothérapeutique intégré et intensif.

Sur le plan des comorbidités somatiques, les pathologies telles que les hépatites C restent encore une grande préoccupation.

### Ressources humaines et politique salariale

Afin d'harmoniser les prises en soins au sein de la fondation, quelques restructurations dans certains centres thérapeutiques de la fondation ont été nécessaires. Aussi, à l'avenir, la fondation va miser sur une plus grande mobilité des collaborateurs d'un centre à l'autre.



**La Fondation Phénix a mis en place une nouvelle grille des salaires, plus claire et plus adéquate, ainsi qu'une nouvelle répartition des cotisations du 2<sup>ème</sup> pilier.**

Côté politique salariale, la Fondation Phénix a mis en place une nouvelle grille des salaires, plus claire et plus adéquate, ainsi qu'une nouvelle répartition des cotisations du 2<sup>ème</sup> pilier. Concernant ce deuxième point, la fondation augmente sa prise en charge à 60 % de la cotisation mensuelle

totale, en remplacement du taux paritaire de 50 % et ce pour tous les salariés, y compris ceux pour lesquels l'activité à la Fondation Phénix est une activité accessoire et qui n'avaient pas accès à la LPP auparavant.

Rappelons qu'en 2012 déjà, la Fondation Phénix avait instauré un 13<sup>ème</sup> salaire, premier jalon dans sa volonté d'amélioration de sa politique salariale.

Concernant les mouvements de personnel, notons le départ en retraite à fin février 2013 de Monsieur **Claudio Crotti**, psychologue responsable du Centre Phénix Grand-Pré, après 25 d'activités à la Fondation Phénix. Au cours de toutes ces années, Monsieur Claudio Crotti a beaucoup contribué au développement de la fondation et nous lui souhaitons le meilleur pour la suite.

Notons également l'arrivée du Dr **Natalia Loboïko**, médecin psychiatre psychothérapeute FMH, engagée au Centre Phénix Plainpalais. Madame Natalia Loboïko nous vient du département de santé mentale et de

psychiatrie des HUG, au sein duquel elle a travaillé pendant environ 11 ans, dans ses différents services.

### Le projet «MDFT écoles»

Le Centre Phénix Mail a fortement augmenté sa file active de patients, avec 200 nouvelles situations en 2013, dont un quart de filles et trois quarts de garçons.

L'équipe thérapeutique de ce centre a développé un projet «MDFT (thérapie familiale multidimensionnelle) / écoles», avec le but d'enseigner aux adultes responsables de l'encadrement scolaire comment repérer de façon précoce les jeunes vulnérables et comment cibler les interventions. Ce projet, d'une durée de deux ans, est financé à hauteur de 50 % par l'OFSP (Office Fédéral de la Santé Publique) et à hauteur de 50 % par les écoles privées (cf. rapport annuel complet sur le site [www.phenix.ch/RA](http://www.phenix.ch/RA), article de Monsieur Philip Nielsen).

### Laboratoire central de la fondation

Afin d'harmoniser les pratiques et d'optimiser les coûts, les trois laboratoires existants des Centres Phénix Chêne, Plainpalais et Grand-Pré ont été réunis en un seul lieu, le Centre Phénix Chêne. A noter que le laboratoire du Centre Phénix Chêne détient le label de qualité depuis de nombreuses années. Ce nouveau laboratoire central, sous la responsabilité de la Doctresse Marina Croquette Krokar, bénéficie de la supervision et de l'assistante de Monsieur Claude Roudit, co-directeur du Laboratoire MGD.

Pour cette occasion, la fondation a investi dans une nouvelle machine «Dimension», plus performante et a redéfini les protocoles d'analyse.

Enfin, je tiens à remercier sincèrement l'ensemble des collaborateurs pour leur engagement, leur travail assidu et leur soutien, sans lesquels rien ne serait possible. Grâce à leurs compétences, leur motivation et leur créativité, nous avons pu accomplir un travail clinique de qualité pour répondre au mieux aux besoins et aux attentes de notre patientèle. ■



Travail réalisé par les patients du groupe d'art-thérapie du Centre Phénix Chêne



## Qualité 2013: le «Système Phénix»

**Jean-Marie Rossier**  
Psychologue psychothérapeute FSP  
Responsable Qualité

**E**n 2012, le «Système Qualité» a été audité et certifié pour la deuxième fois selon les normes «QuaThéDA modulaire» et «ISO 9001-2008».

Le Conseil de Fondation et le Conseil de Direction ont ensuite décidé de mettre en place le projet d'un «Système Phénix» qui réunirait et harmoniserait le Système Qualité, ainsi que le Système de Contrôle .

En effet, ces deux systèmes parfois redondants évoluaient en parallèle.

La Fondation méritait un seul système, un Système Phénix , répondant aux normes et aux besoins de l'institution.

Durant l'année 2013, nous avons donc travaillé à l'évolution du Système Phénix. Nous avons quitté l'architecture modulaire par prestation (modèle QuaThéDA modulaire et révisé) pour adopter une architecture orientée processus (modèle ISO).

Cette nouvelle architecture est plus compréhensible, son pilotage et sa navigation sont plus faciles.

### Dans le Système Phénix, sont ainsi dessinés 4 processus :



#### 1. Les Prestations :

Sont répertoriées les procédures utiles à nos interventions, entre autres exemples le concept de prise en soins et de traitement ou encore les droits et les devoirs des patients.

#### 2. Les Ressources :

Sont définis les standards et les indicateurs de qualité concernant les ressources, tels que le règlement du personnel, les moyens financiers, ainsi que le cadre légal, médical et politique qui régit ou contraint nos interventions.

Le Système de Contrôle Interne, notamment la gestion des risques et des crises, trouve une place de choix à l'intérieur même de ce processus.

#### 3. Le Management :

Sont répertoriés les informations et les outils qui ont trait à la direction, à l'organisation, à la communication, à la formation et à la planification.

#### 4. L'Amélioration :

Sont définies les procédures d'amélioration des prestations et de la qualité.

A la fin de l'année 2013, l'architecture du «Système Phénix» a été présentée et validée par le Conseil de Fondation, puis par le Conseil de Direction.

Le Système Phénix est disponible sur l'Intranet, accessible aux collaborateurs.

Les Agents Qualité dans les centres corrigent et adaptent les documents, les propositions d'amélioration retenues et enrichissent la documentation.

L'Audit externe de suivi du mois de mai 2014 évaluera le nouveau «Système Phénix» qui sera certifié officiellement en janvier 2015. ■





## L'addiction représente le côté obscur de l'apprentissage

Professeur Christian Lüscher  
Membre du Comité Scientifique

Le professeur Christian Lüscher, membre du Comité Scientifique de la Fondation Phénix, donne son point de vue sur l'addiction dans la revue médicale suisse ; cet article est publié avec l'aimable autorisation du rédacteur en chef, Monsieur Bertrand Kiefer.

Cocaïne, amphétamines, benzodiazépines ou encore jeu et écrans... Pourtant très dissemblables, tous ces facteurs addictifs ont la même cible cérébrale : le centre de récompense. Une évidence théorique dont la validation expérimentale a révélé bien des surprises, grâce aux nouvelles technologies et notamment à l'optogénétique.

Entretien avec le Pr Christian Lüscher, neurologue et chercheur au Département des neurosciences fondamentales de la Faculté de médecine de l'Université de Genève, dont les travaux s'intéressent aux liens de causalité entre les modifications synaptiques induites par les substances et les changements du comportement liés à l'addiction.

### **Pour pratiquement toutes les sociétés humaines, les rapports des individus aux drogues ont été un problème. La nôtre ne fait pas exception. L'humain est-il condamné à ne pas s'en sortir ?**

– Il ne faut pas diaboliser ces substances. Tous, nous avons des périodes où nous agissons de façon compulsive, où nous ressentons une addiction à quelque chose – même au sport ou à la lecture. La phase critique se situe dans l'adolescence. Généralement, cette compulsion finit par se résoudre de façon naturelle. Contrairement à la croyance commune, la grande majorité des gens qui consomment des substances addictives ne deviennent pas accros. En chiffres absolus, le nombre de personnes

addictes n'a pas beaucoup varié en dix ans, ce qui est plutôt une bonne nouvelle. Ce sont les substances consommées qui ont évolué. Aux Etats-Unis par exemple, la mode est à la méthamphétamine, que nous n'avons

pas encore en Suisse où la consommation de cocaïne et d'héroïne, bien qu'en baisse, prédomine. La meilleure manière d'évaluer la consommation d'une population reste l'analyse des eaux usées d'une ville. On constate



**«... Le jeu pathologique est la même maladie que l'addiction aux drogues dures ...»**

alors que les résultats changent en fonction de la mode et de la géographie. Par ailleurs, consommation et addiction n'évoluent pas tout à fait en parallèle. Mais il faut bien réaliser que nous n'avons pas de bonne définition clinique de l'addiction, car les critères diagnostiques utilisés par les psychiatres mélangent addiction et dépendance, et incluent parfois l'utilisation récréative.

### **Comment distinguer ces notions ?**

– La dépendance est définie par la survenue du syndrome de sevrage. Lorsque de la morphine est donnée à l'hôpital, de manière antalgique, tous les malades deviennent dépendants à la fin de la première semaine, si l'on arrête l'administration de façon brusque. Personne n'y échappe. En revanche, ils ne se lancent pas pour autant dans une recherche active et une consommation compulsive de la substance. Dépendance dans 100% des cas, addiction dans 1% peut-être. Et les systèmes neuronaux impliqués sont différents.

### **La plupart des gens qui consomment des substances addictives ne développent donc pas d'addiction ?**

– Non, l'addiction reste rare. Prenez la cocaïne. On estime que seul un consommateur sur cinq remplit les critères d'une addiction : une consommation compulsive en dépit des conséquences négatives. Ce qui caractérise l'addiction, autrement dit, c'est la perte de contrôle qui se traduit par « un désir sans plaisir », selon la définition de l'OMS.

### **Qu'apporte l'approche des neurosciences dans la compréhension de l'addiction ?**

– Elles offrent un modèle neurobiologique expliquant la convergence de toutes les substances vers un système clé : le système dopaminergique. Grâce à de nouvelles technologies, ce qui était suggéré depuis les années 1980 est maintenant prouvé. Dans mon laboratoire, nous utilisons la technique de l'optogénétique. Elle consiste à rendre sensibles à la lumière des neurones que l'on a au préalable modifiés génétiquement. Du coup, il devient possible d'activer un petit groupe de neurones au moyen d'un laser. Ainsi, nous avons pu manipuler le système cérébral de récompense de façon très sélective, et obtenir les mêmes changements du comportement qu'avec une drogue. C'est une grande avancée. Elle ouvre par ailleurs la porte à la compréhension de toutes les addictions sans substances.

#### **De quelle manière ?**

– Des expériences ont montré que le jeu pathologique est la même maladie que l'addiction aux drogues dures. Ce sont des phénomènes identiques qui créent l'adaptation et modifient le comportement. Les cliniciens nous disent qu'il s'agit d'une banalité, mais prouver cette identité de mécanisme représente une avancée majeure.

#### **Comment utilisez vous l'optogénétique pour stimuler spécifiquement les cellules du système de récompense ?**

– L'optogénétique nécessite un canal ionique – formé par la protéine canal-rhodopsine 2 ou ChR2 – découvert dans une algue verte, qui change de conformation lors d'une exposition à la lumière bleue. Pour créer ce canal dans les membranes de neurones, nous injectons dans le cerveau de souris transgéniques, en choisissant la zone du circuit de récompense par stéréotaxie, un virus contenant le gène codant pour ChR2. Le virus infecte toutes les cellules du centre, mais l'expression du gène n'est possible que dans les cellules dopaminergiques, car le génome des souris a été modifié pour que seules ces cellules puissent exprimer un élément nécessaire à la synthèse de la protéine ChR2. Avec un laser, nous pouvons donc spécifiquement stimuler ces cellules et obtenir un signal cérébral proche de la réalité. La même expérience peut être reproduite avec les cellules gabaergiques. C'est la grande force de

l'optogénétique combinée au génie génétique. L'une des découvertes les plus surprenantes que nous avons faites est que le centre de récompense n'est pas un noyau homogène, mais qu'il présente une sous-spécialisation : certaines cellules dopaminergiques codent pour l'aversion ou la punition et non pour la récompense.

#### **Ce modèle s'approche donc de la situation clinique ?**

– Oui. En stimulant le centre de récompense du cerveau de la souris avec de la lumière, nous obtenons un renforcement identique à celui obtenu avec la cocaïne. Voire, même plus important, car la stimulation est plus sélective. Avec l'avantage, aussi, que le contrôle dans le temps est bien meilleur car dès que la lumière s'éteint la stimulation s'arrête. Ce contrôle on/off nous a



**«... La plasticité a aussi une face négative et peut traduire un apprentissage trop important ...»**

beaucoup aidés à nouer le lien entre circuits neuronaux et comportement. L'une des grandes questions des neurosciences est : comment s'assurer que les phénomènes cellulaires observés en même temps qu'un comportement sont réellement responsables de ce comportement ? L'optogénétique permet de déterminer le lien de causalité.

#### **En clinique, on observe qu'un changement de comportement peut se prolonger au-delà de la prise de substances et de leur élimination par l'organisme. Comment expliquer ce phénomène ?**

– Effectivement, le changement de comportement peut persister et les rechutes surviennent parfois des années après. On recherche donc la trace que les substances laissent dans le cerveau. L'explication la plus simple et qui arrangeait tous les neurologues, dont moi-même, était de dire que les neurones meurent sous l'effet d'une neurotoxicité supposée des substances, ce qui induirait un changement de comportement. D'ailleurs à l'époque de cette théorie, tout semblait s'expliquer par le neuro-dégénératif, alors que désormais on sait par exemple que la mort



Travail individuel réalisé par un patient du groupe d'art-thérapie du Centre Phénix Plainpalais

neuronale dans la phase précoce de la maladie d'Alzheimer n'est pas l'explication du déclin des fonctions cognitives. Dans l'addiction, aucune cellule ne meurt, aucun dommage lié à la consommation n'est visible – en dehors de certaines drogues comme l'alcool ou les amphétamines, mais dans ce cas la mort neuronale n'explique de toute façon pas l'addiction. Actuellement, l'hypothèse prédominante est que les drogues induisent une plasticité neuronale, ou amplifient une plasticité potentielle. Le stimulus est tellement fort qu'il existe des traces mesurables de l'activation du système dopaminergique.

**S'il est un terme qui semble caractériser le cerveau, c'est celui de plasticité. On a longtemps pensé qu'il s'agit d'un phénomène positif uniquement. Est-ce vrai ?**

– Non : on a longtemps fait une erreur à son propos. La plasticité a aussi une face négative et peut traduire un apprentissage trop important. Dans nos sociétés, on peine à comprendre comment un signal d'apprentissage excessif peut amener à une maladie ou à une souffrance. Mais c'est le cas. C'est pourquoi, j'ai qualifié l'addiction de « côté obscur de l'apprentissage ». Des collègues l'appellent même « usurpation du système d'apprentissage ». Par la recherche, nous essayons de comprendre le mécanisme précis de cette plasticité entre des cellules définies. Après une seule dose de cocaïne par exemple, on peut mesurer des changements synaptiques pendant une semaine, qui disparaissent ensuite. Ce phénomène est donc réversible. Si en revanche l'exposition à la drogue se poursuit durant une semaine, la plasticité neuronale se propage depuis l'aire tegmentale ventrale, qui est la cible initiale des substances, en cercles de plus en plus larges qui touchent également le noyau accumbens, et ainsi de suite. Si bien que les mécanismes de prise de décision sont touchés. L'addiction est donc une maladie de la prise de décision suite à un apprentissage excessif.

**Mais comment expliquer que seul un consommateur de cocaïne sur cinq devient dépendant de la substance ?**

– Nous n'avons pas encore de réponse définitive. Les causes sont sûrement en partie génétiques, mais aussi liées à l'environnement – pression des pairs, opportunité, etc. Nous cherchons dans quel système la vulnérabilité individuelle s'inscrit.

### **Vous avez montré que les benzodiazépines peuvent entraîner une addiction en plus de la dépendance. De quelle manière ?**

– Elles sont, c'est vrai, parfois utilisées de façon compulsive, même si le phénomène est plus rare que pour l'héroïne ou la cocaïne. L'un des projets de mon laboratoire, dont les résultats ont été publiés dans Nature en 2010, était d'en comprendre les mécanismes cellulaires. Nous avons montré que, dans le circuit de la récompense, il y a non seulement des cellules dopaminergiques mais aussi des cellules gabaergiques qui contrôlent leur activité. Et que les benzodiazépines ont un effet sur ces cellules gabaergiques qui sont inhibitrices. En résumé, on enlève un frein qui est normalement là, ce qui provoque une désinhibition. L'ironie de la chose est que la sous-unité qui est en jeu, l'alpha1, est justement celle que visent une ou deux benzodiazépines sélectives, qui étaient vendues avec la promesse d'être moins addictives. Le marketing de l'industrie pharmaceutique se révèle parfois à l'envers de la réalité...

### **Quelles sont les perspectives thérapeutiques de l'optogénétique ?**

– Grâce à elle, on pourrait essayer d'inverser le processus, c'est-à-dire de normaliser la transmission synaptique après qu'elle ait été modifiée par une substance. Dans notre laboratoire, nous avons mis en évidence, chez la souris, un phénomène d'adaptation comportementale suite à une première injection. On appelle cela la sensibilisation locomotrice. Une souris qui reçoit une dose de cocaïne court plus vite que normalement. Une seconde dose la fait courir encore plus vite. Liée à ces doses, nous avons aussi pu observer une modification des synapses. Grâce à l'optogénétique in vivo, nous avons ensuite cherché à renverser ces modifications, donc à normaliser les connexions. Résultat: la sensibilisation a complètement disparu. Nous avons donc la preuve que cette approche peut fonctionner. Reste à reproduire l'expérience avec un modèle plus proche de l'homme. Nous avons pour cela reçu un financement du Fonds national notamment. Plus généralement, un investissement de l'industrie pharmaceutique pourrait permettre d'aller beaucoup plus loin, par exemple d'étudier des addictions sans substances, comme la nourriture. L'obésité est un marché porteur! Alors que financer une recherche sur l'addiction à l'héroïne, qui ne concerne « que » 50 000 personnes stigmatisées et désargentées, présente nettement moins d'intérêts économiques...

### **Mais peut-on affirmer que l'utilisation de l'optogénétique en stimulation cérébrale profonde chez l'homme se rapproche ?**

– Ce serait en tout cas une bonne indication pour quelqu'un souffrant d'une addiction. Mais deux problèmes majeurs restent à résoudre. Tout d'abord, même si le transfert d'un gène grâce à un virus est possible chez l'homme, l'expression spécifique à un type de cellules n'est pas encore faisable. Ensuite, il faudrait amener la lumière de façon régulée au bon endroit et sans faire de dégâts. Enfin, il existe des inconnues quant à la toxicité et à la pérennité de l'expression génique. Chez la souris, ce système fonctionne pendant quelques mois, mais nous ignorons s'il se prolonge durant des années. Beaucoup d'inconnues et de difficultés restent donc à lever. Et je ne pense pas que l'addiction sera la première indication pour l'optogénétique chez l'homme. D'autres parties du système nerveux central sont plus accessibles à la lumière, comme la rétine. Sur elle, des essais cliniques en optogénétique sont déjà en cours. Concernant les autres zones cérébrales, l'électrophysiologie est une bien meilleure piste pour l'instant.

### **Avec l'équipe du Pr Pierre Pollack, pionnier de la méthode, vous traitez des patients atteints de la maladie de Parkinson par stimulation cérébrale profonde. Cette technique pourrait-elle être utilisée pour traiter l'addiction ?**

– C'est une piste de recherche. Nous avons en cours un projet translationnel de stimulation cérébrale profonde chez la souris pour mettre au point un traitement adapté aux addictions. Pour l'instant, nous n'arrivons pas à obtenir une spécificité suffisante.

### **Qu'en est-il de la stimulation cérébrale profonde pour le traitement d'autres pathologies, comme la dépression résistante ?**

– La dépression est une indication qui nous intéresse. Des expériences concluantes montrent que le centre dopaminergique est altéré dans cette pathologie. Mais la stimulation cérébrale profonde est un traitement extrêmement coûteux et nécessitant l'intervention de nombreux spécialistes. Neuropsychologues, neurochirurgiens, psychiatres, neurologues et électrophysiologistes doivent travailler main dans la main. Pour le moment, cette approche reste donc difficile à généraliser.

### **En psychiatrie, les maladies sont quasiment toutes définies par la clinique. Pensez-vous que la recherche fondamentale va reconfigurer la nosologie ?**

– Sans aucun doute, on y arrive lentement. Selon moi, la psychiatrie sera la première discipline où des changements vont avoir lieu en raison de découvertes des neurosciences. La séparation entre dépendance et addiction notamment est reprise dans le DSM-5. Dans la pratique actuelle, les deux notions sont souvent confondues. Or, l'addiction est une consommation compulsive en dépit des conséquences négatives – un désir sans plaisir. La dépendance, elle, est définie par la survenue d'un syndrome de sevrage. Et les systèmes neuronaux impliqués sont différents. Mais il existe beaucoup de contraintes à surmonter pour changer la nosologie, par exemple au niveau des assurances. Le DSM-5 est extrêmement politique. Mais je suis persuadé que le modèle neurobiologique aura des répercussions sur cette classification. La frontière entre psychiatrie et neurologie n'a pas lieu d'exister. D'ailleurs, en Allemagne et dans les pays anglo-saxons, beaucoup de neurologues sont aussi psychiatres. Et nous offrons ici à la fois une formation pour les étudiants et une prise en charge qui associent psychiatrie et neurologie.



**«... La frontière entre psychiatrie et neurologie n'a pas lieu d'exister ...»**

### **Vous êtes à la fois chercheur et médecin neurologue. En quoi la pratique clinique aide-t-elle votre activité de chercheur ?**

– Elle m'apporte une proximité avec la réalité car je sais ce qu'est une maladie de Parkinson. En tant que clinicien, je réalise que les modèles d'explications que les médecins utilisent ne sont pas applicables. De l'autre côté, en tant que chercheur, je réalise à quel point le but est loin et complexe.

### **Mais avez-vous l'impression d'être l'un des derniers chercheurs fondamentalistes à avoir cette double compétence ?**

– Non, nous sommes encore nombreux à présenter cette double

compétence! Des initiatives, par exemple aux HUG, cherchent à promouvoir des carrières de MD PHD. Au-delà, il me semble qu'il faut revenir à une formation post-graduée académique. Le fait qu'en Suisse la formation post-graduée n'est destinée qu'à celui qui désire s'installer et devenir à 100% clinicien reste problématique. Dans la formation de neurologue par exemple, il y a six ans de formation obligatoires, durant lesquels seuls six mois peuvent être consacrés à la recherche. Et à la recherche clinique uniquement. C'est la mort de la neurologie académique! Je suis sidéré par la manière dont la formation post-graduée bride le développement d'une médecine académique dynamique et tue des carrières.

### **A un niveau global, la recherche sur le fonctionnement cérébral suit-elle la bonne voie ?**

– Il faut poursuivre à la fois la recherche fondamentale dans des petits groupes, où la créativité et l'individu priment, et une recherche plus exhaustive, visant par exemple à obtenir une anatomie cérébrale à une résolution cellulaire. Et procéder à la méta-analyse de tous les résultats. C'est très difficile. Il n'y a pas mille manières de faire de la recherche. Il faut faire un choix, travailler avec un modèle pour lequel le but est déclaré dès le départ et ne pas s'entêter si la recherche n'aboutit pas. ■



**Eva Wark**  
Psychologue FSP  
Centre Phénix Mail



**Philip Nielsen**  
Psychologue psychothérapeute FSP  
Superviseur-formateur MDFT  
Responsable du Centre Phénix Mail

## Comment aborder les élèves qui nient leur addiction et leurs parents qui disent que c'est la faute de l'école ?

### Le défi de la mise en lien et le projet MDFT – écoles

La Fondation Phénix travaille depuis de nombreuses années avec des jeunes « réfractaires » à la thérapie et avec leurs parents souvent découragés et difficilement mobilisables. Le personnel socio-sanitaire des écoles avec lesquelles nous collaborons fait un constat similaire : les jeunes pour lesquels il se fait du souci nient souvent leurs problèmes, les parents s'avèrent difficilement joignables, peu soutenant, voire carrément disqualifiants à l'égard de l'école.

Or, de nombreuses études mettent en avant le fait que l'alliance entre professionnel et patient est un facteur prédictif central à la réussite (ou l'échec) du suivi. La thérapie familiale multidimensionnelle (MDFT), approche *evidence based* et récemment évaluée dans une vaste étude européenne à laquelle a participé la Fondation Phénix, montre une efficacité particulière pour engager et pour motiver les jeunes récalcitrants et leurs parents découragés.

Nous pratiquons cette approche dans sa déclinaison thérapeutique depuis plusieurs années. Dans le présent projet, il est question d'adapter

la MDFT dans un cadre non pas thérapeutique, mais de détection et d'intervention précoces, au service du personnel socio-sanitaire scolaire.



**Ce projet vise à transférer certains éléments paradigmatiques de l'approche thérapeutique MDFT dans le contexte scolaire et ceci dans une logique non pas de soins, mais de détection et intervention précoces.**

Ce projet vise à transférer certains éléments paradigmatiques de l'approche thérapeutique MDFT dans le contexte scolaire et ceci dans une logique non pas de soins, mais de détection et intervention précoces (D+IP). Quatre campus scolaires participent à cette formation : les trois campus de l'Ecole Internationale de Genève et celui du Collège du Léman. Ce projet a

obtenu un fonds d'impulsion en 2013 pour une durée de 2 ans de la part d'Infodrog, structure de promotion de méthodes innovatrices dans le domaine des addictions.

#### Situation initiale

La Fondation Phénix intervient depuis près de 10 ans dans les 4 campus mentionnés. Ces interventions comprennent :

- l'animation d'ateliers d'information et de débat sur les drogues et addictions auprès de tous les élèves en degré 9 (13-15 ans) ;
- une soirée d'information auprès des parents ;
- une séance d'information pour le corps enseignant du secondaire et pour l'équipe socio-sanitaire (infirmière scolaire, psychologue, conseiller social).

Bien qu'appréciées, ces interventions ont montré au fil des ans un impact modeste sur le repérage et sur la prise en soins efficaces des jeunes vulnérables à l'école, ainsi que sur la collaboration réelle entre écoles et struc-

tures de soins. Par ailleurs, les ateliers avec les élèves sont très coûteux et chronophages.

Il est donc apparu qu'il serait plus efficace de transférer les connaissances sur les drogues et les addictions aux écoles et de concentrer les efforts sur la formation des professionnels de la santé côtoyant ces jeunes au quotidien sur les thèmes du repérage précoce d'éventuelles vulnérabilités et de l'incitation à l'engagement en suivi de ceux-ci, comme de leurs parents.

Il existe par ailleurs un projet RADIX-Ecoles en santé qui vise le rapprochement entre écoles et structures de soins. La Fondation Phénix y a également participé, ce qui a permis d'établir de forts liens de collaboration avec les campus engagés dans le présent projet.

### Effets visés du présent projet

Le but est que les équipes socio-sanitaires de chaque campus soient mieux à même de :

- repérer les situations potentiellement vulnérables ;
- établir un lien de collaboration efficace avec le jeune et ses parents ;
- mener à bien une démarche d'évaluation multidimensionnelle de la situation du jeune ;
- orienter le cas échéant la situation vers une structure de soins appropriée ;
- co-animer les ateliers d'information auprès des élèves ;
- servir de garant du suivi et de relais d'information avec le corps enseignant et la direction.

Les jeunes de l'école secondaire (degrés 7 – 13) montrant des signes de vulnérabilité tels que mauvais résultats scolaires, absentéisme, problématiques liées à la discipline, usage de produits psychoactifs, cyberaddiction et délinquance, forment le groupe cible.

Les personnes clés de l'intervention forment le groupe MDFT-Ecoles (5 à 7 personnes) constitué de professionnels socio-sanitaires et académiques des campus (psychologue, infirmière, assistant social, doyen).

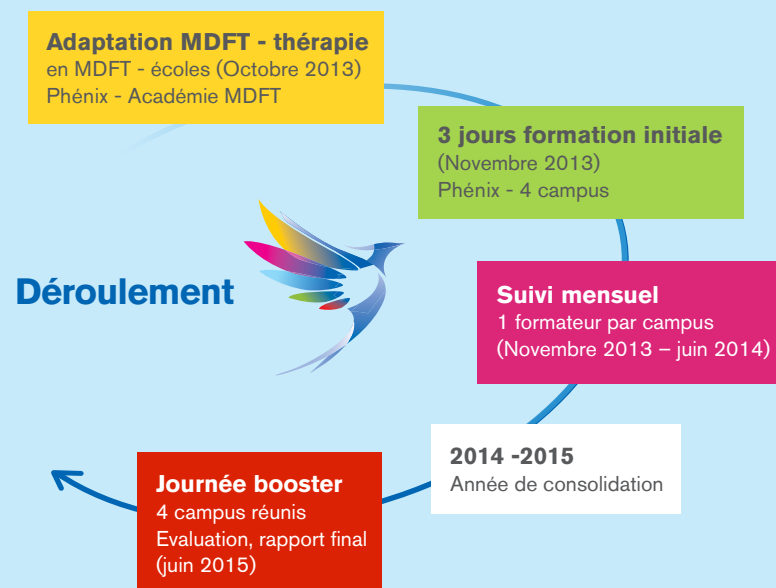
## Méthodologie



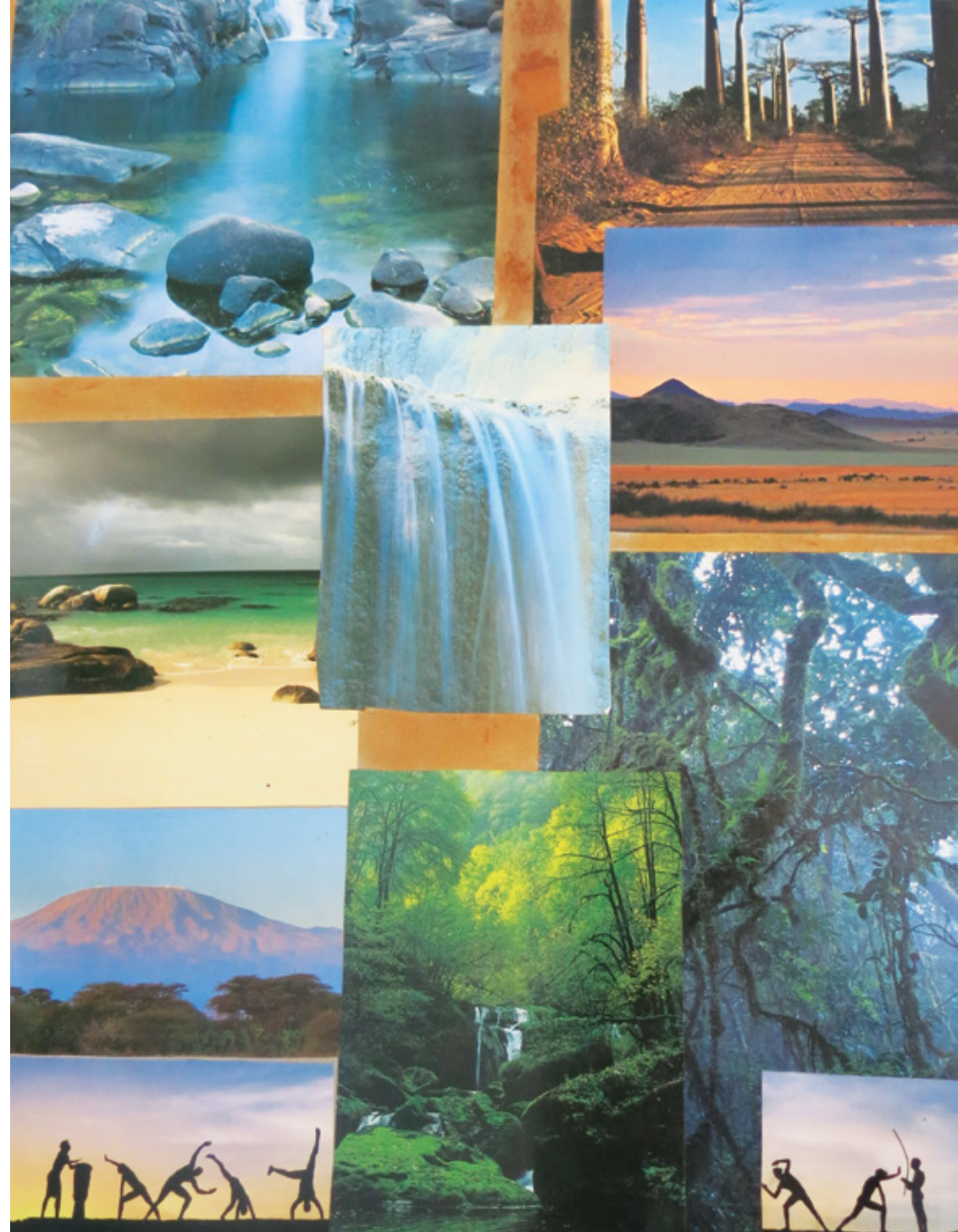
Cette implantation sera transmise par la Fondation Phénix non pas de façon ponctuelle et *top-down*, mais selon la pédagogie MDFT qui stipule que la réussite de la formation dépend autant de la qualité de l'information transmise que de celle du lien pédagogique entre formateurs et formés.

- **1<sup>ère</sup> phase** : journées d'immersion dans la clinique et la pratique de l'approche (3 jours, les 4 campus ensemble), avec des apports théoriques, des jeux de rôle, des études de cas ;
- **2<sup>ème</sup> phase** : accompagnement proximal et individualisé. Chaque groupe MDFT est accompagné tout au long de l'année académique par l'un des formateurs : études de cas, préparation de séances, planification du suivi, débriefing. Des rencontres mensuelles sont prévues avec disponibilité des formateurs en cas de besoin ;
- **3<sup>ème</sup> phase** : année *booster* de consolidation des acquis, avec la possibilité de rencontre des 4 campus afin d'échanger leurs expériences.

### Calendrier



La pédagogie MDFT a fait ses preuves dans le champ de la formation de thérapeutes. Le transfert de ces connaissances, notamment celles particulièrement efficaces de la mise en alliance avec les jeunes réticents au suivi et avec leurs parents découragés – dans le *setting* scolaire et dans une optique de D + IP - constitue un défi stimulant et fort prometteur. L'évaluation de ce projet, sous forme de *process study* assuré par l'Académie Européenne de la MDFT aux Pays-Bas, permettra, nous l'espérons, d'identifier le degré d'adaptabilité du modèle MDFT dans le cadre scolaire – contexte d'intervention aussi crucial que complexe. ■



Travail individuel réalisé par un patient du groupe d'art-thérapie du Centre Phénix Plainpalais





## La compassion du thérapeute : Passer du « savoir faire » au « savoir être » thérapeutique

**Cécilia Soria Dupuis**  
Psychologue FSP  
Centre Phénix Mail

Cet article correspond à un souhait de mettre par écrit des idées nées dans des moments singuliers survenus dans ma vie de thérapeute : moments vécus durant les séances de thérapie avec mes patients au Centre Phénix Mail, dans les échanges avec mes collègues du centre, lors de nos interventions hebdomadaires, dans l'intimité de mes lectures et de mes heures de réflexion, dans la rencontre avec des thérapeutes expérimentés qui me prodiguent leurs généreux conseils pour permettre aux situations en manque de souffle d'avancer, enfin, dans des moments forts vécus durant ma thérapie personnelle.

Une bonne partie des idées exposées ici a donc été émise par d'autres que moi. Je n'en fais ici qu'une mise en lien pour tenter de créer un ensemble cohérent. Toute ma reconnaissance va à celles et à ceux qui reconnaîtront ici leurs moments d'inspiration.

Je tente aussi de rendre compte d'une manière d'être thérapeutique à l'autre, non pas d'une manière parmi d'autres mais d'un idéal de posture thérapeutique et d'un stade dans une évolution qui se doit d'être incessante.

La rencontre entre deux personnes, indispensable à toute thérapie, nécessite l'implication du thérapeute. Entendons par cela la disponibilité du thérapeute à capter les états émotifs de celui qui vient lui demander de l'aide, afin de se rapprocher de lui. Cette réceptivité à l'autre humanise la rencontre. C'est l'accueil délicat offert à celui qui a pris le risque de soumettre sa souffrance à un autre regard que le sien. Ciccone<sup>1</sup> exprime cela ainsi : « Seule l'implication permet la rencontre, le partage ; s'impliquer, c'est être dans le pli, dans le rythme de l'autre. Seule l'implication permet

de comprendre, et un sujet qui ne se sent pas compris d'un autre ne peut pas en apprendre quelque chose. On ne peut rien apprendre de quelqu'un qui ne nous comprend pas, même s'il sait très bien tout nous expliquer ».

Personnellement, je n'adhère pas à la notion de « distance émotionnelle » tant recommandée par certains pour rester en « bonne santé » et pour avoir une longue vie de thérapeute. Le moment où quelqu'un franchit le seuil de ma porte pour chercher de l'aide n'est certainement pas le moment que je choisirais pour quitter la pièce ! Si j'utilise une image, je dirais que j'aime voir comment le fleuve de la personne qui consulte rejoint le mien et comment nos flots s'intensifient en se rencontrant. Ma tâche consiste alors à mener ce torrent vers des espaces qui contiendront sa fougue, et où il sera possible de découvrir le fond du bassin à travers les eaux devenues, sinon pas cristallines, du moins un peu moins agitées. Lorsque le temps de la thérapie sera terminé, nos fleuves reprendront leurs cours, enrichis réciproquement.

Et comment faire autrement que de se laisser, sans résister, emporter par la turbulence ? Car lorsque les jeunes et leurs familles consultent, nous sommes inéluctablement happés par les détresses des uns et des autres, détresses qui rappellent en nous « le parent » et « l'enfant » que nous sommes pour quelqu'un.

Salem<sup>2</sup> propose : « Pour comprendre une famille et l'aider efficacement, il faut être capable de s'identifier, au moins partiellement, à chacun de ses membres (...). C'est cette attitude de base que les thérapeutes doivent s'efforcer de préserver à chaque rencontre, pour devenir vraiment crédibles aux yeux de la famille, pour mériter sa confiance, pour la comprendre dans ses dilemmes (...) ». Ces propos nous invitent au rapprochement intime du thérapeute avec ses patients. Et comment y parvenir, sinon entre autres approches, par l'acceptation du fait que les souffrances exprimées par les patients rappellent chez le thérapeute l'humanité commune qui le lie à eux ?

C'est cette proximité qui fera naître la confiance fondamentale à la construction de l'alliance thérapeutique. Salem affirme également que le regard du thérapeute se transforme par le fait que la vulnérabilité des autres

le renvoie à la sienne et que cet effet miroir est salutaire, car il prépare le thérapeute à rencontrer l'autre avec plus de simplicité et en même temps avec moins d'a priori.

Accepter le réveil de sa propre vulnérabilité serait donc la condition indispensable qui permettra au thérapeute de développer une attitude ou une posture propice à la tâche qui lui sera confiée. Cette condition sine qua non est la compassion.

Le théologien Xavier Thévenot<sup>3</sup> disait que « dans son sens strict, la compassion évoque un pâtre commun ». Que l'épreuve du prochain déclenche en soi une réaction de souffrance, le retentissement en soi-même de la blessure qui a été apportée à l'autre. La compassion « c'est une brèche ouverte dans la tranquillité de l'être ». Dans cette perspective, pas de rencontre thérapeutique possible, pas de thérapie sans compassion et pas de compassion sans partage de la souffrance. Ceci implique que le thérapeute accepte l'entaille, qu'il accepte de ne pas sortir indemne de l'aventure.

Quel sens donner à la souffrance née de la compassion que le thérapeute ressent face à la détresse de ses patients ?

Thévenot poursuit : « Dans une acception plus large, le terme compassion cherche à désigner la conduite qui rend solidaire de l'autre et qui se fait inventive dans la mise en œuvre des moyens pour tenter de diminuer sa souffrance. La compassion n'est donc plus ici passivité sensée, mais activité régénératrice et créatrice ».

Dès lors, dans l'acte thérapeutique, la compassion n'est pas seulement le fait d'« éprouver avec », mais aussi de déployer, voire d'inventer des moyens pour régénérer, pour reconstituer, d'inventer des moyens pour défendre les intérêts de l'autre, devenus, dans un élan solidaire, les intérêts du thérapeute.

Favier<sup>4</sup> exprime ceci de manière fort émouvante lors de la prise en charge thérapeutique d'un de ses patients : « ... Je suis régulièrement en proie à des angoisses d'invasion, de rejet, d'abandon, je me sens exposée à une angoisse d'annihilation. Et je suis tout comme Jules engagée dans la survie ».

Il est vrai que nos patients sont déjà engagés dans leur propre survie. Et ils ont développé de nombreux comportements adaptatifs pour tenir bon.



Travail individuel réalisé par un patient du groupe d'art-thérapie du Centre Phénix Chêne

Et très souvent ces comportements ne font qu'amplifier leur souffrance. La compassion conduira le thérapeute à engager son savoir-faire et à s'engager lui-même pour trouver avec ses patients d'autres possibilités de survie, d'autres manières de tenir bon, d'autres comportements, non pas adaptatifs, mais générateurs de transformations.

Dans le cadre d'une prise en charge thérapeutique dans le contexte de notre travail, des besoins divers apparaissent : des besoins d'adultes et des besoins d'enfants, des besoins de jeunes en quête d'autonomie et des besoins de parents en perte d'autorité, des besoins de familles qui se rapprochent et des besoins de familles qui se décomposent. Parfois les besoins sollicitent des réponses à des questionnements concrets : que faire pour l'enfant qui n'est plus scolarisé, qui ne semble plus s'intéresser à son avenir professionnel? Que faire pour éloigner l'enfant des drogues? Ou des mauvaises compagnies? Que faire pour que le jeune abandonne les comportements qui le mettent en porte-à-faux avec la justice? Ou encore : que faire pour retrouver une bonne entente avec ses enfants ou avec ses parents? Que faire pour que la confiance regagne les relations? Et mille autres questionnements...

En amont du moment de la thérapie où l'expression des besoins devient possible, nous devons accueillir les nombreux "pourquoi", marqués du sceau de la détresse, ou du manque d'espoir ; accueillir également les interprétations de la situation qui placent un jeune ou un adulte dans la



**L'aspect dynamique de la compassion nous invite à être inventifs et au-delà de la consolation de nos patients, elle nous conduit à accompagner nos patients dans l'apprentissage du «comment trouver les chemins qui mènent à l'autonomie »...**

peau d'un bouc émissaire ; accueillir la sidération de la personne frappée par un si violent orage ; accueillir le désarroi des personnes en situation de grande précarité matérielle et sociale. C'est dans l'accueil de ces sentiments pénibles que nous, thérapeutes, ces autres humains, solidaires, empathiques et bienveillants, éprouvons le réveil de notre propre compassion et sommes invités à déployer notre créativité.

Cicccone affirme que la forme la plus fondamentale du soin est la consolation. Il dit que «le soin psychique suppose pour le soignant d'avoir gardé le contact avec ses aspects adultes et infantiles [...]» et que ce contact du thérapeute avec sa «famille interne» lui permettra, à partir de ses propres compétences consolatrices, d'exercer pour son patient une parentalité soutenante, consolatrice et structurante. Pour cet auteur, consoler son patient serait le début du processus qui mène à l'exercice de la parentalité du soignant envers son patient, préambule au développement de la parentalité que le patient exercera plus tard envers lui-même.

Thévenot de son côté affirme que la compassion n'est pas passive, qu'elle stimule la créativité. Le thérapeute ne se limite donc pas à la recherche des moyens pour satisfaire le besoin exprimé. Le thérapeute, tout en contenant ses propres élans de compassion, veillera à permettre à l'autre l'élargissement de l'ensemble de ses possibles. Car s'il est vrai que la compassion nous permet de partager le désarroi de l'autre, il est vrai aussi que lorsque l'attitude thérapeutique est juste, l'aspect dynamique de la compassion nous invite à être inventifs et, qu'au-delà de la consolation de nos patients, elle nous conduit à accompagner nos patients dans l'apprentissage du «comment trouver les chemins qui mènent à l'autonomie» ou du «comment frapper aux bonnes portes» pour avancer dans le sens de leurs aspirations.

L'attitude thérapeutique «juste» dans l'absolu n'existe probablement pas, mais à chaque situation donnée, il doit correspondre une attitude thérapeutique optimale. Elle doit être recherchée et retravaillée continuellement, car à mon sens, c'est un idéal élevé, que le travail soit accompli en solo, en équipe, en rapport hiérarchique. Formations, lectures et supervisions sont indispensables pour bannir nos a priori, pour porter un regard empreint de simplicité sur nos patients et ouvrir sans cesse

des boulevards à la créativité. Comme le suggère Favier, le thérapeute doit répondre à la quête de son patient qui est de rencontrer un regard différent «pour soutenir son sentiment d'exister, d'être au monde, sans chuter, sans s'effondrer».

Lorsque «compassion» est le maître-mot de notre pratique, il devient incontournable de prendre soin de notre propre vulnérabilité réveillée par la souffrance de l'autre, et devenue familière car vécue au quotidien. L'engagement du thérapeute qui prend naissance dans le pli émotionnel, n'exclut pas des allers-retours à l'extérieur pour se ressourcer. La vulnérabilité du thérapeute demande à être contenue pour pouvoir être utile aux patients. Ainsi, il est de notre responsabilité de ne pas négliger le travail constant sur nous-mêmes et, loin de «veiller à notre tranquillité», de veiller plutôt à répondre présent à soi pour répondre présent à l'autre.

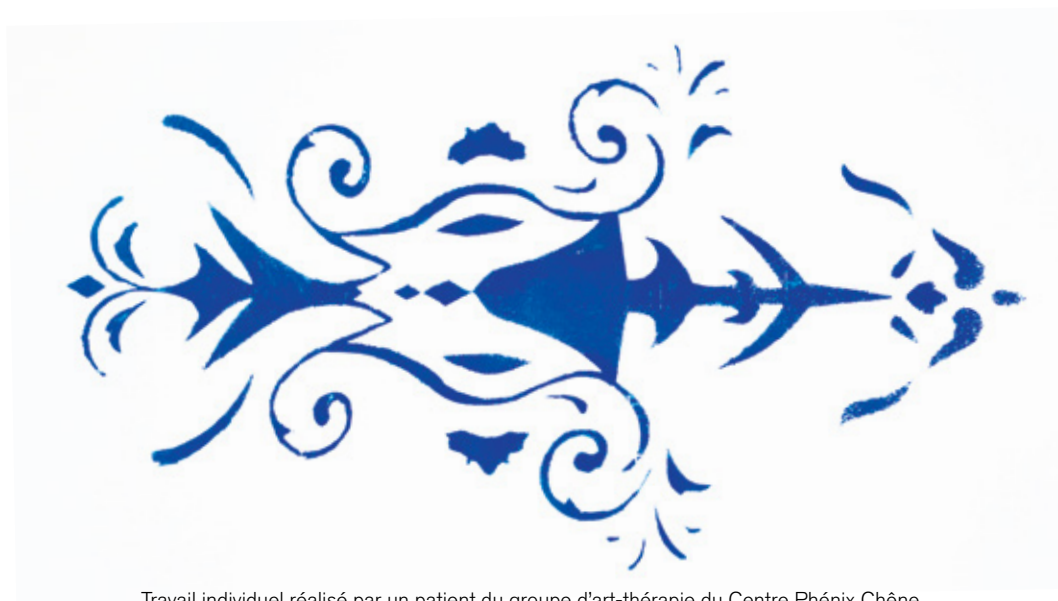
En tant que thérapeutes, nous sommes amenés parfois à porter seuls l'espoir et à le porter, tant que faire se peut, jusqu'à ce que nos patients puissent se l'approprier à nouveau. Lorsque la brèche est ouverte pour accueillir la détresse, elle laisse passer aussi la richesse de nos patients. L'espoir du thérapeute se nourrit de la vision anticipée des ressources



**Lorsque la brèche est ouverte pour accueillir la détresse, elle laisse passer aussi la richesse de nos patients. L'espoir du thérapeute se nourrit de la vision anticipée des ressources à révéler, des forces à déployer. Il se nourrit aussi de l'énergie qu'il puise dans la rencontre elle-même et de la compassion ressentie car la compassion est un sentiment vivifiant.**

à révéler, des forces à déployer. Il se nourrit aussi de l'énergie qu'il puise dans la rencontre elle-même et de la compassion ressentie car la compassion est un sentiment vivifiant. Le thérapeute s'efforce de maintenir l'espoir en vie pour que le moment venu, ses patients puissent le porter à leur tour.

Très souvent, nous devons accepter que le fruit de notre travail, aussi engagé soit-il, ne consistera qu'à faire reculer un tout petit peu le malheur, et accepter que le dénouement tant souhaité n'ait lieu qu'au-delà du temps et de l'espace de notre modeste intervention. ■



Travail individuel réalisé par un patient du groupe d'art-thérapie du Centre Phénix Chêne

- 1 Albert Ciccone et coll.: La part bébé du soi. Approche clinique. Ed. Dunod 2012
- 2 Gérard Salem: La maltraitance familiale. Dévoiler, intervenir, transformer. Ed. Armand Colin 2011
- 3 Xavier Thévenot: Compter sur Dieu, Etudes de théologie morale. Editions du Cerf 1992
- 4 Laure Favier, «Jules, vers un moment de rencontre dans une pouponnière de toxicomanes» in Albert Ciccone et coll.: La part bébé du soi. Approche clinique. Ed. Dunod 2012



## Petit retour concernant ma formation sur le baclofène

**Dr Eva Sekera, CSc.**

Responsable du Centre Phénix Envol  
Médecine interne et psycho-somatique FMH

**D**ans notre dernier rapport annuel, le Pr M. Ballivet, vice-président du Comité Scientifique de la Fondation Phénix, résume le point de vue de la science sur le baclofène, médicament utilisé depuis une quarantaine d'années en neurologie et testé depuis quelques années comme traitement *anti-craving* en addictologie (réf.1). En Suisse, sa prescription reste pour cette dernière indication sous le mode *off label*. Pourtant, les médias nous apportent de nombreux témoignages de malades sur le fait que le baclofène les a soulagés de leur besoin irrésistible de surconsommer de l'alcool ou encore des somnifères, ou que le baclofène leur a permis de retrouver leur sentiment de satiété.

Face aux demandes de cette prescription, j'ai cherché à avoir un avis venant d'universitaires. Les chercheurs m'ont répondu : «ça marche bien chez les rats à dose élevée, mais on ne sait pas pour les hommes...»; les médecins responsables en addictologie ont conclu : «on attend de voir les résultats des études...», études qui se font ailleurs par manque de soutien de l'industrie. Le fabricant du baclofène m'a sèchement recommandé de me référer au Compendium. Fort heureusement, notre Revue Médicale Suisse a donné la parole aux cliniciens confrontés directement à la réalité de l'addiction à l'alcool (réf. 2,3).

Et qu'a dit grand-mère? «Ne reste pas sur ta chaise si tu veux savoir». Ses propos m'ont incitée à saisir l'opportunité de participer aux formations du RESAB (Réseau addiction baclofène) à l'Hôpital Cochin à Paris (réf. 4). Créé par les pionniers du traitement déjà réunis dans l'Association Baclofène opérationnelle depuis 2011, ce réseau donne la possibilité aux médecins d'apprendre et d'échanger leur expérience (réf. 5). En France, cette prescription se fait aussi hors autorisation de mise sur le marché, la

«AMM», mais la recommandation temporaire d'utilisation, la «RTU», a été acceptée en mars 2014 (réf. 6).

Le RESAB me semblait être à la barre d'un navire qui navigue dans les eaux turbulentes bureaucratiques avec aisance et assiduité. Il a déjà formé une importante quantité de médecins dans les quatre coins de la France qui vont à leur tour en former d'autres. Et je n'étais pas la seule venant de l'étranger. La collégialité entre professionnels va ici de pair avec la solidarité entre malades qui se réunissent aussi et restent connectés au niveau mondial (réf. 7). On n'en est plus au protocole unique, le patient et le médecin

collaborent étroitement tout au long du traitement, qui est adapté à chaque patient au fur et à mesure, afin d'obtenir le meilleur résultat et en limitant les effets indésirables du traitement. N'est-ce pas un bel exemple de l'approche collaborative que nous enseigne l'école cognitivo-comportementale ?

J'ai trouvé mes collègues français courageux, pré-

occupés par la dure réalité qu'est la mort chaque jour en France d'une centaine de personnes des conséquences d'une trop grande consommation d'alcool; collègues déterminés également à tout faire pour leur apporter de l'aide efficace. Le RESAB reste en même temps prudent devant les risques et croit déjà à l'élaboration d'une molécule sœur, dépourvue des effets indésirables, avant tout sédatifs et myorelaxants. C'est la vision du futur. Les études en cours «Bacloville» et «Alpadir» apporteront plus de clarté, pour autant qu'elles aient répondu aux exigences de la Cochrane Library (réf. 8).

J'aimerais m'arrêter ici sur nos patients présentant une addiction à l'alcool : depuis qu'ils ont entendu parler de l'existence du baclofène, ils sont nombreux à venir avec ces propos : «prescrivez-moi ce traitement car j'ai un problème



**Même si nous ne savons pas encore quelle place il prendra dans la boîte à outils addictologique, admettons que le baclofène a d'ores et déjà écrit un nouveau chapitre en alcoologie.**

avec l'alcool». Du jamais vu jusqu'à présent! Nous avons pris l'habitude de les voir consulter pour un autre problème, sans que l'alcool puisse être abordé comme cause de leur souffrance. Nous avons appris à deviner leur problème avec l'alcool entre les lignes de leurs dossiers, en procédant à des analyses coûteuses, en écoutant les proches et en « tournant autour du pot », des fois avec succès, des fois beaucoup trop longtemps... Mais, cette fois-ci, le patient vient vers nous, il nous parle avec sincérité, confiance et a l'espoir de s'en sortir. Allons-nous lui fermer la porte ?

Même si nous ne savons pas encore quelle place il prendra dans la boîte à outils addictologique, admettons que le baclofène a d'ores et déjà écrit un nouveau chapitre en alcoologie. Le prochain est à suivre...

---

#### Bibliographie :

1. Ballivet M, Fondation Phénix rapport d'activités 2012, page 26, [www.phenix.ch/category/communication/rapports-annuels/](http://www.phenix.ch/category/communication/rapports-annuels/);
2. Gache P. Revue Médicale Suisse, 2011, 7, pages 1458-1461 ;
3. Hadengue A., Gache P. Revue Médicale Suisse, 2008, 169, art. 33413 ;
4. [www.resab.fr](http://www.resab.fr)
5. [www.baclofene.fr](http://www.baclofene.fr)
6. [www.anism.santé.fr](http://www.anism.santé.fr)
7. [www.baclofene.org](http://www.baclofene.org)
8. [www.swiss.cochrane.org](http://www.swiss.cochrane.org)



Travail individuel réalisé par un patient du groupe d'art-thérapie du Centre Phénix Plainpalais



## Soigner en pleine conscience (*mindfulness*)

**Olivier Ciccione**  
infirmier spécialisé  
Centre Phénix Envol

Infirmier depuis de nombreuses années auprès de personnes souffrant d'addiction, j'ai mis en œuvre et participé à tout un éventail de soins pour aider au rétablissement de ces personnes. Comme tout soignant en addictologie, j'ai accompagné nos patients dans les soins habituellement indiqués tels que l'aide médicamenteuse, le travail motivationnel, la thérapie de groupe, l'activité sportive, etc... Tout ce que l'on estimait utile et réalisable, nous le faisons pour les patients.

Il y a environ 5 ans, en tant qu'infirmier responsable d'une unité spécialisée en addictologie dans une clinique, j'ai dû réfléchir au contenu du programme de soin. Une collègue me parle alors d'une pratique qualifiée par un terme obscur : la *mindfulness*. Après quelques discussions et recherches, je découvre effectivement que cette pratique semble tout à fait indiquée dans le domaine des dépendances. De nombreux soignants aux Etats-Unis et en Europe se sont désormais approprié la méditation de pleine conscience en s'appuyant notamment sur l'expérience du Dr Jon Kabat-Zinn dans sa clinique du Massachussetts<sup>1</sup>. Alors c'est donc ça la *mindfulness*, une pratique de la méditation avec des applications à visées thérapeutiques. J'apprends ensuite avec étonnement que les indications sont diverses et variées et que de nombreuses études ont prouvé son efficacité pour améliorer la qualité de vie. Certains médecins la prescrivent donc en complément des soins médicaux dans des cas aussi divers que des douleurs chroniques, la réadaptation cardiaque, l'hypertension artérielle, un problème de peau ou bien dans la prévention des rechutes dépressives ou d'addiction et pour une meilleure gestion du stress. C'est ainsi qu'une infirmière initiée à cette pratique proposa une découverte de la *mindfulness* à nos patients. J'observais alors leurs réactions entre scepticisme, parfois indifférence, mais aussi très

souvent satisfaction, voire même enthousiasme. Cette approche était alors encore peu connue du grand public en Europe. Depuis, de nombreux grands médias suisses et français ont parlé de la *mindfulness*. J'ai pu alors comprendre pour ma part qu'elle s'inspirait entre autres influences d'une tradition bouddhiste, mais sous une forme laïque, afin que chacun puisse l'aborder dans le respect de son identité. Ma surprise fut grande quand on m'expliqua qu'un des principes de la méditation repose sur l'intention délibérée de ne pas agir, et donc de « ne rien faire ». S'attacher

à simplement « être » et reprendre contact avec soi, avec ses pensées, avec ses sensations dans l'instant présent. Serait-il donc possible d'aider de cette manière? Ma culture soignante marquée par l'image de l'infirmier et de l'infirmière dévoués à leurs patients et prêts à tout faire pour eux s'est forcément heurtée



**La possibilité de sortir de l'action précipitée où le soignant se retrouve parfois en situation de co-dépendance, en proposant une aide plus posée, aiguise mon intérêt.**

à ce principe. Mais la possibilité de sortir de l'action précipitée où le soignant se retrouve parfois en situation de co-dépendance, en proposant une aide plus posée, aiguise mon intérêt. Je fus aussi surpris d'aborder certains principes comme celui de développer une attitude bienveillante pour soi-même sans jugement. Et sachant qu'il est demandé aux soignants souhaitant appliquer la pleine conscience dans leur métier d'en faire d'abord une démarche personnelle, mon approche de la chose se révélait alors comme une vraie aventure en dehors des repères connus.

Depuis, j'ai participé à différents programmes basés sur la pleine conscience et cela n'a fait que renforcer ma motivation à poursuivre cette pratique sur le plan personnel. J'accompagne désormais certains patients vers la méditation. Au Centre Phénix Envol où je travaille depuis octobre 2013, nous proposons un groupe de pratique chaque semaine. Ce projet s'inscrit dans la dynamique actuelle qui pousse de nombreux

soignants à utiliser la *mindfulness*. L'équipe du Centre Phénix Envol poursuit sa formation en s'inspirant, entre autres modèles, des travaux du Dr Alan Marlatt qui a élaboré un programme de prévention de la rechute basé sur la pleine conscience<sup>2</sup>. C'est donc dans cet esprit de prévention que nous avons souhaité faire bénéficier nos patients de cette pratique en nous adressant particulièrement à ceux qui souhaitent renforcer leur rétablissement. Offrir au Centre Phénix Envol un cadre adapté, un rendez-vous régulier et une pratique guidée leur permet désormais d'accéder à cette démarche dans les conditions les plus favorables possibles.



**Dans un monde où tout va très vite, la méditation offre avant tout la possibilité à chacun de se responsabiliser sur sa santé, son rapport à soi et aux autres.**

Dans un monde où tout va très vite, la méditation offre avant tout la possibilité à chacun de se responsabiliser sur sa santé, son rapport à soi et aux autres. En tant que soignant, la pratique régulière me permet de ne pas seulement réagir à la demande des patients mais d'offrir une vraie réponse à leur problème. Pour tous, elle autorise une prise de conscience de nos habitudes de pensée dans lesquelles nous nous enfermons parfois et c'est en cela que cette pratique est une véritable démarche de recherche de liberté. ■

1 KABAT-ZINN J. Au cœur de la tourmente, la pleine conscience. Paris : Edition J'ai lu, 2013.

2 BOWEN S., CHAWLA N., MARLATT A., Addictions prévention de la rechute basée sur la pleine conscience. Bruxelles : De Boeck, 2013.



Travail individuel réalisé par un patient du groupe d'art-thérapie du Centre Phénix Chêne





## Regard sur les soins infirmiers en addictologie après 12 ans d'expérience à la Fondation Phénix

**David Uk**

infirmier spécialisé  
responsable des soins infirmiers  
Centre Phénix Plainpalais

Quelle que soit la maladie chronique affectant un patient, la philosophie des soins infirmiers est de s'employer à lui restituer tant que possible et toujours, le maximum d'autonomie et de liberté. Les actions de soins sont envisagées dans cette perspective, de sorte que le patient puisse poursuivre sa vie le plus normalement possible en réduisant la maladie à son impact minimal dans la vie courante. Idéalement, tout patient devrait pouvoir se réaliser pleinement, même affecté d'une maladie chronique.

Pour les addictions aux substances, cette philosophie trouve encore plus de sens, car il s'agit là précisément d'une maladie de la dépendance. L'addiction (latin: *addicere* / esclavage) est défini par «l'asservissement d'un sujet à une substance dont il a contracté l'habitude par un usage plus ou moins répété». L'addiction est une perte de liberté, une situation de non-choix...de servitude. L'objectif de soin sera justement de rendre libre.

Par ailleurs, l'addiction peut lentement conduire le patient vers un processus de déchéance générale. Sous l'impulsion du *craving* et de l'assombrissement de la conscience qui en découle, la raison s'obscurcit jusqu'à disparaître. Peu à peu, le patient s'absente à lui-même, à son entendement et au monde. Le corps, à la fois topique de plaisir et de souffrance, devient insécure. Il ne permet plus l'ancrage à la réalité, éloignant au fil du temps le patient de toute humanité, la sienne d'abord, puis celle d'autrui.

L'exercice du soin doit pouvoir s'exécuter dans la plus grande bienveillance et empathie face à ces patients parfois «à côté» de l'humanité. Au-delà de toute considération de différence et au-delà de tout jugement, seule

l'humanité restante en chaque être compte. Le soignant en addictologie doit prendre garde à ne pas réifier le patient dans sa pratique soignante. Il courrait le risque de contribuer à cette déshumanisation déjà présente de fait. Bien au contraire, le soignant doit veiller à préserver, entretenir et honorer l'humanité du patient. Cette préoccupation est primordiale pour nos patients dont la nature même des affections suscite parfois encore trop de jugement, de méfiance, voire de rejet.

Il s'agit juste pour nous, de soigner et servir sans préjugé, soigner le corps en pansant les plaies et servir. Servir est le soin des âmes blessées. Se mettre dans cette position témoigne de la considération que l'on donne au patient à l'endroit de son humanité restante. Et chaque moment de soin est une occasion de restituer au patient ce sentiment d'être encore parmi l'humanité.

L'addiction est une maladie complexe et multipolaire. Elle gangrène progressivement toutes les dimensions de la vie: santé corporelle, santé mentale, harmonie familiale, vie professionnelle, sphère sociale,

ressources financières etc. Elle piège le sujet, ses proches et la société, dans une spirale douloureuse, vicieuse et coûteuse pour tous et dont la répétition est souvent loi. En conséquence, le soin, dans une



**Le soignant doit veiller à préserver, entretenir et honorer l'humanité du patient.**

optique d'effet durable, doit se penser et se déployer sur plusieurs strates: aux niveaux préventif, curatif, éducatif et pédagogique. Ces soins dits «intégrés» consistent à réunir dans un même lieu les diverses spécialités concourantes à la santé du patient. Ils proposent d'envisager et d'orchestrer une restauration de la santé dans toutes ses dimensions. Un référent infirmier conduit, synchronise en partenariat avec le patient et sous la direction du médecin, le déploiement harmonieux des soins autour d'un projet personnalisé de santé.

Dans cette recherche, graduée vers la liberté, l'expérience montre les étapes suivantes :

## Assistance

Depuis une situation initiale de servitude aux drogues et au milieu associé, le premier temps du soin se pose à l'endroit du corps. Ce dernier risque de subir les affres terribles du manque produisant chez le patient un sentiment extrême d'insécurité et d'angoisse. Il s'agit de savoir anticiper et savoir répondre par de justes prescriptions pharmacologiques, dont le médecin est le garant. L'objectif premier est de restaurer l'harmonie et le sentiment de sécurité dans « l'habitation » corporelle.

C'est une fois ce bien-être retrouvé, avec l'apaisement du corps, une fois la certitude d'un accès sûr à un traitement disponible, propre, fiable et « fixateur », une fois toutes ces conditions de sécurité ressenties que peut se forger l'alliance de soin. Cette alliance est cardinale pour la suite du traitement et ce traitement est une réelle aventure. Il s'inscrit dans la durée. Il est l'axe sur lequel se déploieront les approches thérapeutiques fondamentales.

## Indépendance

Dès le patient installé « normalement » dans son corps et ressentant celui-ci comme un lieu sûr, fiable et porteur de ses projets, il peut engager sa réinsertion sociale et entreprendre la reconstruction du « soi. » Le soignant va éveiller, soutenir et accompagner tous ses projets de vie.



**Ces soins dits « intégrés » consistent à réunir dans un même lieu les diverses spécialités concourantes à la santé du patient. Ils proposent d'envisager et d'orchestrer une restauration de la santé dans toutes ses dimensions.**

Le projet de vie est fondamental. Il donne le sens et l'orientation de la boussole dans l'aventure du soin. Le référent infirmier s'inscrit dans cette étape comme partenaire avisé et éclairé. Il est « coach ». Le patient, souverain de ses décisions et donc indépendant est seul décideur de sa route. Le rôle infirmier est d'éclairer et de rendre possible ses projets dans leur vraisemblance.

Mais il s'agit également de ne pas retomber dans les mêmes pièges environnementaux et de savoir que l'inertie et le désœuvrement reconduisent fatalement à la drogue et à son milieu. Le patient doit commencer par repenser son domicile ; le foyer, pour tenir sa fonction de repos et de ressourcement, doit être désaffecté de toute drogue. Il doit être « décontaminé » et « désimprégné » du milieu des toxiques. Il s'agit d'éveiller le patient à cette nécessité de « sanctuariser » son domicile.

En deuxième lieu, le patient doit réapprendre à circuler dans son environnement. Il doit apprendre à l'appivoiser. Pour ce faire, le soignant peut éduquer à des comportements d'alertes, des réflexes de vigilance, de préservation et de protection de soi. L'idée est d'acquérir une immunité vis-à-vis d'un milieu hostile et pathogène. L'indifférence acquise face aux stimuli des drogues signera l'efficacité de l'immunisation et donc la sortie durable de la problématique.

En parallèle, l'infirmier dispense des conseils d'éducation à la santé psychocorporelle. Le patient, en adoptant des attitudes favorisant la santé, parviendra peu à peu à transformer ses habitudes pour s'inscrire dans une quotidienneté pérennisant la santé.

Par ailleurs, il s'agit de questionner l'usage des toxiques dans les deux pôles de la vie que sont le travail d'un côté et les loisirs de l'autre, et de motiver son arrêt.

## Autonomie

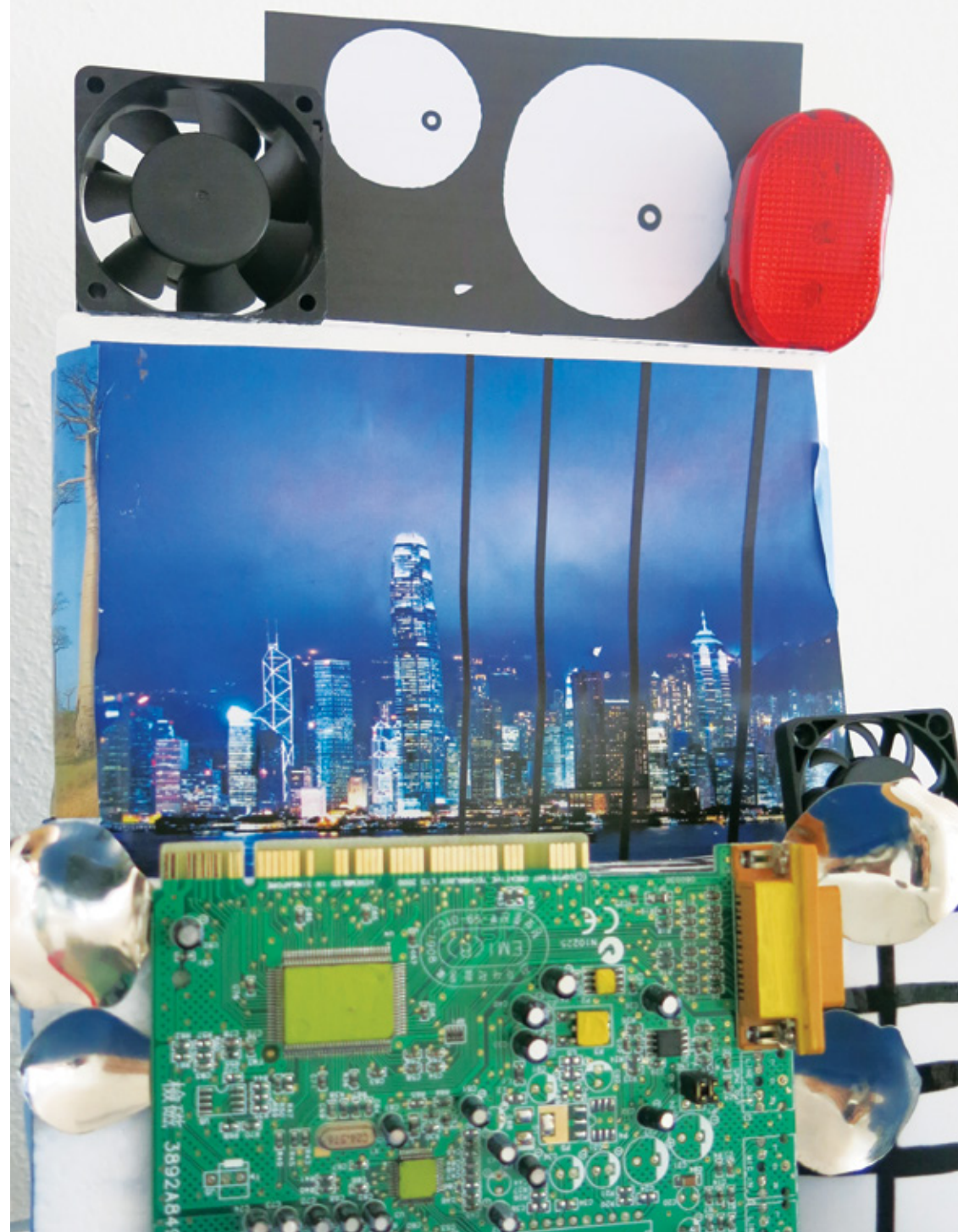
Une fois l'« immunisation » conquise, le patient peut envisager de se séparer progressivement de ses traitements pharmacologiques. Chaque palier de baisse doit être accompagné d'un rappel au risque du stress. Dans ce même processus, le patient doit réapprendre à gérer

le stress ordinaire et mettre en place dans sa vie courante des activités évacuatrices du stress.

En effet, sans cela, le patient réactivera ses réflexes addictifs de reprise de produit. Pour qu'il sache fonctionner durablement, sans « béquille » pharmacologique et de manière autonome, il lui faut acquérir des outils de gestion du stress et des émotions.

Pour conclure, il nous faut ajouter que ces étapes de délivrance des substances psycho-actives et de reconquête de liberté supposent en conjugaison un accompagnement dans un processus long de maturation de soi et d'éveil à une conscience responsable. Cette conscience est la condition pour une liberté durable. Elle se nourrit de petits gestes civiques de tous les jours et s'entretient par un esprit soucieux d'altérité. Etre libre suppose un savoir être. Savoir être suppose un savoir, une connaissance, libre, ouverte au monde, à ses cultures mais aussi à ses règles, à ses principes et valeurs.

Le patient doit disposer du matériel instructif pour son émancipation. Aussi, il est important, tout au long du parcours de soin, de donner et entretenir le goût à cultiver une connaissance du monde et de son histoire. En effet, chaque patient reconstitué en santé et « libre » ne reste pas moins atome de société, il nous faut l'éveiller à la perception de celle-ci et lui rappeler le caractère de sa responsabilité et de sa citoyenneté à son endroit, lieu commun à tous. ■



Travail individuel réalisé par un patient du groupe d'art-thérapie du Centre Phénix Plainpalais



**Melina Bernardo**  
infirmière spécialisée  
Centre Phénix Chêne



**Catherine Stoffel**  
infirmière spécialisée  
Centre Phénix Chêne



**Gaëtan Le Toux**  
infirmier spécialisé  
Centre Phénix Chêne

## La prise en soins des patients souffrant de maladie chronique grave

Il y a plusieurs années, les patients souffrant d'une addiction à l'héroïne mouraient essentiellement d'overdose ou de septicémie. La prise en soins de cette population et l'accès à la méthadone ont permis une amélioration de la qualité de vie et une prolongation de l'espérance de vie.

Néanmoins, nous avons observé que nos patients développent des maladies chroniques, comme tout le monde, mais de façon plus précoce. Après de nombreuses réflexions sur le sujet, pour nos patients souffrant de maladies somatiques graves, nous avons intégré dans nos prestations un accompagnement intensif, comprenant la thématique de l'accompagnement vers la fin de vie. En effet, dans cette période existentielle difficile qu'est la fin de vie, la différence majeure entre la population générale et nos patients réside dans la solitude, l'isolement social et familial où ces derniers se trouvent ; il leur manque l'entourage et le support affectif indispensables pour leur soutien, ce qui rend notre rôle beaucoup plus complexe.

Comme nous le rappelle Léon Schwartzberg<sup>1</sup> : «Le malade, surtout celui qui va mal, est l'être le plus seul qui soit au monde. Victime d'une maladie encore inconnue, objet de soins mystérieusement confiés à des mains étrangères, isolé face à l'équipe médicale qui tire les ficelles de son destin, tenu à distance par sa famille, à l'écart de la société, il est seul comme il ne l'a jamais été de sa vie, avec au fond de lui-même la pensée lancinante de la mort possible, de la mort prochaine».

Cette problématique soulève beaucoup de questionnements au sein de notre équipe interdisciplinaire, car il faut nous adapter à cette réalité afin d'accompagner nos patients de la meilleur façon possible dans cette ultime étape.

Cet accompagnement requiert une attitude particulière. Le soignant doit être capable d'empathie afin de respecter la dignité, la liberté et l'intégrité de chaque patient.



**Pour nos patients souffrant de maladies somatiques graves, nous avons intégré dans nos prestations un accompagnement intensif, comprenant la thématique de l'accompagnement vers la fin de vie.**

Le patient doit pouvoir se sentir en confiance et épaulé, afin d'évoquer la mort et les dispositions légales réfléchies.

Le confort physique et moral, la souplesse du cadre de soins doivent être discutés et pris en compte avec le patient.

Les soins palliatifs et leur nécessité doivent

être évoqués, afin d'éviter une souffrance physique qui fait souvent terriblement peur. Pour certaines personnes, ce n'est pas la mort qui effraie, mais le passage vers la fin et son cortège d'angoisses.

Des rencontres régulières doivent avoir lieu avec le patient ou leurs proches pour pouvoir VIVRE ensemble ce dernier instant avec sérénité.

Cet accompagnement nous demande beaucoup de disponibilité et risque de perturber nos émotions. Comment faire pour renforcer notre résilience ? Comment faire pour avoir l'attitude la plus juste possible ? Autant de questionnements qui alimentent nos réflexions et que nous souhaitons approfondir en équipe et en supervision.

Aussi, pour les patients souffrant de maladies chroniques, le Centre Phénix Chêne a décidé en 2014 d'intégrer à son modèle de « promotion de la santé » une prestation de « psychologie de la santé », qui au sens large, est la contribution scientifique et pratique de la psychologie à l'amélioration et au maintien de la santé, à la prévention, au traitement et à la réhabilitation des maladies, à l'analyse des comportements à risque et des causes des problèmes de la santé ainsi qu'à l'amélioration des systèmes des soins. ■



1. Schwartzberg L. Changer la mort. Editions Albin Michel.1978

Travail réalisé par les patients du groupe d'art-thérapie du Centre Phénix Chêne



## Un regard vers l'extérieur

**Emilie Bingert**

infirmière en soins généraux  
Centre Phénix Grand-Pré

**A**u cours de mon expérience à la Fondation Phénix, j'ai pu observer que la relation avec le patient (surtout le patient souffrant d'addiction) dépend beaucoup du contexte environnemental. Il est vrai que certains de nos patients au sein du Centre Phénix Grand-Pré se confrontent à un environnement étranger; ils adoptent donc une attitude de « malade », qui leur permet de justifier leur présence au sein de la structure. A l'extérieur, c'est à moi en tant que soignante, de rentrer dans leur environnement habituel. C'est donc à moi de m'adapter à leur univers et non le contraire. Cela me demande d'appréhender mes prestations différemment dans un endroit moins spécifique et plus intimiste.

Depuis presque deux ans maintenant, j'anime un groupe « mise en mouvement ». Le but premier n'est pas de faire des prouesses physiques, mais plutôt d'élaborer une dynamique de groupe conviviale.

Pour investir les participants, le circuit emprunté n'est jamais prédéfini à l'avance, mais proposé en fonction des envies de chacun, tout en privilégiant le principe d'autonomie au travers du consentement libre.

Grâce à ces expériences vécues avec les patients, j'ai pu constater que les participants sont dans une relation de soin complètement différente. En effet, la distance physique existante lors de ces groupes suggère que nous marchions symboliquement dans la même direction, que nous marchions ensemble vers un même point ou objectif. Cela apporte une valeur ajoutée à cette prise en soin où les notions de lien et d'authenticité prennent ici toute leur dimension.

Mon rôle lors de ce moment est défini par une présence « contenante », qui rassure le patient dans son activité à l'extérieur, mais également dans le renforcement de ses capacités personnelles. Le climat lors de ce groupe « mise en mouvement » crée une convivialité inestimable que je n'ai jamais pu retrouver en entretien dans mon bureau. Les participants se livrent plus facilement en parlant de choses diverses et ne restent pas centrés sur leur problématique.

Grâce à cette prise en soins que je pourrais qualifier de « différente », j'ai le sentiment que le fait d'être à l'extérieur apporte un échange de

qualité, tout en respectant la sphère intime de chacun. Lors de ces groupes, l'identification des besoins éducatifs et/ou thérapeutiques du patient est facilitée, car je suis plongée dans un contexte qui pourrait passer comme banal: l'extérieur. Dans différents cas, je peux me retrouver face aux difficultés du patient et



**Créer ce lien thérapeutique hors de nos murs, hors de nos positions sécurisantes à l'intérieur de nos bureaux apporte énormément à chacun d'entre nous.**

à l'inverse, face à ses capacités que je peux être amenée à négliger trop souvent. Dans tous les cas, nous apprenons énormément dans l'alliance que nous pouvons créer avec nos patients.

Pour conclure, je pense que créer ce lien thérapeutique hors de nos murs, hors de nos positions sécurisantes à l'intérieur de nos bureaux apporte énormément à chacun d'entre nous. En effet, le fait d'approcher un style relationnel différent, car le lieu et la proximité avec le patient l'obligent, permet de mieux comprendre le patient. ■

## 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 2013.

### Dons Divers

Don Monsieur <b>Paul GREMAUD</b>	Frs	4'000
Don Monsieur et Madame <b>VITE</b>	Frs	700

Don <b>Laboratoire MGD</b>	Frs	17'000
Don <b>MIGROS</b>	Frs	100

### Liste des communes

Cartigny	Frs	200
Chêne Bougeries	Frs	1'000
Chêne-Bourg	Frs	2'000
Corsier	Frs	750
Satigny	Frs	1'000
Vandoeuvres	Frs	1'000
Versoix	Frs	300
Veyrier	Frs	2'000

## FONDATION PHENIX

Chêne-Bougeries

---

rapport de l'organe de révision sur le  
contrôle ordinaire de l'exercice 2013 au  
conseil de fondation

Genève, le 29 avril 2014

**RAPPORT DE L'ORGANE DE REVISION  
SUR LE CONTRÔLE ORDINAIRE DE L'EXERCICE 2013  
AU CONSEIL DE FONDATION DE LA FONDATION PHENIX, CHENE-BOUGERIES**

Mesdames, Messieurs les membres du Conseil de fondation,

**Rapport de l'organe de révision sur les comptes annuels**

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 2013. 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 Bureau 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 Bureau du 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 Bureau du 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 et la présentation fidèles 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 fonder notre opinion d'audit.

.I.

*Opinion d'audit*

Selon notre appréciation, les comptes annuels donnent une image fidèle de la situation financière pour l'exercice arrêté au 31 décembre 2013, ainsi que de sa performance financière et de ses flux de trésorerie, conformément aux 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.

Conformément à l'article 728a alinéa 1 chiffre 3 du Code des Obligations et à la Norme d'audit suisse 890, nous attestons qu'il existe un système de contrôle interne relatif à l'établissement des comptes annuels, défini selon les prescriptions du Conseil de fondation.

Nous recommandons d'approuver les comptes annuels qui vous sont soumis présentant un capital de la Fondation de CHF 2'680'146, après comptabilisation du résultat positif de l'exercice de CHF 153'027.

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

BERNEY & ASSOCIES SA  
Société Fiduciaire

Frédéric BERNEY  
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 2013

ACTIF	Notes	31.12.2013		31.12.2012	
		CHF	CHF	CHF	CHF
<b>ACTIF CIRCULANT</b>					
Liquidités	3.1		1'566'352		1'079'056
Clients - débiteurs	3.2	2'024'380		2'340'585	
Provision pour débiteurs douteux	3.2	(153'943)	1'870'437	(155'061)	2'185'524
Débiteurs divers	3.3		143		702
Comptes de régularisation actif	3.4		25'768		38'510
			<b>3'462'700</b>		<b>3'303'792</b>
<b>ACTIF IMMOBILISÉ</b>					
Autres immobilisations corporelles	4.1		571'908		543'238
Immobilisations en leasing	4.1		0		7'425
Garanties et dépôts	4.2		57'356		57'307
			<b>629'264</b>		<b>607'970</b>
<b>Actif immobilisé affecté</b>					
Immeubles	4.3		1'585'000		1'220'000
			<b>1'585'000</b>		<b>1'220'000</b>
<b>TOTAL DE L'ACTIF</b>			<b>5'676'964</b>		<b>5'131'762</b>

PASSIF	Notes	31.12.2013		31.12.2012	
		CHF	CHF	CHF	CHF
<b>CAPITAUX ÉTRANGERS À COURT TERME</b>					
Fournisseurs	5.1	358'556		249'895	
Créanciers divers	5.2	16'080		24'325	
Comptes de régularisation passif	5.3	126'564		82'155	
Provision pour vacances et heures supplémentaires	5.4	139'248		135'685	
Emprunt hypothécaire- part à court terme	6.1	18'000		18'000	
Engagements leasing - part à court terme	6.2	1'856		9'281	
		<b>660'304</b>		<b>519'341</b>	
<b>CAPITAUX ÉTRANGERS À LONG TERME</b>					
Emprunt hypothécaire - part à long terme	6.1	612'000		630'000	
Subventions non dépensées à restituer à l'échéance du contrat	8.4	38'514		17'302	
		<b>650'514</b>		<b>647'302</b>	
<b>CAPITAL DES FONDS</b>					
Fonds affectés	7.1	1'686'000		1'438'000	
		<b>1'686'000</b>		<b>1'438'000</b>	
<b>CAPITAL DE LA FONDATION</b>					
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		437'585	
Part de subvention non dépensée	8.4	128'738		0	
Résultat de l'exercice	8.4	153'027		128'738	
		<b>2'680'146</b>		<b>2'527'119</b>	
<b>TOTAL DU PASSIF</b>		<b>5'676'964</b>		<b>5'131'762</b>	

## Compte de fonctionnement de l'exercice 2013

	Notes	budget 2013	effectif 2013	effectif 2012
		CHF	CHF	CHF
<b>PRODUITS</b>				
Revenus des soins médicaux		6'503'300	6'496'454	6'397'482
Revenus supervision et enseignement		42'000	56'757	36'515
Revenus des produits de pharmacie et divers		153'000	146'222	159'788
Dons		15'000	21'800	14'500
Subventions de fonctionnement	9.1	992'741	1'000'991	995'460
Autres produits d'exploitation		0	132'626	37'960
Dissolution provision pour perte sur débiteurs		0	1'118	5'148
<b>Total produits de fonctionnement</b>		<b>7'706'041</b>	<b>7'855'968</b>	<b>7'646'853</b>
<b>CHARGES</b>				
Frais de conseils		(20'000)	(25'014)	(13'880)
Charges de personnel		(5'601'918)	(5'522'075)	(5'494'408)
Consultants et intérimaires		(169'000)	(237'601)	(225'582)
Formation et autres charges		(63'200)	(48'555)	(47'530)
Loyers		(387'758)	(387'678)	(396'157)
Entretien des locaux		(59'000)	(64'688)	(61'206)
Achats produits médico-pharmaceutiques		(365'500)	(377'394)	(352'632)
Achats de matériel & Aménagement locaux		(44'500)	(62'088)	(39'029)
Entretien matériel		(36'000)	(45'154)	(52'977)
Séminaires et congrès		(27'750)	(26'952)	(35'838)
Pertes sur débiteurs		(75'000)	(97'527)	(76'185)
Autres charges d'exploitation		(648'639)	(385'664)	(360'150)
<b>Total des charges de fonctionnement</b>		<b>(7'498'265)</b>	<b>(7'280'390)</b>	<b>(7'155'574)</b>
<b>Résultat de fonctionnement avant amortissements, résultat financier et résultats des fonds</b>		<b>207'776</b>	<b>575'578</b>	<b>491'279</b>
Amortissements	4.1	(150'000)	(142'339)	(132'329)
<b>Résultat de fonct. avant résultat financier et résultat des fonds</b>		<b>57'776</b>	<b>433'239</b>	<b>358'950</b>
Produits financiers		0	6'136	7'537
Charges financières		(7'500)	(6'572)	(7'665)
Intérêts hypothécaires		(15'135)	(14'679)	(17'386)
<b>Résultat financier</b>		<b>(22'635)</b>	<b>(15'115)</b>	<b>(17'514)</b>
<b>Résultat de fonctionnement avant éléments exceptionnels</b>		<b>35'141</b>	<b>418'124</b>	<b>341'436</b>
Produits sur exercices antérieurs		0	3'437	8'753
Charges sur exercices antérieurs		0	(10'840)	(6'149)
Produit exceptionnel		0	11'518	20'000
<b>Résultat éléments exceptionnels</b>		<b>0</b>	<b>4'115</b>	<b>22'604</b>
<b>Résultat de fonctionnement avant résultat des fonds</b>		<b>35'141</b>	<b>422'239</b>	<b>364'040</b>
Charge fonds affecté Wilsdorf	7.1	0	0	(20'000)
Produits différés fonds affecté Wilsdorf	7.1	0	2'000	2'000
<b>Résultat des fonds</b>		<b>0</b>	<b>2'000</b>	<b>(18'000)</b>
<b>RESULTAT DE L'EXERCICE (AVANT REPARTITION)</b>		<b>35'141</b>	<b>424'239</b>	<b>346'040</b>
Part du résultat revenant à l'Etat	8.4	0	(21'212)	(17'302)
Attribution au fonds pour Villa route de Chêne	7.1/8.4	0	(180'000)	(200'000)
Attribution au fonds pour PPE de Plainpalais rénovation	7.1/8.4	0	(70'000)	0
<b>RESULTAT DE L'EXERCICE (APRÈS REPARTITION)</b>		<b>35'141</b>	<b>153'027</b>	<b>128'738</b>

## Tableau de flux de trésorerie de l'exercice 2013

	2013	2012
	CHF	CHF
Résultat de l'exercice après répartition	153'027	128'738
Part du résultat revenant à l'Etat	21'212	17'302
Attribution au fonds pour Villa route de Chêne	180'000	200'000
Attribution au fonds pour PPE de Plainpalais rénovation	70'000	0
Pertes sur débiteurs	97'527	76'185
Amortissements	142'339	132'329
Produits sur exercices antérieurs	(2'535)	0
Utilisation des fonds affectés	(2'000)	(2'000)
Constitution de provisions	2'443	3'099
<b>Marge brute d'autofinancement</b>	<b>662'013</b>	<b>555'653</b>
<b>Variation des actifs circulants</b>		
- débiteurs	218'678	(299'617)
- débiteurs divers	559	(239)
- comptes de régularisation actif	12'742	25'462
<b>Variation des engagements à court terme</b>		
- fournisseurs	108'661	17'934
- créanciers divers	(8'245)	4'821
- comptes de régularisation passif	44'409	10'216
- subventions non dépensées à restituer à l'échéance du contrat	0	(34'953)
<b>Flux de fonds provenant des activités d'exploitation</b>	<b>1'038'817</b>	<b>279'277</b>
Acquisitions d'autres immobilisations corporelles	(161'047)	(245'199)
Acquisitions d'immeubles	(365'000)	0
Variation des garanties et dépôts	(49)	(15'708)
<b>Flux de fonds utilisés pour des opérations d'investissement</b>	<b>(526'096)</b>	<b>(260'907)</b>
Remboursement de l'emprunt hypothécaire	(18'000)	(168'000)
Remboursement des engagements leasing	(7'425)	(8'958)
Encaissement des fonds affectés	0	20'000
<b>Flux de fonds utilisés pour des opérations de financement</b>	<b>(25'425)</b>	<b>(156'958)</b>
Variation nette des liquidités	487'296	(138'588)
Liquidités au début de l'exercice	1'079'056	1'217'644
<b>LIQUIDITES A LA FIN DE L'EXERCICE</b>	<b>1'566'352</b>	<b>1'079'056</b>
A la date du bilan, les liquidités sont composées des éléments suivants:		
Avoirs en caisse	2'961	8'502
Avoirs auprès du CCP	74'876	47'796
Avoirs en banque	1'488'515	1'022'758
<b>TOTAL DES LIQUIDITES</b>	<b>1'566'352</b>	<b>1'079'056</b>

## Tableau de variation du capital de l'exercice 2013

	Capital de dotation	Capital libre généré reporté	Résultat reporté exercices 2008 à 2011	Part de subvention non dépensée	Résultat de l'exercice	Total
	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF
Situation au 1 <sup>er</sup> janvier 2012	100'000	1'860'796	(9'285)	0	446'870	2'398'381
Attribution du résultat 2011	0	0	446'870	0	(446'870)	0
Résultat de l'exercice 2012	0	0	0	0	128'738	128'738
<b>Situation au 31 décembre 2012</b>	<b>100'000</b>	<b>1'860'796</b>	<b>437'585</b>	<b>0</b>	<b>128'738</b>	<b>2'527'119</b>
Attribution du résultat 2012	0	0	0	128'738	(128'738)	0
Résultat de l'exercice 2013	0	0	0	0	153'027	153'027
<b>SITUATION AU 31 DÉCEMBRE 2013</b>	<b>100'000</b>	<b>1'860'796</b>	<b>437'585</b>	<b>128'738</b>	<b>153'027</b>	<b>2'680'146</b>

## Tableau de variation des fonds affectés de l'exercice 2012

	Solde au 1 <sup>er</sup> janvier	Attribution	Transfert de fonds internes	Utilisation	Solde au 31 décembre
	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF
<b>Fonds affectés disponibles</b>					
Fonds affecté Villa route de Chêne	900'000	0	200'000	0	1'100'000
<b>Total des fonds affectés disponibles</b>	<b>900'000</b>	<b>0</b>	<b>200'000</b>	<b>0</b>	<b>1'100'000</b>
<b>Fonds affectés engagés</b>					
Fonds affecté PPE de Plainpalais	320'000	0	0	0	320'000
Fonds affecté Fondation Hans Wilsdorf pour aménagement centre adolescents	0	20'000	0	(2'000)	18'000
<b>Total des fonds affectés engagés</b>	<b>320'000</b>	<b>20'000</b>	<b>0</b>	<b>(2'000)</b>	<b>338'000</b>
<b>TOTAL DES FONDS AFFECTÉS</b>	<b>1'220'000</b>	<b>20'000</b>	<b>200'000</b>	<b>(2'000)</b>	<b>1'438'000</b>

## Tableau de variation des fonds affectés de l'exercice 2013

	Solde au 1 <sup>er</sup> janvier	Attribution	Transfert de fonds internes	Utilisation	Solde au 31 décembre
	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF
<b>Fonds affectés disponibles</b>					
Fonds affecté Villa route de Chêne	1'100'000	180'000	(365'000)	0	915'000
Fonds affecté PPE de Plainpalais rénovation	0	70'000	0	0	70'000
<b>Total des fonds affectés disponibles</b>	<b>1'100'000</b>	<b>250'000</b>	<b>(365'000)</b>	<b>0</b>	<b>985'000</b>

## Tableau de variation des fonds affectés de l'exercice 2013 (suite)

	Solde au 1 <sup>er</sup> janvier	Attribution	Transfert de fonds internes	Utilisation	Solde au 31 décembre
	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF
<b>Fonds affectés engagés</b>					
Fonds affecté PPE de Plainpalais	320'000	0	0	0	320'000
Fonds affecté Villa route de Chêne	0	0	365'000	0	365'000
Fonds affecté Fondation Hans Wilsdorf pour aménagement centre adolescents	18'000	0	0	(2'000)	16'000
<b>Total des fonds affectés engagés</b>	<b>338'000</b>	<b>0</b>	<b>365'000</b>	<b>(2'000)</b>	<b>701'000</b>
<b>TOTAL DES FONDS AFFECTÉS</b>	<b>1'438'000</b>	<b>250'000</b>	<b>0</b>	<b>(2'000)</b>	<b>1'686'000</b>

## 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 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 Immeubles

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 ». déduction faite des corrections de valeur nécessaires.

## 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 Fonds affectés

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 bénéfiques résultant d'aliénations des biens et d'actifs immobiliers.

## 3 Actif circulant

### 3.1 Liquidités

	31.12.2013	31.12.2012
	CHF	CHF
<b>Liquidités</b>		
Caisses	2'961	8'502
Chèques postaux – comptes courants	69'326	36'409
UBS SA – comptes courants	1'269'557	744'325
BCGE – comptes courants	218'905	278'353
Chèques postaux – comptes sociaux	5'550	11'388
BCGE – comptes sociaux	53	80
<b>TOTAL DES LIQUIDITÉS</b>	<b>1'566'352</b>	<b>1'079'056</b>

### 3.2 Clients - débiteurs

	31.12.2013	31.12.2012
	CHF	CHF
<b>Clients - débiteurs</b>		
Débiteurs collectifs	2'024'380	2'340'585
./. Provision pour débiteurs douteux	(153'943)	(155'061)
<b>TOTAL DES CLIENTS - DÉBITEURS</b>	<b>1'870'437</b>	<b>2'185'524</b>

La provision pour débiteurs douteux a été estimée selon les principes définis au point 2.10.2 à CHF 153'943. Ce montant se répartit entre la provision pour patients suspendus par les caisses maladie pour CHF 77'456 (2012: CHF 93'923) et la provision pour les autres débiteurs définie au taux de 3% et au cas par cas pour un montant total de CHF 76'487 (2012: 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 97'527 (2012: CHF 76'185).

### 3.3 Débiteurs divers

	31.12.2013	31.12.2012
	CHF	CHF
<b>Débiteurs divers</b>		
Impôt anticipé à recevoir	143	702
Subvention à recevoir	0	0
<b>TOTAL DES DÉBITEURS DIVERS</b>	<b>143</b>	<b>702</b>

### 3.4 Comptes de régularisation actif

	31.12.2013	31.12.2012
	CHF	CHF
<b>Comptes de régularisation actif</b>		
Charges payées d'avance	17'880	17'594
Produits à recevoir	7'888	20'916
<b>TOTAL DES COMPTES DE RÉGULARISATION ACTIF</b>	<b>25'768</b>	<b>38'510</b>

Les principales charges payées d'avance sont des charges d'abonnements portant sur plusieurs exercices.

Les produits à recevoir sont principalement constitués d'indemnités accidents à recevoir.

## 4 Actif immobilisé

### 4.1 Les autres immobilisations corporelles sont assurées contre l'incendie pour une valeur de CHF 1'600'000 (2012: CHF 1'600'000).

	Valeur d'acquisition au 31.12.2012		Sorties / cessions au 31.12.2013		Transfert interne au 31.12.2013		Acquisitions au 31.12.2013		Valeur d'acquisition au 31.12.2013		Amort. cumulés 31.12.2012		Sorties / cessions au 31.12.2013		Amort. cumulés 31.12.2013		Valeur nette 31.12.2012		Valeur nette 31.12.2013	
	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF
Chêne	268'792	(26'043)	0	5'7799	300'548	(1'71'686)	26'043	(29'875)	(1'75'518)	97'105	125'030									
Adolescents	20'000	0	0	2'231	22'231	(2'000)	0	(2'223)	(4'223)	18'000	18'008									
Plainpalais	269'587	(3'096)	0	28'743	295'234	(1'03'831)	3'096	(29'524)	(1'30'259)	165'756	164'975									
Gd Pré	55'007	0	695	13'091	68'793	(26'015)	0	(6'876)	(32'894)	28'991	35'899									
Administration centrale	92'834	0	0	0	92'834	(49'964)	0	(9'264)	(59'248)	42'870	33'586									
Centre Envol	152'651	(1'799)	0	1'890	152'742	(1'14'484)	1'799	(15'274)	(127'959)	38'167	24'783									
<b>TOTAL MOBILIER ET ÉQUIPEMENT</b>	<b>858'870</b>	<b>(30'938)</b>	<b>695</b>	<b>10'3754</b>	<b>932'382</b>	<b>(467'981)</b>	<b>30'938</b>	<b>(93'059)</b>	<b>(530'101)</b>	<b>390'889</b>	<b>402'281</b>									
Aménagement Rois-ADM	66'739	0	0	0	66'739	(6'674)	0	(6'674)	(13'348)	60'065	53'991									
Aménagement Rois-ADOS	67'926	0	0	0	67'926	(6'793)	0	(6'792)	(13'585)	61'133	54'341									
<b>TOTAL AMÉNAGEMENT CENTRE DES ROIS</b>	<b>134'665</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>134'665</b>	<b>(13'466)</b>	<b>0</b>	<b>(13'466)</b>	<b>(26'933)</b>	<b>121'198</b>	<b>107'732</b>									
Chêne	23'489	(8'069)	0	15'000	30'420	(15'617)	8'069	(7'605)	(15'153)	7'871	15'267									
Adolescents	6'500	0	0	0	6'500	(1'625)	0	(1'625)	(3'250)	4'875	3'250									
Plainpalais	9'914	(4'492)	0	19'374	24'796	(7'198)	4'492	(6'199)	(8'905)	2'716	15'891									
Gd Pré	12'798	(6'775)	1'840	11'508	19'371	(8'490)	6'775	(4'843)	(6'558)	4'309	12'813									
Administration centrale	31'221	(14'214)	0	6'537	23'544	(21'870)	14'214	(5'886)	(1'3'542)	9'951	10'002									
Centre Envol	5'319	(1'268)	0	4'874	8'925	(3'290)	1'268	(2'231)	(4'253)	2'030	4'672									
<b>TOTAL INSTALLATIONS INFORMATIQUES</b>	<b>89'241</b>	<b>(34'818)</b>	<b>1'840</b>	<b>57'293</b>	<b>113'556</b>	<b>(58'090)</b>	<b>34'818</b>	<b>(28'389)</b>	<b>(51'661)</b>	<b>31'151</b>	<b>61'895</b>									
<b>TOTAL AUTRES IMMOBILISATIONS CORPORELLES</b>	<b>1'082'776</b>	<b>(65'755)</b>	<b>2'535</b>	<b>16'1047</b>	<b>1'180'604</b>	<b>(539'538)</b>	<b>65'755</b>	<b>(134'914)</b>	<b>(608'696)</b>	<b>543'238</b>	<b>571'908</b>									
<b>IMMOBILISATIONS (MATÉRIEL INFORMATIQUE) EN LEASING</b>	<b>48'198</b>	<b>(18'500)</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>29'698</b>	<b>(40'773)</b>	<b>18'500</b>	<b>(7'425)</b>	<b>(29'698)</b>	<b>7'425</b>	<b>0</b>									
Chêne	28'846	(12'705)	0	0	7'348	23'489	(22'450)	12'705	(5'872)	6'396	7'871									
Adolescents	0	0	0	0	6'500	6'500	0	0	(1'625)	0	4'875									
Plainpalais	10'780	(2'217)	0	0	9'914	6'936	(6'217)	1'386	(3'660)	5'129	4'309									
Gd Pré	11'346	(1'386)	0	0	2'839	12'798	(6'217)	1'386	(8'490)	5'129	4'309									
Administration centrale	41'768	(20'061)	9'514	31'221	9'514	31'221	(34'125)	20'061	(7'805)	7'642	9'351									
Centre Envol	5'284	(1'315)	1'350	5'319	1'350	5'319	(3'275)	1'315	(1'330)	2'009	2'030									
<b>TOTAL INSTALLATIONS INFORMATIQUES</b>	<b>98'024</b>	<b>(37'684)</b>	<b>28'901</b>	<b>89'241</b>	<b>89'241</b>	<b>(73'004)</b>	<b>37'684</b>	<b>(22'770)</b>	<b>(58'090)</b>	<b>25'020</b>	<b>31'151</b>									
<b>TOTAL AUTRES IMMOBILISATIONS CORPORELLES</b>	<b>1'118'792</b>	<b>(279'215)</b>	<b>2'451'199</b>	<b>1'082'776</b>	<b>1'082'776</b>	<b>(696'739)</b>	<b>279'215</b>	<b>(122'014)</b>	<b>(539'538)</b>	<b>420'053</b>	<b>543'238</b>									
<b>IMMOBILISATIONS (MATÉRIEL INFORMATIQUE) EN LEASING</b>	<b>117'435</b>	<b>(69'238)</b>	<b>0</b>	<b>48'198</b>	<b>0</b>	<b>(99'696)</b>	<b>69'238</b>	<b>(10'315)</b>	<b>(40'773)</b>	<b>17'740</b>	<b>7'425</b>									

## 4.2 Immobilisations financières

	31.12.2013	31.12.2012
	CHF	CHF
Banques, dépôts de garantie loyers	55'266	55'217
Dépôt SIG	2'090	2'090
<b>TOTAL DES IMMOBILISATIONS FINANCIÈRES</b>	<b>57'356</b>	<b>57'307</b>

Deux garanties de loyers ont été constituées respectivement en 1997 et 2004, auprès de l'UBS. En 2012, une nouvelle garantie de loyer a été constituée auprès de la Banque Cantonale de Genève. Ainsi, au 31 décembre 2013, la valeur totale de ces garanties s'élève à CHF 55'267 (2012 : CHF 55'217). Ces garanties bancaires sont en relation avec la location des locaux à la rue du Grand-Pré 72, rue Jean-Violette 10 et rue des Rois 21-23.

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

## 4.3 Actif immobilisé affecté – immeubles

	31.12.2013	31.12.2012
	CHF	CHF
PPE de Plainpalais	1'220'000	1'220'000
Villa route de de Chêne - parcelle 2043	365'000	0
<b>TOTAL DES IMMEUBLES</b>	<b>1'585'000</b>	<b>1'220'000</b>

La PPE de Plainpalais est assurée contre l'incendie pour une valeur de CHF 1'121'743 (2012 : CHF 1'096'792). 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.

En décembre 2013, dans le cadre de l'acquisition de la parcelle 2043 sise route de Chêne, la Fondation a versé un acompte de CHF 365'000 correspondant à la part des fonds propres à apporter, plus les frais

juridiques y relatifs, sur la base du prix d'achat total de CHF 1'450'000. Le solde du prix d'achat sera lui financé à l'aide d'un emprunt hypothécaire de CHF 1'160'000, contracté auprès de la Banque Raiffeisen. La vente a été signée et prendra effet au 1<sup>er</sup> janvier 2014.

Dans le cadre des discussions relatives à l'acquisition susmentionnée, la Fondation a également signé une promesse d'achat sur la seconde parcelle 2042 sise route de Chêne, pour un montant également de CHF 1'450'000. Cette opération sera également financée par la Banque Raiffeisen, à des conditions déjà déterminée. Aucun montant n'a été versé à ce jour. Cet achat prendra effet au plus tôt au 1<sup>er</sup> octobre 2017, mais au plus tard le 31 octobre 2017.

## 5 Capitaux étrangers à court terme

### 5.1 Fournisseurs

	31.12.2013	31.12.2012
	CHF	CHF
<b>Fournisseurs</b>		
Fournisseurs collectifs	345'614	241'233
Créanciers caisses maladie	12'943	8'662
<b>TOTAL DES FOURNISSEURS</b>	<b>358'557</b>	<b>249'895</b>

### 5.2 Créanciers divers

	31.12.2013	31.12.2012
	CHF	CHF
<b>Créanciers divers</b>		
Fonds des patients	4'644	10'481
Créanciers divers à régulariser	25'574	8'907
Fondation WILSDORF, subvention réinsertion	634	634
Fonds National suisse	0	3'733
GREa - Etude Alcochoix	330	570
<b>TOTAL DES CRÉANCIERS DIVERS</b>	<b>31'182</b>	<b>24'325</b>

### 5.3 Comptes de régularisation passif

	31.12.2013	31.12.2012
	CHF	CHF
<b>Comptes de régularisation passif</b>		
Charges à payer	126'412	82'155
Prestations reçues d'avance	152	0
<b>TOTAL DES COMPTES DE RÉGULARISATION</b>	<b>126'564</b>	<b>82'155</b>



Les charges à payer au 31 décembre 2013 concernent uniquement des charges d'exploitation.

Les prestations reçues d'avance correspondent aux versements d'indemnités maladie pour une collaboratrice de 1 jour sur le mois de janvier 2014.

#### 5.4 Provision pour vacances et heures supplémentaires

	Provision 01.01.2013	Constitution 2013	Utilisation 2013	Dissolution 2013	Provision 31.12.2013
	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF
Provision	135'685	139'248	(135'685)	0	139'248
<b>TOTAL DE LA PROVISION</b>	<b>135'685</b>	<b>139'248</b>	<b>(135'685)</b>	<b>0</b>	<b>139'248</b>

	Provision 01.01.2012	Constitution 2012	Utilisation 2012	Dissolution 2012	Provision 31.12.2012
	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF
Provision	122'769	135'685	(122'769)	0	135'685
<b>TOTAL DE LA PROVISION</b>	<b>122'769</b>	<b>135'685</b>	<b>(122'769)</b>	<b>0</b>	<b>135'685</b>

## 6 Capitaux étrangers à long terme

### 6.1 Emprunt hypothécaire

	31.12.2013	31.12.2012
	CHF	CHF
<b>Emprunt hypothécaire</b>		
Hypothèque PPE de Plainpalais	630'000	648'000
<b>TOTAL DE L'EMPRUNT HYPOTHÉCAIRE</b>	<b>630'000</b>	<b>648'000</b>

Cette hypothèque est constituée d'un prêt de CHF 416'000 d'une durée de 10 ans, soit du 3 avril 2012 jusqu'au 4 avril 2022, et d'un prêt de CHF 250'000 d'une durée de 5 ans, soit du 3 avril 2012 jusqu'au 3 avril 2017. Les deux prêts ont été contractés auprès de la Banque Cantonale de Genève.

Les taux d'intérêts appliqués sont respectivement de 2.518% et de 1.863% et sont fixes sur toutes les durées mentionnées ci-dessus.

Un amortissement direct de CHF 18'000 est payé annuellement.

Ces prêts sont garantis par des cédules hypothécaires d'un montant total de CHF 900'000 grevant le bien immobilier y relatif.

### 6.2 Engagements leasing

	Desc.	Date début leasing	Nb. men- sualité	Date fin leasing	Intérêts	T otal intérêts	Valeur résiduelle fin contrat
						CHF	CHF
<b>ENGAGEMENTS LEASING</b>							
GrenkeLeasing	Serveur N°5397	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 01.01.2012	Invest. 2012	Rembour- sements 2012	Valeur engagements 31.12.2012	Invest. 2013	Rembour- sements 2013	Valeur engagements 31.12.2013
	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF
GrenkeLeasing	1'534	0	(1'534)	0	0	0	0
Ecofina	16'705	0	(7'424)	9'281	0	(7'425)	1'856
	<b>18'239</b>	<b>0</b>	<b>(7'424)</b>	<b>9'281</b>	<b>0</b>	<b>(7'425)</b>	<b>1'856</b>

## 7 Capital des fonds

### 7.1 Fonds affectés

	31.12.2013	31.12.2012
	CHF	CHF
<b>Fonds affectés disponibles</b>		
Fonds affecté Villa route de Chêne	915'000	1'100'000
Fonds affecté PPE de Plainpalais rénovation	70'000	0
	<b>985'000</b>	<b>1'100'000</b>
<b>Fonds affectés engagés</b>		
Fonds affecté PPE de Plainpalais	320'000	320'000
Fonds affecté Villa route de Chêne	365'000	0
Fonds affecté Fondation Hans Wilsdorf pour aménagement centre adolescents	16'000	18'000
	<b>701'000</b>	<b>338'000</b>
<b>TOTAL DES FONDS AFFECTÉS</b>	<b>1'686'000</b>	<b>1'438'000</b>

Afin de pouvoir constater le détail des mouvements relatifs à ces fonds affectés, nous vous renvoyons au « tableau de variation des fonds affectés pour les exercices 2012 et 2013 » en page 68.

Le fonds affecté PPE de Plainpalais est intégralement engagé et a servi au financement de l'acquisition du bien immobilier figurant à l'actif pour un montant de CHF 1'220'000 au 31 décembre 2013 (voir chiffre 4.3). Le bien à l'actif du bilan n'étant pas amorti, aucune reconnaissance de ce fonds au compte de fonctionnement n'est comptabilisée.

La constitution du fonds affecté Villa route de Chêne fait suite à la décision datant de 2009 d'affecter le produit de la vente de la Maison d'Axel de CHF 790'000 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 avait été décidée par le Conseil de fondation au 31 décembre 2010. Une nouvelle attribution de CHF 200'000 à ce fonds avait été effectuée au 31 décembre 2012.

En décembre 2013, dans le cadre de l'acquisition de la parcelle 2043 sise route de Chêne, un montant de CHF 365'000 a servi au financement de la part des fonds propres à apporter, plus les frais juridiques y relatifs, sur la base du prix d'achat total de CHF 1'450'000.

Dans le cadre des discussions relatives à l'acquisition susmentionnée, la Fondation a également signé une promesse d'achat sur la seconde parcelle 2042 sise route de Chêne, pour un montant également de CHF 1'450'000. Aucun montant n'a été versé à ce jour. Cet achat prendra effet au plus tôt au 1<sup>er</sup> octobre 2017, mais au plus tard le 31 octobre 2017.

En ce qui concerne le fonds affecté Fondation Hans Wilsdorf pour l'aménagement du centre adolescents, un montant de CHF 20'000 a été reçu durant l'exercice 2012 et intégralement investi conformément à son but. A ce jour, CHF 4'000 (2012 : CHF 2'000) ont été reconnu au compte de fonctionnement afin de couvrir l'amortissement des immobilisations ainsi acquises.

Sur la base du résultat disponible au 31 décembre 2013, la Bureau du Conseil de Fondation a décidé les attributions complémentaires suivantes :

- CHF 180'000 au fonds affecté Villa route de Chêne, afin de financer les coûts de rénovation des locaux, tels que toit, isolation extérieure, fenêtres, etc.,
- CHF 70'000 au nouveau fonds affecté PPE de Plainpalais rénovation, afin de financer également les coûts de rénovation des locaux, tel que susmentionné.

## 8 Capital de la fondation

Le capital de la Fondation est composé comme suit :

	Notes	31.12.2013	31.12.2012
		CHF	CHF
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	437'585
Part de subvention non dépensée	8.4	128'738	0
Résultat de l'exercice	8.4	153'027	128'738
<b>CAPITAL DE LA FONDATION</b>		<b>2'680'146</b>	<b>2'527'119</b>

### 8.1 Capital de dotation

	31.12.2013	31.12.2012
	CHF	CHF
<b>CAPITAL DE LA FONDATION</b>	<b>100'000</b>	<b>100'000</b>

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

	31.12.2013	31.12.2012
	CHF	CHF
<b>CAPITAL LIBRE GÉNÉRÉ REPORTÉ</b>	<b>1'860'796</b>	<b>1'860'796</b>

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

### 8.3 Résultat reporté – exercices 2008 à 2011

	31.12.2013	31.12.2012
	CHF	CHF
<b>RÉSULTAT REPORTÉ – EXERCICES 2008 À 2011</b>	<b>437'585</b>	<b>(437'585)</b>

Le résultat reporté des exercices 2008 à 2011 représente les résultats définitivement acquis à la Fondation.

### 8.4 Résultat de l'exercice

	Cumulé	2013	2012
	CHF	CHF	CHF
<b>Résultat de l'exercice (avant répartition)</b>	<b>770'279</b>	<b>424'239</b>	<b>346'040</b>
Résultat à restituer à l'Etat de Genève	(38'514)	(21'212)	(17'302)
Attribution aux fonds affectés	(450'000)	(250'000)	(200'000)
<b>RÉSULTAT DE L'EXERCICE (APRÈS RÉPARTITION)</b>	<b>281'765</b>	<b>153'027</b>	<b>128'738</b>

La Fondation est au bénéfice d'un contrat de prestations avec l'Etat de Genève portant sur les années 2012 à 2016, sur la base duquel 5% du résultat de l'exercice doit être restitué au subventionneur.

Sur la base du résultat de l'exercice 2013, la part du résultat revenant à l'Etat de Genève s'élève à CHF 21'212 (2012: CHF 17'302) et la Fondation conserve ainsi CHF 153'027 (2012: CHF 128'738), après une attribution de CHF 250'000 aux fonds affectés (2012: CHF 200'000).

Au 31 décembre 2013, le montant cumulé du résultat 2012-2013 à restituer à l'Etat de Genève s'élève à CHF 38'514 (2012: CHF 17'302) et est présenté en « Subventions non dépensées à restituer à l'échéance du contrat » en capitaux étranger à long terme. La part cumulée que la Fondation peut conserver se monte à CHF 281'765 (2012: CHF 128'738) et est présentée dans la rubrique « Part de subvention non dépensée » dans le capital de la Fondation.

## 9 Produits des subventions

### 9.1 Subventions de fonctionnement

	2013	2012
	CHF	CHF
<b>Subventions de fonctionnement</b>		
Fédérales :		
- Subvention annuelle OFAS	625'460	625'460
Cantonales et communales :		
- Subvention de l'Etat de Genève	367'281	370'000
- Subvention des Communes	8'250	0
<b>TOTAL DES SUBVENTIONS DE FONCTIONNEMENT</b>	<b>1'000'991</b>	<b>995'460</b>

Ces subventions de fonctionnement découlent de conventions ou accords avec les subventionneurs et portent sur des subventions monétaires.

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 de 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 a eu lieu en 2013 et porte désormais le nom de Système Phénix.

## 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 1er octobre 2009. Cette évaluation du risque a été renouvelée lors de la recertification Quathéda en janvier 2012, puis

actualisée en 2013 afin de réponse à la nouvelle organisation de la Fondation et a été approuvée par le Conseil de fondation lors de la séance du 5 décembre 2013. Cette évaluation sert également de base au système de contrôle interne Phénix (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 par séance selon le détail suivant :

Président : CHF 300  
 Vice-président : CHF 275  
 Trésorier : CHF 275  
 Membre : CHF 250

Le total des indemnités versées au cours de l'exercice 2013 est de CHF 25'014 (2012 : CHF 13'880).

### 13.2 Rémunération de la direction

Au 31 décembre 2013, le Conseil de Direction est 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%
Dr Khadija Ammar, responsable du centre du Grand-Pré	100%
M. Yann Linossier, responsable administratif	90%
M. Philip Nielsen, responsable centre Adolescent Mail	80%
M. Jean-Marie Rossier, responsable qualité	87,5%

Il est à relever qu'en juin 2013, le responsable du centre de Plainpalais a quitté la Fondation. Depuis, l'intérim est assuré par le Dr Marina Croquette-Krokar et Monsieur Yann Linossier.

La rémunération globale (salaires bruts) du Conseil de Direction est de CHF 1'230'716 pour l'exercice 2013, hors responsable du centre de Plainpalais (2012 : CHF 1'414'468, y compris le responsable du centre de Plainpalais).

### 13.3 Indemnités complémentaires et avantages en nature

	2013	2012
	CHF	CHF
<b>Directeurs et cadres supérieurs</b>		
Déplacements	7'200	7'200
<b>TOTAL DES INDEMNITÉS COMPLÉMENTAIRES</b>	<b>7'200</b>	<b>7'200</b>

## 14 Charges administratives

	2013
	CHF
Charges de personnel	715'091
Loyers et entretien des locaux	42'220
Achats et entretien de matériel	10'009
Autres charges d'exploitation	35'995
<b>Total des charges administratives de fonctionnement</b>	<b>803'315</b>
Amortissements	13'285
<b>TOTAL DES CHARGES ADMINISTRATIVES</b>	<b>816'600</b>



Travail individuel réalisé par un patient du groupe d'art-thérapie du Centre Phénix Chêne

## Rapport de performances 2013

### 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 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.

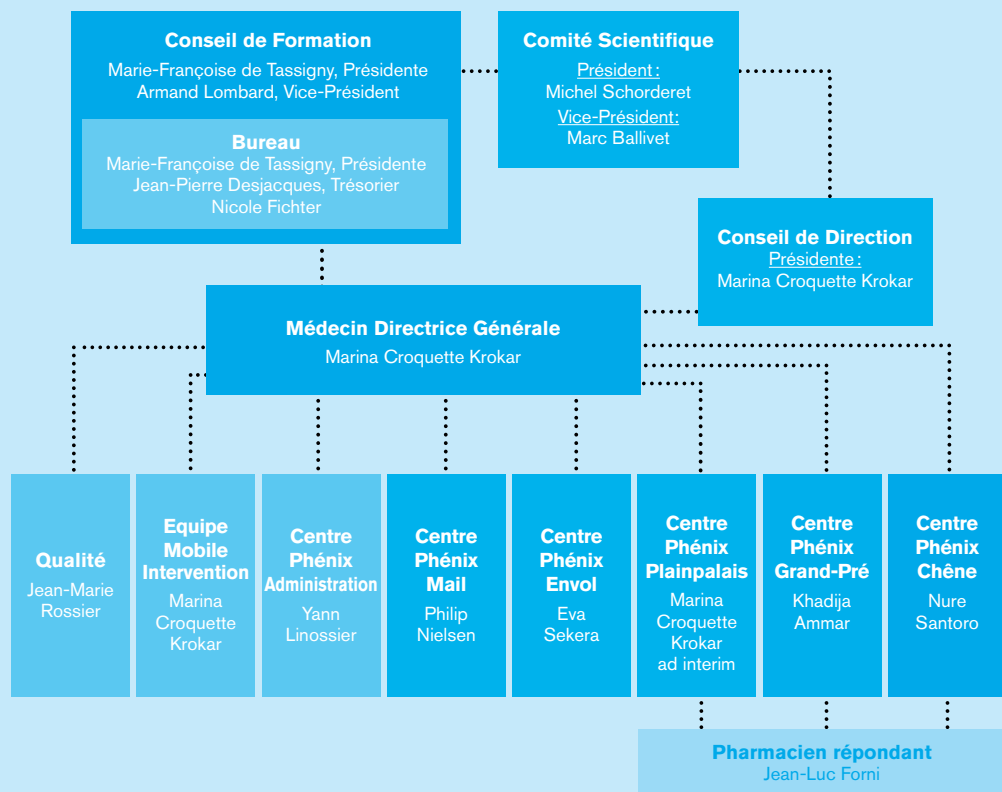
La Fondation Phénix participe également à la sensibilisation, à la prévention et au dépistage des addictions. Elle procède aux études et évaluations souhaitables, participe à des séminaires et congrès aux fins de déterminer les moyens thérapeutiques les plus indiqués pour atteindre son but.

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 31 décembre 2013



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 Armand Lombard	Vice-président
Monsieur Jean-Pierre Desjacques	Trésorier
Monsieur Marc Ballivet	Membre
Monsieur Yves Burrus	Membre
Madame Jacqueline Corboz	Membre
Madame Nicole Fichter	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, du coordinateur administratif et du responsable qualité. 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 Directrice générale
Madame Nuré Santoro-Bécirevic	Médecin responsable du centre de Chêne
Madame Khadija Ammar	Médecin responsable du Centre Phénix Grand-Pré
Madame Marina Croquette-Krokhar	Médecin responsable du Centre Phénix Plainpalais
Madame Eva Sekera	Médecin responsable du Centre Phénix Envol
Monsieur Yann Linossier	Administrateur responsable du Centre Phénix Administration
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 250.- (deux cents cinquante francs net) est octroyée pour un membre, CHF 275.- (deux cents septante cinq francs net) pour le Vice-président et le Trésorier et CHF 300.- (trois cents francs net) pour la Présidente. 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 2013 une moyenne de 1'342 patients répartis comme suit :

	2013	2012
Centre Phénix Chêne - consultation Adultes	296	333
Centre Phénix Mail-Consultation Adolescents	215	182
Centre Phénix Plainpalais	206	236
Centre Phénix Grand-Pré	247	235
Centre Phénix Envol	378	337
<b>Total</b>	<b>1'342</b>	<b>1'323</b>

### 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 240.- pour les divers soins prodigués aux personnes dépendantes.

## 2.3 Le personnel de la fondation au 31 décembre 2013 – 58 personnes

### Médecins

**Antoinette Al-amine,**  
médecin interniste

**Khadija Ammar,**  
médecin psychiatre –  
responsable de centre

**Michaela  
Constantinescu,**  
médecin psychiatre  
consultant

**Marina Croquette-Krokar,**  
médecin psychiatre –  
directeur générale

**Catherine Curchod,**  
médecin interniste  
consultant

**Alain Falbriard,**  
médecin interniste  
consultant

**Natalia Loboiko,**  
médecin psychiatre

**Nuré Santoro-Becirevic,**  
médecin psychiatre –  
responsable de centre

**Eva Sekera,**  
médecin interniste –  
responsable de centre

### Psychologues

**Myriam Aissaoui  
Marjorie Blanc  
Françoise Calzolari  
Nadia Camparini  
Cédric d'Epagnier**

**Blaise Fidanza  
Patrick Froté  
Philip NIELSEN,**  
responsable de centre

**Jean-Marie ROSSIER,**  
responsable qualité

**Cécilia Soria  
Fabienne Von düring  
Eva Wark  
Niels Weber**

### Infirmiers (-ières)

**Emilie Berguet,**  
infirmière en soins généraux

**Mélina Bernardo**  
infirmière en soins généraux

**Olivier Ciccione**  
infirmier en psychiatrie

**Nathalie Jeanneret**  
infirmière en psychiatrie

**Gaëtan Le Toux,**  
infirmier en psychiatrie

**Sindy Guelpa,**  
infirmière en soins généraux

**Edith Niveau,**  
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**

### Assistantes et secrétaires médicales

**Alice Adjouadi-Roos  
Louis-Alexandre Denis  
Isabelle Dunand  
Béatrice Gigon  
Denise Huonder  
Katia Manfrini**

**Evelyne Merat-Pichelin  
Dominique Monnier-Olivet  
Sandra Privet  
Laura Rizzo  
Marina Volpe  
Catherine Zobebe**

### Administration

**Sandrine Borie,**  
gestion des ressources  
humaines et communication

**Pascale Dederding,**  
facturation et comptabilité  
débiteurs

**Yann Linossier,**  
administrateur & informatique

**Dominique Roch,**  
secrétaire de direction

**Isabelle Rolli,**  
comptabilité et contentieux

### Travailleurs sociaux

**Marisa Baldacci,**  
assistante sociale

**Catherine Caviezel,**  
éducatrice

**Stéphanie Haefeli,**  
assistante sociale

### Entretien des locaux et jardins

**Maria Pereira Da Luz  
Amanda Valenti  
Dory Papaux**



### Crédits

Illustrations réalisées par les patients des groupes d'art-thérapie des Centres Phénix Chêne, Plainpalais et du groupe Yaka du Centre Chêne  
Photographies des portraits : Patrice Moullet  
Mise en page : Etienne & Etienne  
Publication en ligne : [www.phenix.ch/RA](http://www.phenix.ch/RA)





## **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.ch](mailto:phenix@phenix.ch)  
Internet : [www.phenix.ch](http://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 Plainpalais**

Rue Jean-Violette 4  
1205 Genève  
Tél. 022 404 02 50  
Fax: 022 404 02 59

### **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 Grand-Pré**

Rue du Grand-Pré 72  
1202 Genève  
Tél. 022 404 02 80  
Fax: 022 404 02 89

### **Centre Phénix Envol**

Rue Jean-Violette 10  
1205 Genève  
Tél. 022 404 02 70  
Fax: 022 404 02 79

### **Centre Phénix Administration**

Rue des Rois 21-23  
1204 Genève  
Tél. 022 404 02 00  
Fax: 022 404 02 09

Avec le soutien de la République et Canton de Genève