



Fondation Phénix Rapport annuel 2010



Certificat

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

**Fondation Phénix
CH-1200 Genève**

Domaine certifié

Toute l'institution

Sphère d'activité

**Conseil, accompagnement
et thérapie ambulatoires
Substitution**

Bases normatives

**ISO 9001:2008
QuaTheDA
Modules**

**Système de management de la qualité
Système de management de la qualité
– Module de base
– Conseil, accompagnement
et thérapie ambulatoires
– Substitution**

Association Suisse pour Systèmes
de Qualité et de Management SQS
Bermstrasse 103, CH-3052 Zollikofen
Date d'émission: 29 janvier 2009

Ce certificat SQS est valable
jusqu'au 28 janvier 2012
Numéro de scope: 38
Numéro d'enregistrement: 35590

X. Edelmann, Président du comité SQS

T. Zahner, Directeur SQS



Avec le soutien de la République et Canton de Genève

Sommaire

4	Le mot de la présidente du Conseil de Fondation , Marie-Françoise de Tassigny
6	Rapport 2010 du trésorier , Jean-Pierre Desjacques
8	Rapport 2010 de la directrice générale , Dr Marina Croquette Krokar
14	Rapport annuel du comité scientifique , Pr Michel Schorderet
22	Nicotine et système nerveux central , Pr Marc Ballivet
29	L'aide sous contrainte pour les adolescents surconsommateurs de substances psychoactives: quelques réflexions dans un débat d'actualité , Philip Nielsen, Philippe Beytrison, Dr Marina Croquette Krokar
36	Dépistage des habitudes de jeu d'argent chez les patients de la Fondation Phénix , Cédric d'Epagnier, Julien Fluckiger, Dr Marina Croquette Krokar
42	L'encadrement parental: un concept méconnu plus que jamais actuel , Philippe Beytrison
45	Psychologie positive et toxicomanie , Dr François Crespo
50	Addiction et trauma , Dr Nuré Santoro
56	L'envol pour les futures mamans , Isabelle Dunand, Dr Eva Sekera
58	Présentation des activités socio-thérapeutiques organisées et mises en place par l'équipe mobile de la Fondation Phénix , Alain Barbosa, Laure Adjakly, Sandra Meynet
66	L'accompagnement en fin de vie de patients toxicomanes , Dr Nuré Santoro
69	Le thérapeute face à l'héroïnomanie: quelques réflexions , Fabienne von Düring
75	Cohérence cardiaque , Dr François Crespo, Catherine Zobebe
78	Mon travail d'assistante sociale à la Fondation Phénix , Stéphanie Haefeli
80	Dons à la Fondation Phénix
81	Comptes annuels au 31 décembre 2010
104	Rapport de performance 2010
110	Personnel de la Fondation Phénix au 31 décembre 2010



Marie-Françoise de Tassigny
Présidente du Conseil de Fondation

Le mot de la présidente du Conseil de Fondation

Les années défilent... et notre Conseil de Fondation poursuit son chemin avec beaucoup de motivation et d'assiduité.

Les séances sont nombreuses pour faire avancer le bateau constitué de nos cinq centres.

Les compétences diversifiées de nos membres ont permis de soutenir la directrice dans sa fonction et surtout d'accompagner l'évolution de notre fondation qui se transforme très progressivement en regard du contexte actuel.

En effet, nous avons poursuivi les recommandations de l'audit de gestion en modifiant le pilotage de la Fondation Phénix. Nous nous sommes séparés de

notre directeur administratif, Monsieur Michel Dederding, pour confier la direction à une seule main, en l'occurrence, celle de notre médecin-directeur Madame Marina Croquette Krokhar qui devient ainsi directrice générale.

Parallèlement, nous avons restructuré la gestion administrative et financière pour répondre aussi aux différentes obligations de nos subventionneurs et plus particulièrement pour obtenir une meilleure transparence dans le pilotage financier et statistiques.

Il faut relever l'esprit constructif de l'ensemble des équipes qui ont dû modifier sensiblement leurs pratiques administratives.

Ces différentes modifications structurelles et humaines nous ont passablement absorbés car il a fallu accompagner le changement auprès des directions des centres mais également auprès des collaborateurs. Nous avons, avec notre

«Les compétences diversifiées de nos membres ont permis de soutenir la directrice dans sa fonction.»

directrice générale, entamé une politique d'information auprès des collaborateurs. Cette dernière devra être poursuivie et sensiblement renforcée à l'avenir.

Nous devons souligner aussi le dynamisme de notre équipe médicale, soutenue par sa directrice, assistée par le comité scientifique, qui s'emploie à diversifier l'approche thérapeutique de notre politique de lutte contre les addictions. Pour exemple, l'arrivée d'un nouveau médecin a inauguré une pratique de thérapie « psychologie positive ».

Les journées de formation sont aussi un temps fort pour partager avec les collaborateurs ces nouvelles formes de traitement et certains membres du conseil y participent avec beaucoup d'intérêt.

En conclusion, nous pouvons confirmer que cette année 2010 a été riche en événements, mais également très passionnante grâce à la résolution des nombreux défis qui se sont présentés à la Fondation Phénix.



Jean-Pierre Desjacques

Trésorier, membre du Conseil de Fondation

Rapport 2010 du trésorier

Après le déficit de 2009 (273'989 francs), c'est un bénéfice de 370'478 francs que la Fondation Phénix a le plaisir d'enregistrer, après une attribution de 110'000 francs au fonds «Chêne» pour l'acquisition de nouveaux locaux.

C'est grâce à la poursuite de la profonde réforme administrative et financière entreprise en 2009 et poursuivie en 2010 que nous avons atteint ce résultat. D'ailleurs la restructuration ne se terminera qu'au cours de l'exercice 2011.

Concernant les revenus, conformes aux attentes, ils sont légèrement en hausse par rapport à 2009 (+1,7%). Par contre, il faut relever une diminution importante des charges de 588'000 francs.

Cette diminution des charges est attribuée à deux facteurs importants :

- Diminution des charges du personnel ;
- Nette amélioration de la situation dans la gestion des débiteurs avec des pertes inférieures de moitié en 2010 par rapport à 2009.

Le montant des subventions est inférieur de 118'000 francs, car en 2010, la Fondation Phénix ne bénéficiait plus de la subvention de l'étude INCANT, la recherche étant terminée.

A noter que l'augmentation des autres charges d'exploitation est due aux interventions de la fiduciaire ayant procédé à l'audit et accompagné la restructuration financière, de la juriste qui a apporté ses conseils pour la restructuration administrative, de la fiduciaire-réviseur des comptes, ainsi que du certificateur QuaThéDA.

Le bouclage de l'exercice 2010 s'est très bien déroulé et il a été tenu compte des remarques faites dans le courant de l'année par le Département de la Solidarité et de l'Emploi.

Pour le Conseil de Fondation, l'avenir s'annonce plus serein, même s'il y a encore du travail pour que toute la gestion permette au Conseil de Fondation de connaître, même au cours de l'année, la situation financière de l'organisation.

Je souhaite féliciter et remercier d'une part notre directrice générale, le Dr Marina Croquette Krokhar, qui s'est beaucoup impliquée dans la gestion administrative (secteur nouveau pour elle) et d'autre part notre coordinateur du Pôle administratif, Monsieur Yann Linossier qui n'a pas ménagé ses efforts pour réaliser dans les temps donnés les tâches qui lui ont été confiées, tout en étant un bon bras droit de notre directrice générale.

Mes remerciements vont également à toute l'équipe de la Fondation Phénix qui a toujours réagi positivement, même dans des moments parfois difficiles.

C'est avec cet état d'esprit que nous pouvons assurer l'avenir de la Fondation Phénix et je m'en réjouis.



Dr Marina Croquette Krokhar
Directrice générale
FMH psychiatrie psychothérapie

Rapport 2010 de la directrice générale

L'année 2010 a été pour la fondation et pour moi-même une année de challenge. En effet, l'audit, réalisé fin 2009, ayant entre autres mis en évidence la nécessité d'un pilotage unique, le Conseil de Fondation m'a nommée directrice générale, avec désormais la double responsabilité de la direction médicale et de la direction administrative et financière.

Cela a été beaucoup de travail à fournir et tout autant de compétences à acquérir, mais il est vrai que le pilotage général de la fondation me permet plus aisément d'avoir la vision globale nécessaire à l'élaboration des objectifs et de la stratégie à court, moyen et long terme. Ce pilotage unique devrait me permettre également de mettre en place plus rapidement l'harmonisation de la prise en soins dans les différents centres de la fondation.

En parallèle, les différentes fonctions administratives et financières ont été redéfinies et notre centre administratif a été transformé en «pôle administratif»; Monsieur Yann Linossier a été engagé à 80% en tant que coordinateur administratif et responsable informatique. Au-paravant au bénéfice d'un mandat externe à 50% pour la gestion des programmes et du parc informatiques, Monsieur Linossier a une très bonne connaissance de la fondation et de ses collaborateurs. Diplômé de l'Université de Rennes en informatique de gestion, option étude et développement de solutions pour les entreprises, Monsieur Linossier a aussi suivi des formations complémentaires avec certifications chez IBM Suisse et Microsoft Suisse.



Yann Linossier

En plus de sa fonction de responsable informatique, Monsieur Linossier est aussi coordinateur administratif; il encadre et supervise les collaboratrices administratives qui ont vu leurs cahiers des charges remaniés suite à cette réorganisation :

- Madame Sandrine Borie est en charge de la gestion des ressources humaines et de la communication (taux d'activité de 70 %);
- Madame Pascale Dederding est chargée principalement de la facturation et de la gestion du contentieux (taux d'activité de 60 %);
- Madame Dominique Roch est secrétaire de direction et s'occupe de la préparation des supports destinés à l'enseignement (taux d'activité de 70 %);
- Madame Isabelle Rolli est chargée principalement de la comptabilité, des encaissements, de la gestion des fournisseurs, des participations et des rappels (taux d'activité de 70 %).

Sur le plan clinique, nos différents programmes thérapeutiques accueillent un nombre de patients en augmentation constante, ceci parallèlement à une diminution régulière du nombre de nouveaux héroïnomanes nécessitant un traitement de substitution; ainsi au 1er janvier 2010, 434 personnes étaient au bénéfice d'un traitement de substitution à la méthadone, contre 386 au 31 décembre

2010. On peut donc en conclure qu'il y a eu 63 sorties de cure dans le courant de l'année 2010, réparties comme suit :

- Fins de cure : 18
- Transferts externes : 27 (départ pour des structures résidentielles ou chez des médecins privés, changement de canton)
- Abandons : 13
- Décès : 3
- Exclusions : 2

En 2010, la Fondation Phénix a suivi une moyenne de 1'255 patients répartis comme suit :

• Programme Envol	370
• Centre de Chêne – consultation adultes	215
• Centre de Chêne - consultation adolescents et jeunes adultes	150
• Centre de Plainpalais	225
• Centre de Lancy	135
• Centre du Grand-Pré	160

Aussi, avec un coût moyen par patient et par semaine de 187.80 CHF, notre dispositif de soin reste encore très compétitif malgré les demandes de prise en soins de plus en plus complexes.

Nouvelles perspectives

La Fondation Phénix s'est fixée pour objectif, à partir de l'automne 2010, de poursuivre sa mission de prévention dans le domaine des addictions.

Depuis longtemps reconnue à Genève, en Suisse romande et au niveau national pour son savoir-faire en matière de soins, la Fondation Phénix a développé et multiplié ces dernières années ses interventions en matière de prévention pour la population adolescente. Forte de cette expérience, la Fondation Phénix a décidé dès 2011 de s'intéresser à la prévention du stress, des addictions et du burn-out pour la population adulte en milieu professionnel.

En effet, le stress au travail est un problème de santé publique majeur. Il peut occasionner anxiété, dépression, épuisement et conduites addictives. Une recherche sur la cocaïne, menée sous l'égide du Fonds National Suisse en collaboration avec l'Université de Bâle, nous a permis de mesurer l'ampleur du phénomène en milieu professionnel. Toutes les catégories socioprofessionnelles, du salarié récemment engagé au cadre supérieur, sont touchées par la problématique de l'addiction. Les motivations pour la prise de substances peuvent être nombreuses : dopage, gestion du stress, lutte pour vaincre ses angoisses... A chaque fois, ce refuge s'avère être une douloureuse et implacable impasse.

Dès 2011, grâce à des programmes d'enseignement basés sur la thérapie « psychologie positive », la Fondation Phénix proposera aux entreprises genevoises et

« la Fondation Phénix a décidé dès 2011 de s'intéresser à la prévention du stress, des addictions et du burn-out pour la population adulte en milieu professionnel. »

romandes, à l'attention des collaborateurs, des cadres et des chefs d'entreprises, une réponse pragmatique et réaliste à la prise en compte du stress au travail.

En effet, la psychologie positive est une approche complémentaire aux autres approches traditionnelles et donne des outils simples et

facilement utilisables au quotidien pour faire face à la vie et ses éventuelles épreuves (cf. article du Dr François Crespo).

Déjà, dans le courant de l'année 2010, sous la responsabilité du Dr François Crespo, le centre de Plainpalais a mis en place une consultation spécialisée de psychologie positive, a priori la première à Genève.

Ainsi, avec la psychologie positive, la Fondation Phénix poursuit sa vocation de centre moderne d'addictologie en enrichissant sa palette d'offres de soins, déjà bien étoffée (thérapie systémique, thérapie cognitivo-comportementale, thérapie dialectique, thérapie psychodynamique, hypnose...).

Sur le plan de l'enseignement, la Fondation Phénix continue de développer sa mission d'enseignement dans trois domaines :

- Le monde scolaire (élèves, parents, groupes santé, enseignants, animateurs sportifs);
- Les pluriprofessionnels de la santé spécialisés et non spécialisés dans le domaine d'addictologie (éducateurs, assistants sociaux, infirmiers, médecins, psychologues);
- Le suivi, la formation et le coaching des étudiants de différentes facultés universitaires, HES, écoles privées et publiques du cycle post-obligatoire concernés par le domaine des addictions.

« Nous souhaitons élargir notre mission avec l'enseignement de méthodes thérapeutiques innovantes. »

Dès 2011, nous souhaitons élargir notre mission avec l'enseignement de méthodes thérapeutiques innovantes, à savoir la thérapie familiale multidimensionnelle (MDFT), ainsi que la psychologie positive.

Enfin, à noter que l'ensemble des collaborateurs de la fondation a bénéficié de deux jour-

nées de formation interne, le 27 avril 2010 sur la fonction psychologique du corps et le 23 novembre 2010 sur le diagnostic en psychiatrie.

Sur le plan de la recherche, les activités résultent souvent de propositions provenant d'instances cantonales, fédérales ou internationales. La Fondation Phénix ne dispose ni d'équipe dédiée à la recherche ni d'un budget en conséquence. Malgré cela, grâce à un soutien important du Comité Scientifique et de son président, le Professeur Michel Schorderet (cf. article du président du comité scientifique), les collaborateurs sont vivement encouragés et motivés pour développer les recherches, notamment la recherche clinique.

Deux études sont actuellement en cours :

- Etude Fonds National Suisse: “Prize reinforcement contingency management for cocaine dependence: A 24-week randomized controlled trial”, en collaboration avec l’Université de Bâle;
- Evaluation du programme Alcochoix+ en Suisse romande (étude pilotée par l’Unité d’Alcoologie de la Division de Médecine Communautaire des HUG).

Bien qu’avec des moyens limités, la Fondation Phénix est très ouverte aux propositions dans le domaine de la recherche clinique mais aussi fondamentale.

L’avenir

En 2010, en tant que directrice générale, j’ai travaillé sur l’élaboration d’un plan stratégique pour la Fondation Phénix sur la période 2012-2015. Ce plan sera ensuite finalisé en 2011. Il a fallu définir les axes, les objectifs et les conditions de développement des activités dans un contexte marqué par trois facteurs essentiels :

- Une diminution des addictions aux opiacés ;
- Le développement des méthodes thérapeutiques structurées intégrées qui s’adressent à la personnalité globale du patient en y incluant son entourage ;
- La nécessité de renforcer les approches de prévention et de traitement précoce des signes d’addiction.

Face à la constante évolution des types de consommation et/ou de comportement, ainsi qu’à la nécessité d’adaptation des traitements qui en découle, nous devons mener une réflexion quasi permanente pour optimiser la répartition des ressources humaines et financières au sein de la fondation.

Je tiens à remercier l’ensemble de mes collaborateurs à la fois pour leur dévouement, leur professionnalisme mais aussi leur assiduité, malgré une réforme administrative qui a pesé lourdement sur tous. En effet, c’est le travail de chacun qui a permis à la Fondation Phénix de devenir ce qu’elle est, une institution d’intérêt public, reconnue et dont les activités reposent sur les trois piliers clinique, enseignement et recherche. C’est aussi grâce au travail de chacun si les résultats financiers, très satisfaisants, nous permettent d’aborder de nouveaux défis en 2011 avec beaucoup de confiance et sérénité.



Professeur Michel Schorderet
Président du Comité scientifique

Rapport annuel du comité scientifique

Au cours de l'année 2010, le comité scientifique s'est réuni trois fois dans l'esprit de son ancien président, le Dr Charles Taban, auquel la Fondation Phénix est infiniment redevable pour son engagement, sa compétence et son humanité (cf. rapport annuel 2009, p. 11-15). En présence de la directrice générale et des directeurs de centre, ainsi que du professeur Marc Ballivet, le comité scientifique s'est efficacement penché sur différents problèmes à caractère scientifique, éthique et thérapeutique, selon la mission que les statuts de la Fondation Phénix lui ont attribuée.

Projet reporté

Il est certain que le projet d'investiguer, grâce à l'imagerie médicale (PET SCAN, IRM), les altérations transitoires ou permanentes qui pourraient être détectées

dans le cerveau des sujets pris dans l'engrenage de nouveaux modes d'addiction (jeux vidéo, internet, etc.) est novateur et prometteur. Suggérée en 2009 par le Dr Charles Taban, discutée également en présence du professeur Osman Ratib, grand spécialiste de ces techniques d'avant-garde aux HUG, cette approche pourrait probablement fournir des réponses adéquates relatives à ces addictions, et à leur traitement, addictions qui touchent de plus en plus les adolescents. N'oublions pas que la Fondation Phénix, qui à l'origine s'est montrée très audacieuse dans son mode de traitement des héroïnomanes et des morphinomanes, tout en accompagnant le sujet dans son parcours professionnel, affectif et familial, se doit de se démarquer des autres institutions étatiques concernées par toutes les formes actuelles des addictions. Il est néanmoins évident qu'une recherche axée sur l'imagerie médicale, impliquant la sélection de jeunes patients consentants, la mise en place d'une collaboration étroite avec un centre universitaire de pointe, et le suivi des patients, est coûteuse et laborieuse. Même si la décision du comité scientifique est momentanément suspendue, il faut absolument garder en réserve ce projet d'investigation original, dont le Dr Charles Taban s'était fait le défenseur opiniâtre, allant même jusqu'à mettre à disposition ses propres fonds, juste avant de démissionner de sa charge de président.

Etudes en cours ou terminées

Rappelons que la Fondation Phénix, par l'intermédiaire de sa directrice générale (Dresse Marina Croquette Krokhar), et en collaboration avec une équipe de la clinique universitaire de psychiatrie de Bâle (Madame Sylvie Petitjean, docteur en psychologie), est engagée dans une étude originale, agréée et financièrement soutenue par le Fonds National Suisse, relative au traitement de la cocaïnomanie (cf. article paru dans Le Temps, réf. 1). Cette étude a pour but de comparer un traitement recourant à une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) monodimensionnelle à celui auquel on complète la TCC par une panoplie de petits, moyens ou grands prix qui visent à récompenser le patient pour son comportement d'abstinence (concept de renforcement positif). Ce modèle (TCC plus récompenses), efficacement appliqué aux Etats-Unis, n'a pas encore été testé en Europe, à l'exception d'une étude préliminaire apparemment positive réalisée en Espagne. Il a été prévu au départ de sélectionner 60 patients à Bâle et 60 patients à Genève, pris en charge au centre de Plainpalais (Dr François Crespo), selon un protocole bien défini et des tâches cliniques, administratives et

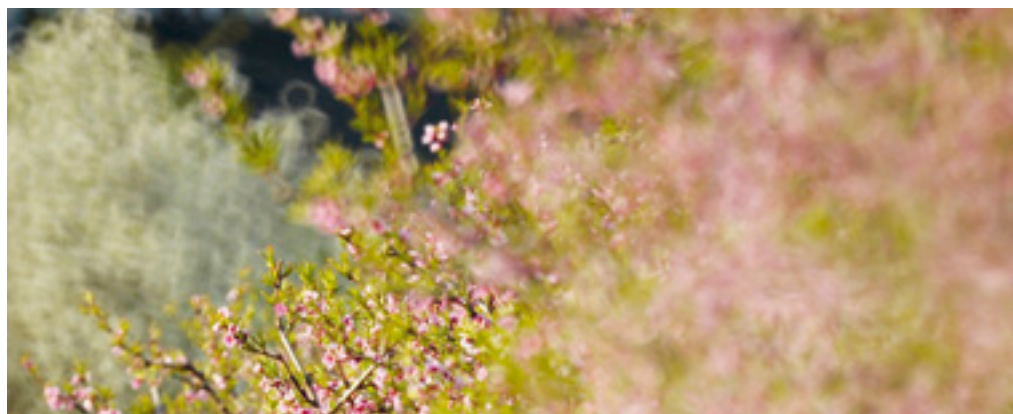
techniques (dosages urinaires, statistiques) réparties entre ces deux équipes. Les résultats seront effectivement accessibles en 2012.

Dans un autre domaine d'addiction très préoccupant chez les adolescents (consommation de cannabis), la Fondation Phénix (Dresse Marina Croquette Krokhar, Monsieur Philip Nielsen) s'est également investie dans l'étude internationale INCANT (International Cannabis Need of Treatment), qui a été achevée à la fin du mois de janvier 2010, et dont on attend les résultats très prochainement.

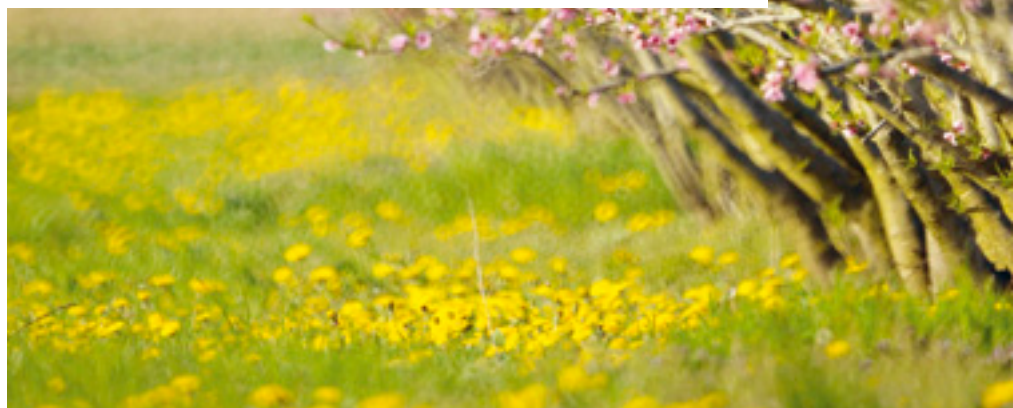
Traitement de l'alcoolisme : deux médicaments en question

Le comité scientifique est fréquemment confronté aux problèmes des médicaments prescrits à tort ou à raison, en 1^{ère} ou 2^{ème} intention, dans les traitements des addictions (cf. l'article « Du bon usage des médicaments *off-label* à la Fondation Phénix », rapport annuel 2009, p.16-23). Les discussions ont plus précisément concerné cette année, le *baclofène* (Lioresal®) et le *disulfirame* (Antabus®), des substances commercialisées depuis fort longtemps et dont la prescription dans le cadre des traitements des patients alcooliques peut présenter des problèmes d'ordre médical (complications, intolérance, toxicité) ou éthique.

Rappelons que le *baclofène* est un myorelaxant agissant sur des cibles centrales (SNC), impliquant un effet sédatif important. Il présente également des similitudes pharmacologiques avec les *benzodiazépines*, celles-ci agissant sur les récepteurs au GABA de type A, le *baclofène* sur les récepteurs au GABA de type B. Lors du 15^{ème} congrès international sur la recherche en alcoologie qui a eu lieu à Paris en septembre 2010, les chercheurs et spécialistes ont beaucoup (trop ?) parlé des vertus thérapeutiques de ce vieux médicament pour le traitement de l'alcoolisme (indication *off-label*) et ont annoncé un essai thérapeutique impliquant 210 patients (réfs. 2-3). La moitié sera soumise au placebo, les 105 autres par 90 mg/jour de *baclofène*. On attend les résultats pour l'été 2012. Cela dit, notre spécialiste en alcoologie de la Fondation Phénix (Dresse Eva Sekera, CSc., Centre Envol) insiste sur le fait que les alcoologues ne disposent pas encore actuellement de « *guidelines* » et que Swissmedic n'autorise pas la prescription du *baclofène* pour cette indication. Elle attendra donc avec impatience les résultats de cette étude française pour reconsidérer sa position concernant la prescription éventuelle du *baclofène*.



«La problématique des addictions, tant du point de vue des connaissances neurobiologiques que relativement aux conséquences cliniques et thérapeutiques qui en découlent, est constamment revisitée.»



Le comité scientifique a également revisité le statut du *disulfirame* (Antabus®), un médicament très ancien, autorisé pour le traitement de l'alcoolisme, mais dont le mécanisme d'action pharmacologique est très particulier. En effet, en présence d'alcool éthylique dans le sang, cet agent en bloque son métabolisme par inhibition de l'aldéhyde-déshydrogénase. L'accumulation d'acétaldéhyde sanguin qui en résulte provoque chez le consommateur d'alcool des réactions fort désagréables et immédiates (rougeur cutanée, céphalée pulsatile, nausées, vomissements, transpiration excessive, hypotension, voire confusion mentale) qui devraient le décourager d'en faire usage. En plus de sa cible privilégiée (inhibition de l'aldéhyde-déshydrogénase), le *disulfirame* peut provoquer d'autres effets indésirables affectant les sphères cardiovasculaires et neurologiques, d'où certaines réticences à le voir figurer encore dans l'arsenal thérapeutique. C'est apparemment la position d'une équipe du service d'alcoologie des HUG (réf. 4). Contrairement à l'avis proposé par cette équipe, nous pensons que le *disulfirame* a bien une action pharmacologique spécifique (en présence d'alcool éthylique), comme tout autre inhibiteur enzymatique appelé à jouer un rôle de médicament dans diverses situations pathologiques. Tant que la prescription du *disulfirame* est autorisée par Swissmedic, nous estimons que sa distribution doit être associée à une prise en charge globale du patient alcoolique et accompagnée par une information exhaustive concernant les risques impliqués.

Nouvelles drogues en circulation : attention danger

Notre directrice générale (Dresse Marina Croquette Krokhar) a prévenu notre comité scientifique en tout début d'année de l'apparition sur le marché clandestin européen, dont la Suisse, d'une nouvelle molécule appelée *méphédron*e ou 4-méthyléphédron (dénommée aussi *Meow Meow* ou *M-Cat*). Comme les *cathinones* (constituants du Khat, un arbre originaire d'Afrique orientale), c'est un dérivé de la *phényléthylamine*, molécule de base à partir de laquelle sont générées l'ecstasy et les *amphétamines* (réf. 5). La *méphédron*e est vendue sous la forme de comprimés ou de poudre. Ses effets euphorisants, tout en générant l'empathie, se manifestent durant 2 à 3 heures, mais peuvent se prolonger jusqu'à plus de 12 heures, avant le retour à un état normal. Certains décrivent une 2^{ème} phase pouvant durer plusieurs jours, caractérisée par des crises d'angoisse et de paranoïa, voire une décompensation psychotique. On l'a suspectée dans plusieurs pays (Danemark, Suède, Royaume-Uni) d'être à l'origine d'overdoses mortelles. On suppose qu'elle est à l'origine d'un puis-

sant trafic international responsable, dès 2009, de la distribution en Allemagne de 4400 comprimés et de 2 à 4 kg de poudre dans d'autres pays du nord de l'Europe (Pays-Bas, Suède et Angleterre). Plusieurs pays, dont l'Angleterre, ont rapidement décidé d'en interdire l'usage. Cela dit, la fabrication et la vente de nouvelles substances psychotropes, pour l'essentiel générées dans des laboratoires chinois, continuent de proliférer, puisque en 2010 ce sont 24 substances qui ont été signalées à l'OEDT (Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies) et à Europol. La plupart sont effectivement apparentées aux *cathinones* ou à la *méphédronne* (réf. 6).

Activités extra muros

Le nouveau directeur du centre de plainpalais, le Dr François Crespo, a été présenté dans le rapport annuel 2009 (p.9). Il apporte à la Fondation Phénix un nouveau concept, à savoir la psychologie positive, dont l'application dans les entreprises pourrait être bénéfique dans beaucoup de situations de stress et de *burn-out* professionnels. Il a décrit ce nouveau concept dans le cadre d'une journée de formation (23.11.2010) destinée à tout le personnel de la Fondation Phénix. Cette discipline ayant été par ailleurs créée aux Etats-Unis, le Dr François Crespo a effectué un stage de perfectionnement au département de psychologie positive de l'université du Michigan, auprès des professeurs Peterson et Park, en octobre 2010.

Tout au long de l'année 2010, de nombreux collaborateurs de la Fondation Phénix ont été sollicités pour la présentation de conférences sur divers thèmes concernant le domaine de l'addictologie (alcool, cannabis, tabac, cyberaddiction, jeux de hasard et d'argent, co-dépendances, sexologie dans l'addictologie) auprès de différentes institutions : école des parents, association des parents, écoles publiques et privées en post-obligatoire, ainsi qu'au profit des départements de ressources humaines de diverses entreprises. Plusieurs interviews ont été données dans des émissions télévisées ou radiophoniques (RSR 1, World Radio Switzerland, Léman Bleu, Arte, TV Canal 9) au sujet de différents thèmes touchant le domaine des addictions. A signaler également plusieurs articles rédigés par les collaborateurs de la fondation qui ont paru dans divers quotidiens ou magazines (Le Matin, La Tribune de Genève, le magazine Wellness Santé). Le Comité Scientifique tient à remercier les collaborateurs de la Fondation Phénix (Dresse Marina Croquette Krokar, Dresse Eva Sekera, Dr Michel Bourquin,

Dr François Crespo, Mme Eva Wark, Mme Valérie Blanc, M. Claudio Crotti, M. Philip Nielsen, M. Philippe Beytrison, M. Cédric d'Epagnier) pour toutes leurs interventions et participations publiques, en plus de leur engagement très important sur le plan clinique.

Publications et conclusion

Le rapport annuel de 2008 (p. 17-20) a fait état des travaux de recherche que le Dr Chin Eap, un ancien membre du comité scientifique, en collaboration avec les Drs Croquette Krokhar, Déglon et Bourquin de la Fondation Phénix et d'autres chercheurs ou cliniciens du CHUV, ont réalisés dans le domaine de la cardiotoxicité potentielle (prolongation de l'espace QT) d'un isomère de la *méthadone* (forme-S). Ces travaux ont fait l'objet de nombreuses communications ou résumés dans le cadre de différents congrès scientifiques, ainsi que de plusieurs articles (cf. rapport annuel 2008, p.20), dont le plus significatif à ce sujet vient d'être publié (réf. 7).

La problématique des addictions, tant du point de vue des connaissances neurobiologiques que relativement aux conséquences cliniques et thérapeutiques qui en découlent, est constamment revisitée. A ce titre, il faut mentionner deux récentes publications de très bonne qualité. La première aborde justement le problème des abus de substances de manière exhaustive (généralités et prises en charge, réf. 8); la deuxième est un document du Coroma (Collège Romand de Médecine de l'Addiction), disponible sur Internet (réf. 9), qui en partant du cerveau, actualise tous les processus et mécanismes impliqués dans les addictions, ainsi que les formes de traitement.

Le soussigné tient finalement à féliciter tout le personnel de la Fondation Phénix, dont l'engagement et la motivation sont tout à fait remarquables pour poursuivre la mission délicate qui lui est confiée et qui vise à améliorer, autant que faire se peut, les conditions d'existence douloureuses des nombreux patients affectés par des problèmes d'addiction.

Bibliographie

- 1) « Miser sur le jeu pour se débarrasser de la cocaïne ». Le Temps, 10.12.2010.
- 2) « L'alcoolisme, on peut le soigner. De nouvelles thérapeutiques sont proposées aux malades ». Le Monde, 17.09.2010.
- 3) Sur le Web : Sfalcoologie.asso.fr ; Anpaa.asso.fr
- 4) « Le disulfirame, un traitement ? Soyons logiques. 1^{ère} partie : Le disulfirame peut-il être considéré comme un traitement pharmacologique ? » . D.F. ZULLINO et al. , Forum Med Suisse, 10, 565-567,2010.
- 5) « L'ecstasy sans l'extase... ». M. SCHORDERET, Journal suisse de pharmacie, 4, 81-84, 1995.
- 6) « Les nouvelles drogues se multiplient en Europe. La méphédronne, interdite le 16 avril au Royaume-Uni, apparaît comme le plus inquiétant des psychotropes de synthèse ». Le Monde, 07.05.2010.
- 7) « Substitution of (R,S)-Methadone by (R)-Methadone. Impact on QTC Interval". N. ANSERMOT et al., Arch Intern Med, 170, 529-536, 2010.
- 8) « Abus de substances et dépendance ». Dossier Pharmactuel, PharmaSuisse, Société suisse des pharmaciens, S. Du PASQUIER. et O. BUGNON, pp. 1-46, 03, 2009.
- 9) COROMA (www.romandieaddiction.ch) : « Neurosciences de l'addiction », pp. 1-25, 2009.





Professeur Marc Ballivet
Membre du Comité Scientifique

Nicotine et système nerveux central

Selon les données récentes de l'OMS, le tabagisme affecte environ 1,2 milliards de personnes dans le monde et est responsable de plus de 5 millions de morts chaque année. C'est la première cause de décès précoces évitables, qui résultent de cancers (poumon, larynx, pancréas, vessie), d'atteintes coronaires, de lésions vasculaires centrales ou périphériques et de diverses pneumopathies. Ces pathologies sont fonction de l'intensité et de la durée du tabagisme ; elles sont induites par l'exposition chronique à l'oxyde de carbone et aux très nombreux toxiques et cancérigènes que le tabac libère pendant sa combustion.

L'information sur ces pathologies très graves, dont certaines ont des pronostics désastreux, est largement répandue. Cependant elle ne semble pas empêcher les adolescents de commencer à fumer, ni convaincre les fumeurs adultes de cesser cette pratique. C'est que les pathologies liées au tabac mettent en général

plusieurs dizaines d'années à s'établir : l'absence de danger immédiat incite les adultes à reporter à plus tard une décision difficile et permet aux adolescents d'ignorer complètement les avertissements qu'on leur donne. De plus, contrairement aux drogues illégales et malgré des campagnes anti-tabac nombreuses et insistantes, l'usage du tabac reste compatible avec un mode de vie à peu près conforme aux normes contemporaines et ne stigmatise pas lourdement l'usager. Loin de diminuer les facultés cognitives et les aptitudes sensorielles et motrices, le tabac a un effet stimulant, aiguise l'attention et procure un sentiment passager de bien-être qui ne détériore pas la vie de relation : on détruit sa santé par le tabagisme sans jamais manifester les comportements souvent aberrants du patient alcoolique ou toxicomane.

La nicotine joue un rôle central dans le tabagisme : c'est elle qui procure l'essentiel du plaisir ressenti par le fumeur et ses propriétés très addictives sont responsables du besoin de fumer. Par ailleurs, quoiqu'elle ne soit pas elle-même un cancérigène très actif, sa combustion libère des nitrosamines extrêmement cancérigènes. La nicotine est synthétisée dans les tissus de certaines plantes de la famille des solanacées (tomate, pomme de terre et, bien sûr, tabac). Extrêmement neurotoxique, elle protège la plante des attaques d'un grand nombre de parasites (dont les insectes, les nématodes et les gastéropodes) en exerçant un puissant effet sur les récepteurs cholinergiques de leur système nerveux.

Récepteurs cholinergiques et mode d'action de la nicotine

L'acétylcholine (ACh) est un neurotransmetteur omniprésent chez l'homme et l'animal. Relâchée lorsqu'un potentiel d'action envahit le bouton terminal d'un neurone pré-synaptique, l'ACh diffuse à travers la fente synaptique pour agir sur des récepteurs situés à la surface du neurone post-synaptique, assurant ainsi la transmission du signal le long de la chaîne neuronale (Fig. 1). On parle alors de transmission cholinergique. De surcroît, l'ACh exerce ses effets à d'autres niveaux du neurone : elle est responsable de nombreuses modulations de l'activité neuronale en agissant sur des récepteurs situés en dehors de la synapse. Les récepteurs cholinergiques affectés par la nicotine sont des canaux ioniques transmembranaires perméables principalement aux cations sodium, potassium et calcium. La nicotine active ces récepteurs comme le fait l'ACh et produit les mêmes effets ; pour cette raison les récepteurs qu'elle active sont appelés récepteurs nicotiniques (nAChRs ; n pour nicotine).

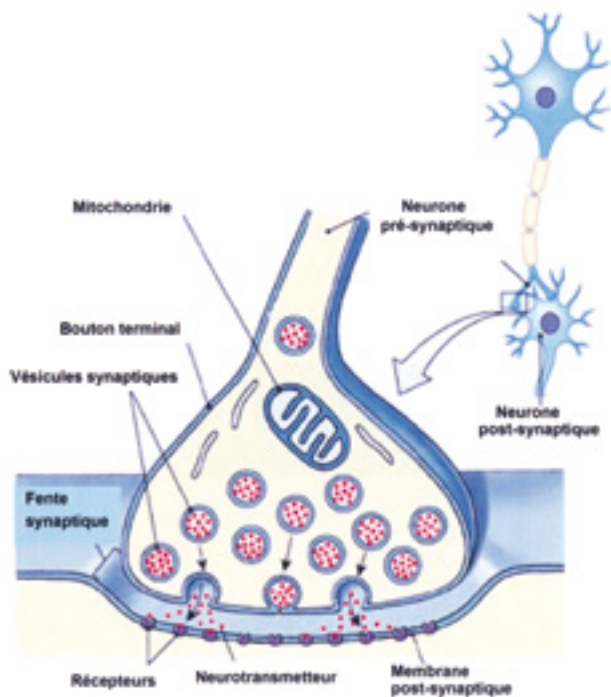


Figure 1. Structure et fonction d'une synapse du système nerveux central

Il existe une grande variété de récepteurs nicotiques : on ne discutera ici que le rôle des récepteurs nicotiques neuronaux, mais il faut garder à l'esprit qu'ils sont aussi présents à la jonction neuromusculaire, où ils assurent la transmission synaptique entre motoneurone et fibre striée, et à la surface de nombreuses cellules épithéliales, endothéliales et immunes, où leur fonction est encore mal connue.

Les gènes qui codent pour les récepteurs cholinergiques neuronaux sont au nombre de douze (neuf gènes de sous-unités alpha, $\alpha 2$ - $\alpha 10$, et trois gènes de sous-unités bêta, $\beta 2$ - $\beta 4$). Cette famille de gènes est responsable de la diversité des récepteurs et permet leur expression différentielle dans divers compartiments du système nerveux : ils peuvent être centraux ou périphériques, dendro-somatiques, pré- ou post-synaptiques et diffèrent sensiblement quant aux agents pharmacologiques capables de les stimuler ou de les inhiber.

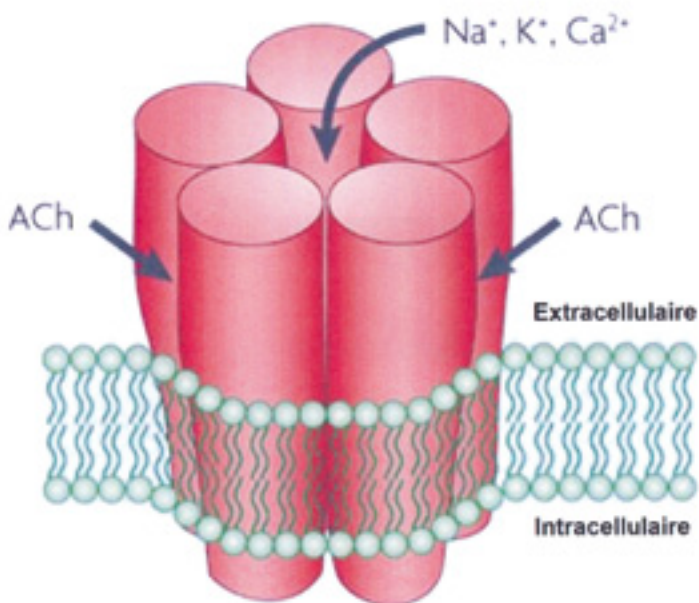
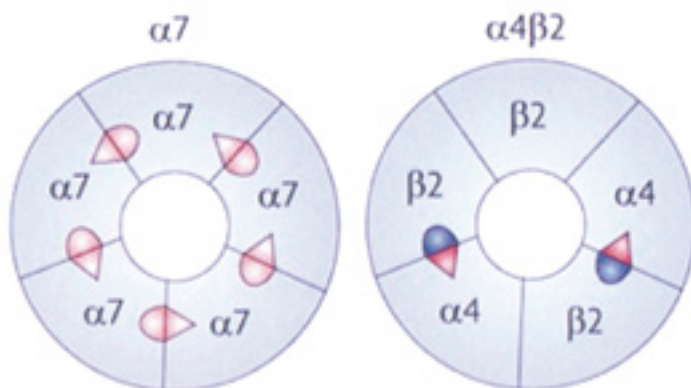


Figure 2. Structure du récepteur nicotinique (nAChR)

La structure des nAChRs est connue : ce sont des pentamères composés d'une à trois sous-unités homologues qui traversent la membrane à la manière des douves d'un tonneau (Fig. 2). Elles délimitent un pore central qui permet le passage des cations extracellulaires et conduit donc à la dépolarisation de la membrane. Ce canal ionique peut assumer trois états principaux : fermé, ouvert et désensibilisé. En l'absence d'ACh (ou de nicotine), la probabilité d'ouverture du canal est très faible. En présence de l'agoniste, le canal s'ouvre pendant quelques millisecondes pour laisser passer les cations puis se ferme en prenant la configuration désensibilisée. La grande variété des nAChRs provient de ce que les diverses sous-unités α et β peuvent s'associer en nombreuses combinaisons différentes, aux propriétés distinctes. Les combinaisons les plus répandues dans le système nerveux central sont le récepteur $\alpha 7$ et le récepteur $\alpha 4 \beta 2$ (Fig. 3), ce dernier étant tout particulièrement impliqué dans l'addiction tabagique. Comme l'indique la Fig. 3, les récepteurs incorporant des sous-unités α et β ne s'ouvrent que lorsque deux molécules d'agoniste y sont associées, leurs sites

spécifiques d'interaction étant constitués par une région située à l'interface d'une sous-unité α et d'une sous-unité β . Quant au récepteur homomérique $\alpha 7$, il peut lier jusqu'à cinq molécules d'agoniste.

Figure 3. Combinaisons les plus courantes des sous-unités des récepteurs nicotiques



Implication des nAChRs dans le circuit de récompense

L'essentiel de nos connaissances sur ce sujet provient de l'étude du comportement de souris sur lesquelles on a pratiqué l'ablation des gènes de différentes sous-unités α ou β (souris *knock-out*) exprimées au niveau de l'aire tegmentale ventrale (ATV). Cette aire, on le sait, est au cœur du circuit de récompense. Elle reçoit des terminaisons afférentes en provenance du cortex préfrontal, de l'hypothalamus et du noyau pédonculopontin et innerve à son tour le nucleus accumbens (NAc) par ses fibres dopaminergiques. Cette région est la cible principale de l'ensemble des substances addictives (alcool, cocaïne, opiacés, nicotine) qui soit prolongent l'effet de la dopamine au niveau du NAc, soit augmentent la production de dopamine au niveau de l'ATV. La grande majorité des types de nAChRs est exprimée dans la région sous la forme de récepteurs pré-synaptiques modulant les synapses à GABA et à glutamate de l'ATV et les synapses à dopamine du NAc.

L'ablation des sous-unités $\alpha 4$, $\alpha 5$, $\alpha 6$, $\alpha 7$, $\beta 2$ et $\beta 4$ a permis de démontrer leur implication chez la souris dans le circuit de récompense tant au niveau de l'ATV qu'à celui du NAc. De plus, les paramètres comportementaux aberrants des souris *knock-out* sont en grande partie réversibles par l'injection stéréotaxique dans l'ATV d'un virus recombinant exprimant le gène du récepteur manquant, ce qui confirme le rôle direct des récepteurs nicotiniques dans le circuit de récompense. C'est ainsi que, contrairement aux souris normales, les souris dépourvues des gènes des sous-unités $\alpha 4$ ou $\beta 2$ ne s'auto-administrent pas de nicotine, mais qu'elles le font après réexpression des gènes manquants dans l'ATV. Inversement, la délétion du gène $\alpha 5$ stimule l'auto-administration de nicotine, ce qui semble indiquer que cette sous-unité (très exprimée à la surface des neurones à GABA) participe au processus de modération de la prise de nicotine.

Conséquences pratiques pour le thérapeute

L'ensemble des méthodes actuellement à la disposition du praticien doivent être considérées plutôt comme des aides à l'arrêt franc et leur taux de succès au terme d'un an est de l'ordre de 10 à 15%, ce qui n'est pas à la hauteur des efforts engagés.

Parmi les approches les plus novatrices, il faut mentionner la vaccinothérapie qui consiste à susciter une réaction immune contre la nicotine (cf. vaccinations et dépendances, rapport annuel 2004 de la Fondation Phénix, pp.19-23). La molécule de nicotine n'étant pas immunogénique, on doit l'administrer conjuguée à un *carriér* pour que l'haptène suscite des anticorps. Une fois l'immunité acquise, l'anticorps se combine à la nicotine ingérée et, le complexe formé étant trop volumineux pour passer la barrière hémato-cérébrale, la nicotine ne peut exercer ses effets centraux. Ce traitement en est encore au stade des essais cliniques mais les résultats préliminaires suggèrent qu'il atténue notablement le *craving* associé au sevrage franc. On peut douter toutefois qu'il ait un effet notable sur l'addiction proprement dite, si bien que le taux de succès à un an sera sans doute modeste.

Il faut reconnaître que, pour l'instant, nos connaissances très pointues sur la biologie et la modulation pharmacologique des récepteurs nicotiniques neuro-naux n'ont pas abouti à la mise en place de techniques de sevrage sûres, efficaces et conduisant à des résultats durables. Toutefois, de nombreux groupes de recherche académiques et industriels s'efforcent de mettre au point des agents pharmacologiques capables d'agir spécifiquement au niveau du circuit

de récompense, sans affecter les autres circuits utilisant les récepteurs nicotiques centraux. Les ablations géniques pratiquées chez la souris montrent que l'absence d'un et parfois de plusieurs nAChRs neuronaux est sans conséquence sur la viabilité, la reproduction ou la longévité; on peut donc espérer que leur modulation pharmacologique sera bien tolérée chez l'humain. Comme d'autre part les types de récepteurs résultant de l'assemblage des différentes sous-unités neuronales α et β ont des caractéristiques pharmacologiques suffisamment distinctes, en particulier en ce qui concerne la sensibilité à la nicotine, on pense pouvoir synthétiser des agents suffisamment sélectifs, capables d'agir efficacement sur l'AVT et le NAC sans entraîner d'effets secondaires rédhibitoires. Deux approches complémentaires sont envisagées: un antagoniste du récepteur $\alpha 4\beta 2$ rendrait le circuit de récompense insensible à la nicotine tandis qu'un agoniste des récepteurs incorporant la sous-unité $\alpha 5$ hâterait la mise en route du sentiment de satiété à la nicotine. Toutefois, ces agents ne seront certainement pas disponibles avant une dizaine d'années.

Pour en savoir plus

- 1) CHANGEUX JP. Nicotine addiction and nicotinic receptors: lessons from genetically modified mice. *Nature Neurosci. Rev.* 11, 389-401 (2010).
- 2) FOWLER CD et al. HABENULAR $\alpha 5$ nicotinic receptor subunit signalling controls nicotine intake. *Nature* 471, 597-601 (2011).
- 3) MIWA JM et al. Neural systems governed by nicotinic acetylcholine receptors: emerging hypotheses. *Neuron* 70, 20-33 (2011).



Philip Nielsen

Psychologue-psychothérapeute FSP,
Centre de Chêne

« L'aide sous contrainte » pour les adolescents surconsommateurs de substances psychoactives : quelques réflexions dans un débat d'actualité

Philip Nielsen, Philippe Beytrison, Dr Marina Croquette Krokær

La thérapie dans sa compréhension classique est souvent perçue comme un espace confidentiel et de libre adhésion. Il n'est donc pas étonnant que les thérapeutes rechignent à l'idée de « l'aide sous contrainte ». Or, le constat des cliniciens œuvrant dans le domaine des addictions à l'adolescence semble largement partagé : premièrement, plus certains jeunes vont mal, moins ils demandent de l'aide et plus ils s'éloignent des institutions sociales et de santé. Deuxièmement – et peut-être non sans lien – dans la quasi-totalité de ces situations, c'est



un adulte qui fait la demande de soins pour le jeune. Si le thérapeute souhaite accéder à la population qui en a le plus besoin, il se doit donc de sortir de sa zone de confort définie par une clientèle se profilant dans une démarche d'aide librement consentie et volontaire. La contrainte devient une donnée incontournable (Coenen et al., 2010).

Quelques réflexions à propos de l'aide sous contrainte et efficacité thérapeutique.

La source de référence ne donne pas nécessairement d'indication sur le degré de contrainte. Si le mandat judiciaire constitue clairement un élément de contrainte – visible et officiel – il en existe d'autres moins objectivables, parfois subtilement induits par l'école ou les parents. Aussi, une contrainte endogène peut également jouer son rôle : un jeune qui souffre de sa consommation excessive de drogues et n'arrivant pas à s'en défaire seul. Les sources de contraintes sont donc multiples et proviennent tant de l'extérieur que de l'intérieur du sujet.

Certaines recherches montrent que *le statut du traitement – imposé ou non – n'a aucune influence sur l'issue de celui-ci en termes d'efficacité* (Schaub et al., 2010, Wild et al., 2006) : il n'est ni frein, ni moteur et constitue donc une variable non significative. Par contre, un mandat de traitement judiciaire est un puissant

facteur d'accès à une frange de population en difficulté qui ne consulterait probablement pas sans la contrainte de soin.

Les approches familiales/systémiques montrent une efficacité comparative particulière dans le traitement des jeunes à problèmes d'addictions et/ou de délinquance (Bischoff et al., 2009). A ce jour, la systémique a 27 études contrôlées randomisées à son actif dans le domaine des jeunes avec problèmes d'addictions et/ou de délinquance (Von Sydow et al., 2007), dont 25 mettent en évidence une efficacité accrue de l'approche systémique à baisser les symptômes principaux et les problèmes concomitants comme les mauvais résultats scolaires, les conflits familiaux ou encore les activités antisociales.

L'un des facteurs lié au traitement le plus influent sur son efficacité semble être la qualité de l'alliance entre thérapeute et patient (Lambert, Barley, 2002). En effet, « les recherches montrent de façon constante qu'une alliance positive est le prédicteur de succès le plus fiable en psychothérapie » (Kuenzli, 2010). Pauzé (2009) suggère en outre que « la qualité de la relation thérapeutique ne dépend que très partiellement des techniques et des théories du thérapeute. Elle dépend plutôt de son habileté à s'allier avec chacun des membres de la famille. » Le défi du thérapeute est donc d'établir une solide alliance avec le jeune contraint par le juge, mais également avec les parents – système encadrant naturel du jeune (Beytrison, 2010) – l'école ou toute autre personne significative.

Le Protocole Tribunal des Mineurs de Genève et Fondation Phénix : étapes vers une collaboration intensive¹.

2007 : constats initiaux.

Côté juges :

- Jusqu'à fin 2007 les juges « encouragent » les jeunes à entrer dans une démarche thérapeutique lorsqu'ils font état d'une surconsommation de drogues. Ils ont une certaine réticence à utiliser les articles de lois existants et n'ordonnent que très peu de traitements ambulatoires. Interpellée à ce propos, une ancienne présidente du Tribunal rétorque que selon une croyance encore bien vivante dans le réseau genevois, l'ordonnance d'un traitement aurait une

¹ Remerciement à Sylvie Wegelin, juge et ancienne présidente du Tribunal des Mineurs de Genève, architecte et partenaire dudit protocole, pour sa lecture attentive de cet article et en particulier ce passage.

influence négative sur celui-ci. Dans les faits, en 2007, sur les centaines de situations instruites par le Tribunal, seuls trois jeunes prennent effectivement contact avec la Consultation Adolescents de la Fondation Phénix.

- Les juges se trouvent en porte-à-faux face au peu d'informations livrées par les thérapeutes lorsqu'un jeune est entré en thérapie par voie judiciaire. En particulier, le manque d'information concernant l'évolution de la consommation – comportement pour lequel le jeune est entre autres condamné – empêche le juge de suivre correctement la situation. Le secret médical et professionnel est ici invoqué par les soignants.
- Les juges s'étonnent d'une certaine « passivité » des thérapeutes à engager les jeunes en traitement ; ce qui fait qu'à l'approche des échéances d'évaluation judiciaires (tous les 6 mois en Suisse) les juges apprennent que les mesures censées être évaluées – la thérapie en l'occurrence – ont à peine débuté.

Côté thérapeutes :

- Peu de jeunes arrivent en thérapie et la moyenne d'âge est très élevée (17,2 ans). Souvent il s'agit de jeunes dont la consommation dure depuis plusieurs années et qui ont échoué lors de divers placements éducatifs. Les thérapeutes ont l'impression que le juge envoie le jeune en thérapie ambulatoire dans une tentative de dernière minute à l'aube de la majorité et à un âge où les foyers rechignent à les accepter.
- La rétention en traitement est difficile et le pourcentage d'abandon de thérapie élevé. De plus les raisons justifiant l'ordonnance de traitement sont peu spécifiées.
- Enfin, les thérapeutes se vivent comme tenus à l'écart des décisions judiciaires. Ils ont l'impression que les juges leur sont peu accessibles.

2008 : Mise en action du protocole de collaboration.

Plusieurs séances de travail entre les juges du Tribunal des Mineurs et les responsables de la Consultation Adolescents ont lieu jusqu'à fin 2007. La version définitive du protocole est signée en février 2008. Ses objectifs sont principalement : l'optimisation de l'engagement des jeunes en thérapie ; l'augmentation de la rétention en traitement et la clarification et intensification de la collaboration Tribunal – Centre de traitement. Dès lors que le juge ordonne un

traitement (article 14 Code Pénal Suisse des Mineurs), le jeune et ses parents sont informés des éléments que le thérapeute lui rapportera :

- Compliance du jeune à suivre le traitement dans sa durée et sa fréquence ;
- Résultats des analyses d'urine à la recherche de substances psychoactives ;
- Appréciation générale de l'évolution du jeune.

Ces informations sont communiquées tous les 6 mois. En dehors de ces échéances, le juge s'appuie sur le principe « pas de nouvelle, bonnes nouvelles ». De son côté, le soignant informe le juge si la thérapie n'a pas pu débuter, si la fréquence des absences la met en péril ou si le traitement n'est pas adapté au jeune. Le thérapeute peut si nécessaire solliciter une table ronde au tribunal, participer

aux jugements et autres audiences et préavisier des options médico-légales à prendre en fonction de l'évolution de la situation.

« Nous avons pu instaurer un réel partenariat de concertation entre le Tribunal des mineurs et la Fondation Phénix. »

2011 : bilan intermédiaire après 36 mois de collaboration.

Depuis l'entrée en vigueur du protocole en février 2008, 159 jeunes ont été envoyés par ordonnance à

la Consultation Adolescents. 96% ont démarré le traitement. Une analyse plus poussée est en cours pour le sous-groupe randomisé dans le cadre de la recherche INCANT (International Cannabis Need for Treatment, Nielsen, Croquette Krokar, 2006 ; Nielsen, Croquette Krokar, 2010). Il s'agira de voir s'il y a une différence statistiquement significative entre le groupe de jeunes « volontaires » et le groupe de jeunes « ordonnés », sur toutes les mesures effectuées avant, pendant et 12 mois après le début de traitement. Ce qu'il est possible d'affirmer pour l'ensemble des jeunes suivis depuis l'entrée en vigueur du protocole est qu'il n'existe pas de différence entre les deux groupes en termes de rétention en traitement. L'optimisation de l'engagement en traitement est flagrante, puisque la quasi-totalité des jeunes orientés par la justice démarre le traitement à la

Fondation Phénix. Enfin, la disponibilité des juges est accrue et nous avons pu instaurer un réel partenariat de concertation entre le Tribunal des mineurs et la Fondation Phénix. Nous en voulons pour preuve leur grande disponibilité : il est actuellement possible d'organiser une table ronde au Tribunal dans un espace de 10 jours, parfois moins en cas d'urgence.

En guise de conclusion.

Reste l'épineuse question de l'adéquation du traitement, notamment pour certains jeunes à comportements antisociaux, de prise de risque et de rupture de tout genre. Le cadre ambulatoire a de la peine à les contenir, malgré un rythme intense de sessions thérapeutiques et une grande sollicitation des parents et de la famille. Il serait intéressant d'affiner la procédure de décision et d'indication dès la première audience au Tribunal.

L'accès à ces jeunes avec des problématiques à cheval entre les addictions et les délinquances pose la question de l'infrastructure institutionnelle et l'organisation de l'équipe de soins. En effet, une prise en charge ambulatoire à haute intensité semble s'imposer pour bon nombre de situations. Cela nécessite du coup un travail d'équipe tout aussi intense et la présence d'un superviseur, membre aussi de l'équipe, à l'image de certains centres de soins aux Etats-Unis. Nous avons recours aux structures résidentielles – foyers, hospitalisations ou maisons de détention pour mineurs – dans ces cas. L'harmonisation de la prise en charge est nécessaire, en particulier en ce qui concerne le travail familial, trop souvent laissé en suspens du moment que le jeune est éloigné des siens.

La libre adhésion demeure au cœur de notre démarche. Au-delà des questions de techniques thérapeutiques, les enjeux éthiques restent actuels. Mais la libre adhésion nous semble avoir un statut bien précaire dans les problématiques des addictions et il nous semble aujourd'hui qu'elle constitue en quelque sorte la fin du voyage thérapeutique que nous entreprenons avec les personnes qui nous consultent, le début du voyage étant souvent défini par la dépendance, la nécessité et donc la contrainte à visages multiples.

Bibliographie

- 1) BEYTRISON P. (2010): L'encadrement parental: un concept méconnu plus que jamais actuel. *Thérapie familiale*, vol 31, no 4, pp 451-463.
- 2) BISCHOFF M., BESSERO S., REVERDIN B., GERVASONI N., NIELSEN P., FAVEZ N. (2009): Argumentaire: Thérapies de famille et de couple / thérapies systémiques. (téléchargeable sur www.agtf.ch)
- 3) COENEN R., GAILLARD J.-P., FRIEH-BUNGERT F., HARDY G. (2010): Les symptômes interdits. Manifeste pour le changement. *Journal du droit des jeunes*, no 293, pp 1-7.
- 4) KUENZLI F. (2010): Comment diriger son attention sur ce qui marche en psychothérapie? (non publié, se trouve sur www.reflexivepractices.com)
- 5) LAMBERT M., BARLEY D. (2002): Research Summary on the Therapeutic Relationship and Psychotherapy Outcome. In NORCROSS J.: *Psychotherapy relationships that work*. Oxford University Press, New York.
- 6) NIELSEN P., CROQUETTE KROKAR M. (2006): Etude de l'efficacité de la thérapie MDFT dans le traitement de l'abus et de la dépendance au cannabis chez l'adolescent. Etude randomisée et standardisée. Protocole de recherche. Genève. Voir www.incant.eu
- 7) NIELSEN P., CROQUETTE KROKAR M. (2010): Phénix – la prise en charge d'adolescents surconsommateurs de cannabis: la thérapie familiale multidimensionnelle (MDFT). In AL KURDI C., CARRASCO K., SAVARY J-F.: *Intervention précoce*. GREa, Yverdon-les-Bains.
- 8) PAUZE R. (2009), in DURIEZ N. (2009): Changer en famille, Erès, Toulouse.
- 9) SCHAUB M. et al (2010): Comparing Outcomes of "Voluntary" and "Quasi-Compulsory" Treatment of Substance Dependence in Europe. *European Addiction Research*. 16: 53-60
- 10) VON SYDOW K., BEHER S., RETZLAFF R., SCHWEITZER J. (2007): Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie/Familientherapie. Hogrefe Verlag, Göttingen.
- 11) WILD T., CUNNINGHAM J., RYAN R. (2006): Social pressure, coercion, and client engagement at treatment entry: a self-determination theory perspective. *Addictive Behaviors*, 31, pp1858-72.



Cédric d'Epagnier

Psychologue-psychothérapeute FSP
Centre Envol

Dépistage des habitudes de jeu d'argent chez les patients de la Fondation Phénix

Cédric d'Epagnier, Julien Flückiger, Dr Marina Croquette Krokar

« Peut-être, après être passée par tant de sensations, l'âme ne parvient-elle plus à se rassasier – elle ne fait que s'exciter toujours plus fort, elle a besoin de sensations nouvelles, plus fortes, toujours plus fortes, jusqu'à épuisement final. »

Extrait de : *Le Joueur*, de Dostoïevski

Introduction

Ces dernières années, l'offre de jeu d'argent en Suisse s'est considérablement étoffée. Il y a eu l'ouverture des nouveaux casinos, la possibilité de jouer sur Internet, l'apparition des machines Tactilo et la mode du poker. Tout ceci est

venu s'ajouter aux possibilités déjà existantes de jouer de l'argent, par le PMU, les loteries, les tickets à gratter et le jeu clandestin.

Les études de prévalence en Suisse montrent que le phénomène du jeu pathologique touche une partie relativement faible de la population générale, soit entre 1 et 2 % (1). Mais il est démontré dans différentes publications que les personnes souffrant d'addictions aux produits psychotropes sont plus souvent à risque de développer une dépendance au jeu (2 ; 3) et que les joueurs consomment plus de drogues légales ou illégales que les non-joueurs (4).

Compte tenu du phénomène connu des addictions croisées, notre hypothèse implique que la population qui consulte dans nos centres doit être particulièrement concernée et que la prévalence du jeu chez les patients souffrant d'addictions diverses soit plus importante que dans la population générale.

Nous avons donc décidé d'entreprendre une étude de dépistage systématique des habitudes de jeu chez les patients des 5 centres de la Fondation Phénix. Ceci dans le but à la fois d'avoir une vision précise de l'ampleur du problème et de vérifier si les taux de prévalence du jeu, chez les personnes consultant pour des addictions aux produits, sont à la Fondation Phénix aussi plus élevés que dans la population générale, comme le montrent les études nord-américaines précitées.

Description de l'étude

Le protocole de cette recherche a été approuvé par le comité d'éthique de l'Association des Médecins du canton de Genève. Il s'agissait de questionner le maximum des patients adultes consultant à la fondation pour un problème d'abus ou d'addiction au sujet de leurs habitudes de jeu, sur une période d'une année, soit de septembre 2009 à août 2010. Dans ce but, nous avons élaboré un questionnaire semi-structuré (annexe 1), reprenant les principales données anamnestiques et permettant de savoir, si le patient est joueur, quels sont le cas échéant les types de jeux pratiqués, la fréquence et les sommes mises, ainsi que des questions générales sur l'endettement et les addictions croisées. A l'issue de ce questionnaire, pour les patients qui déclarent jouer ou avoir joué dans une période de leur vie, nous avons en outre administré le questionnaire standardisé SOGS (South Oaks Gambling Screen) (5). Ce dernier permet de

déterminer s'il s'agit d'un *joueur probablement pathologique, potentiellement pathologique ou occasionnel*, selon la terminologie du test. Le SOGS a été soumis à tous les patients qui ont déclaré une activité de jeu, même modérée, pour autant qu'elle ait été régulière. Les patients qui jouent moins d'une fois par mois des sommes faibles à la loterie par exemple, n'ont pas passé le SOGS.

Les patients avaient le choix de répondre ou de ne pas répondre à ces questionnaires sur un mode volontaire, et avec la garantie de leur anonymat. Il n'y a pratiquement pas eu de refus, mais pour des raisons pratiques de disponibilité, tous les patients n'ont pas pu être entendus. Il n'y a néanmoins pas eu de sélection des patients sur quelque critère que ce soit.

« Les joueurs consomment plus de drogues légales ou illégales que les non-joueurs. »

Résultats

Les résultats détaillés feront l'objet d'un article dans une revue scientifique ou d'un poster à exposer lors d'un congrès. Nous présentons ici les principales données que nous avons extraites des questionnaires. Elles ont été analysées avec le logiciel Statistica 9.

314 patients ont répondu à l'étude. Leur moyenne d'âge est de 42 ans, 71 % sont des hommes. Le temps moyen

de consultation dans un centre de la fondation est de 5 ans. 14 de ces patients sont venus consulter spécifiquement pour un problème de jeu pathologique (au Centre Envol en l'occurrence) et le dépouillement de leurs questionnaires a été traité séparément.

Un premier résultat intéressant montre que nous avons dépisté 19 joueurs *probablement pathologiques* et 11 autres *potentiellement pathologiques*. Soit 10 % des 300 patients consultant pour une addiction à un produit psychotrope. Ce

résultat est statistiquement significatif ($p < .0001$) d'une plus grande fréquence de joueurs parmi la population consultante de nos centres versus les 1 à 2% dans la population générale en Suisse. Ce sont surtout chez les joueurs *probablement pathologiques* que la différence est notable avec 6.33% chez nos patients comparé au 1.14% dans l'étude d'Osiek et al. (2010) (1) menée en 2005 ($p < .0001$) et 0.79% dans leur étude de 1998 ($p < .0001$). Par contre la proportion de joueurs *potentiellement pathologiques* n'est que de 3.67% dans notre échantillon contre 2.18% dans la population générale suisse, que ce soit selon le recensement de 1998 ou celui de 2005 (1), ce qui se traduit par une différence à la limite de la significativité statistique ($p = .052$).

Selon les réponses des patients au questionnaire semi-structuré, la consommation de produits psychotropes (alcool et toutes drogues confondues) augmente la pratique du jeu chez 11% des patients, alors que le fait de jouer augmente la consommation de produits chez 4% de ce même échantillon de personnes. Seuls 3 patients addicts à une substance ont augmenté leurs habitudes de jeu en compensation de l'arrêt de substances psychotropes.

Parmi les 14 joueurs en traitement au Centre Envol, 71% ont réduit leur pratique de jeu ou ont arrêté de jouer. La thérapie pour les joueurs est donc efficace.

Concernant les liens entre substances et jeu, c'est uniquement dans le rapport à l'alcool que les joueurs problématiques se distinguent des autres personnes interrogées. Comparés aux *non* joueurs et aux joueurs *occasionnels*, les joueurs *probablement pathologiques* ont plus de 3.5 fois moins de chance d'avoir un problème d'alcool ($p < .01$), alors que les joueurs *potentiellement pathologiques* ne diffèrent pas des *non joueurs*/joueurs occasionnels ($p > .05$). De plus, parmi les joueurs problématiques, les joueurs *probablement pathologiques* sont 5 fois moins susceptibles d'avoir un problème d'alcool que les joueurs *potentiellement pathologiques* ($p < .03$). On peut donc faire l'hypothèse que plus le problème de jeu est grave, moins il laisse la place à cette seconde addiction ; inversement, le fait de boire trop ne permet peut-être pas de jouer excessivement. Un jeu plus « modéré » est par contre lié à la consommation d'alcool. L'hypothèse stipule que certains joueurs boivent pour anesthésier l'angoisse des pertes au jeu.

Conclusion

Il semble donc utile de dépister systématiquement les habitudes de jeu auprès des patients dépendants ou abuseurs de substances psychotropes, étant donné leur surreprésentation comme joueurs par rapport à la population générale. Dans ce but, un simple questionnaire ouvert sur les habitudes de jeu devrait faire partie de l'anamnèse ou des premiers entretiens de suivi. Si la personne déclare jouer, le questionnaire SOGS est fiable pour discriminer les joueurs *occasionnels* des joueurs *potentiellement* ou *probablement pathologiques* (6). Le suivi psychothérapeutique peut alors être adapté pour prendre également en compte ce problème. Il s'agit d'une approche essentiellement cognitivo-comportementale (voir article dans le rapport annuel 2007, pp. 52-55) mais qui doit dans la plupart des situations être associée à une aide sociale de type désendettement. En effet, vouloir « se refaire », à savoir récupérer l'argent perdu au jeu et sortir ainsi d'une situation économique souvent désespérée, est un des principaux facteurs de retour au jeu. La collaboration entre psychothérapeutes et assistants sociaux est donc ici aussi plus que nécessaire.

Bibliographie

- 1) OSIEK C & al. Taux de prévalence de joueurs pathologiques en Suisse en 1998 et 2006. Dans *Prévenir le jeu excessif dans une société addictive*. Genève: Médecine et Hygiène, 2010: 93-97.
- 2) TONEATTO T, BRENNAN J. Pathological gambling in treatment-seeking substance abusers. *Addict Behav.* 2002; 27(3): 465-9.
- 3) LESIEUR HR & al. Alcoholism, drug abuse, and gambling. *Alcohol Clin Exp Res.* 1986; 10(1): 33-8.
- 4) PETRY NM & al. Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry.* 2005; 66(5): 564-74.
- 5) LESIEUR HR, BLUME SB. The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *Am J Psychiatry.* 1987 Sep; 144(9): 1184-8.
- 6) STINCHFIELD R. Reliability, validity, and classification accuracy of the South Oaks Gambling Screen (SOGS). *Addict Behav.* 2002; 27(1): 1-19.

Questionnaire de dépistage des habitudes de jeu d'argent

- | | |
|----------------------|-------------------------------------|
| 1. Centre de : | 5. Profession : |
| 2. Date : | 6. Situation sociale : |
| 3. Sexe : | 7. Situation familiale : |
| 4. Age : | 8. Consulte à Phénix depuis : |

Pour les addictions suivantes :

11. héroïne ☐ 12. cocaïne ☐ 13. cannabis ☐ 14. ecstasy ☐ 15. alcool ☐
16. tabac ☐ 17. sexe ☐ 18. cyberaddiction ☐ 19. jeu excessif ☐
20. codépendance ☐ 21. affectif ☐ 22. autres :

23. Est sous traitement de :
24. Diagnostics psychiatriques :
25. Diagnostics somatiques :

Questionnaire

Vous arrive-t-il de jouer à des jeux d'argent ?

26. Si NON, vérifier en énumérant la liste
- Si OUI, lesquels :

- 27A. loterie à n° ☐ 27B. Euromillion ☐ 28. tickets à gratter ☐ 29. PMU ☐
30. Tactilo ☐ 31. poker live ☐ 32. poker virtuel ☐ 33. paris sportifs ☐
casino : 34. roulette ☐ 35. black-jack ☐ 36. poker ☐ 37. slot machines ☐
38. autre ☐
39. jeux clandestins (lesquels) :
40. autres :

41. Depuis quand :
42. A quelle fréquence mensuelle :
43. Quelles sommes misez-vous par mois :
44. Revenu mensuel net :
45. Dettes
46. Si OUI, montant :
47. Sont-elles une conséquence du jeu ?
48. Vos habitudes de jeu ont-elles augmenté ou diminué depuis que vous êtes en traitement pour votre addiction ?
49. Ont-elles augmenté ou diminué pour d'autres raisons ?
50. La consommation de produits influence-t-elle vos habitudes de jeu ou inversement ?

Merci d'écrire tout commentaire utile au verso (avec rappel du n° de la question) !



Philippe Beytrison

Psychologue-psychothérapeute FSP
Centre de Chêne

L'encadrement parental : un concept méconnu plus que jamais actuel

Le texte qui suit est un condensé d'un article paru dans la revue *Thérapie Familiale* en 2010. Cet article développe les points essentiels de l'atelier que j'ai animé lors des 11èmes Journées systémiques de Lyon en mai 2010 ; la version intégrale (y compris la bibliographie) est consultable en suivant ce lien : www.cairn.info/revue-therapie-familiale-2010-4-page-451.htm.

Dans les années 70, la famille a été décrite par certains comme une structure aliénante pour l'individu ; il fallait donc qu'elle disparaisse. Quarante ans plus tard, la famille est toujours là, sous des formes de plus en plus variées : elle peut être monoparentale, recomposée, migrante, mixte, homoparentale, adoptive...et même traditionnelle ! Dans le même temps, on observe une mutation sociétale

importante, marquée par l'essor de l'individualisme et d'une désinstitutionnalisation à plusieurs niveaux.

Pour le thérapeute de famille, ces évolutions posent de nouveaux défis ; en effet, si les modèles de référence utilisés encore couramment gardent toute leur pertinence avec les familles « traditionnelles », ils rencontrent leurs limites opératoires avec les nouvelles familles. Des auteurs comme Jean-Paul Gaillard, Bernard Fourez ou encore Roland Coenen ont brillamment montré les enjeux liés à ces changements.

Comme il est impossible pour un thérapeute de travailler sans modèle, le besoin de repenser la pratique en créant de nouvelles approches, de nouvelles méthodologies paraît de plus en plus nécessaire. Par ailleurs, un modèle général sera,

par définition, plus ouvert et plus adapté à une majorité de situations qu'un modèle spécifique ; comme l'a dit Siegi Hirsch, cité par Fossion et Rejas (2001), l'approche systémique « doit permettre d'appréhender tous les types de problèmes rencontrés au sein d'une famille ». La clinique nous montre, de fait, que les familles qui consultent présentent presque toujours une souffrance liée à des difficultés multiples.

« Dans chaque famille, il existe un invariant familial : l'encadrement parental. »

J'ai choisi de me référer, en guise de modèle général, au paradigme évolutionniste développé par Fivaz, Fivaz et Kaufmann (1982), qui a été défini par eux comme un « métamodèle pour l'encadrement de l'évolution de systèmes en développement ».

Dans chaque famille, quelle que soit sa structure, je postule qu'il existe un invariant familial : l'encadrement parental. Cette notion se réfère à la tâche essentielle des adultes ayant la responsabilité éducative d'enfants et adolescents (parents bien sûr, mais aussi éducateurs, enseignants, etc.) : organiser un contexte favorable au développement des jeunes, la finalité étant l'autonomie de ceux-ci. Ce travail éducatif, nécessairement au long cours, ne consiste pas à « modeler », « normer » les enfants pour qu'ils deviennent ce que les adultes voudraient. Fort heureusement d'ailleurs, ceci n'est pas possible car, comme tout organisme ou

système vivant, un enfant se structure selon une logique auto-organisationnelle ; ceci signifie qu'il ne peut admettre « d'interactions instructives dans lesquelles un agent externe détermine ce qui advient en eux. » (Seywert, 1990). En d'autres termes, un système vivant n'intègre de l'extérieur que ce qui ne menace pas sa structure, son auto-organisation, donc son identité. C'est une question de survie, organique et/ou psychique.

Pour le thérapeute de famille, recourir à un modèle général pourrait donc revenir à utiliser le paradigme évolutionniste dont il a été question plus haut ; les avantages principaux selon moi sont les suivants : respect de la famille, de ses valeurs, de ses capacités évolutives et auto-curatives. Recourir à un modèle trop spécifique comporte le risque de vouloir faire se conformer la famille à notre modèle, ce qui va à l'encontre d'une position éthique qui m'est chère : travailler dans une perspective non-normative, non-pathologisante.

Si on admet que la réalité est une construction en évolution permanente, alors le travail du thérapeute de famille consiste essentiellement à créer un contexte permettant à la famille de remobiliser ses ressources et ses compétences momentanément bloquées, afin de poursuivre son évolution. La « solution » sera dès lors non pas le « remède du thérapeute », mais bien l'auto-solution qu'aura pu créer la famille dans le cadre thérapeutique.

Bibliographie

- 1) FOSSION P., REJAS M.-C. (2001) : *Siegi Hirsch : au cœur des thérapies*, Erès, Ramonville Saint-Agne.
- 2) FIVAZ E., FIVAZ R., KAUFMANN L. (1982) : Encadrement du développement, le point de vue systémique, *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 4/5, 63-74.
- 3) SEYWERT F. (1990) : L'individu, réseau et processus, *Thérapie familiale*, 11, 3, 309-322.



Dr François Crespo

Directeur du centre de Plainpalais
FMH psychiatrie-psychothérapie

Psychologie positive et toxicomanie

Introduction

La psychologie positive est un courant de psychologie né il y a environ 12 ans aux Etats-Unis. Elle a été fondée par Martin Seligman, professeur de psychologie qui alors était président de l'Association des Psychologues Américains (APA). La psychologie positive prend le contre-pied du concept des courants classiques de psychologie, qui s'intéressent aux parties fragiles de l'individu. Là, au contraire, la psychologie positive s'intéresse aux parties fortes de l'individu en proposant d'aider une personne à aller vers le mieux, voire le bien-être. Elle s'inscrit dans une philosophie permettant à chacun d'avoir accès au bonheur (une partie de la définition du bien-être de l'OMS). Rappelons également qu'il s'agit d'une discipline scientifique, validée par des études importantes.

Quels sont les points principaux qui ont été étudiés par cette discipline ?

Elle repose essentiellement sur la notion d'optimisme, de gratitude, de pardon. Elle préconise également de savoir savourer la vie quotidienne (*mindfulness*). La psychologie positive permet aussi de connaître les valeurs de l'individu et de les développer en fonction des situations rencontrées. L'approche des valeurs est celle qui nous intéresse le plus aujourd'hui car c'est sans doute la voie la plus riche et la plus prometteuse pour l'avenir.

Pour cette raison, la Fondation Phénix a décidé d'entamer un partenariat avec l'Université du Michigan et avec les Professeurs Peterson et Park qui sont précisément les initiateurs du questionnaire des valeurs chez l'individu.

Présentation du questionnaire des valeurs de Peterson

Contrairement à l'existence des deux classifications, le CIM-10 et le DSM-IV permettant de classer les pathologies mentales, il n'y avait pas de classification pour les forces et valeurs de l'individu. C'est chose faite avec la classification réalisée en 2006 par le Pr C. Peterson. Cette classification repose sur 24 forces de personnalité ou valeurs qui sont classées en 6 groupes :

I. *Sagesse et savoir*

1. Curiosité et intérêt pour le monde
2. Amour d'apprendre
3. Jugement
4. Ingéniosité
5. Clairvoyance

II. *Courage*

6. Bravoure
7. Persévérance
8. Intégrité
9. Enthousiasme

III. *Humanité et amour*

10. Amour et attachement
11. Gentillesse
12. Intelligence sociale

IV. *Justice*

- 13. Esprit d'équipe
- 14. Équité
- 15. Sens du commandement

V. *Modération*

- 16. Pardon
- 17. Modestie
- 18. Prudence
- 19. Maîtrise de soi

VI. *Transcendance*

- 20. Appréciation de la beauté et de l'excellence
- 21. Gratitude
- 22. Optimisme
- 23. Humour
- 24. Recherche du sens de la vie

Application pratique

A partir de ce questionnaire, une étude pratiquée en 2010 au centre de Plainpalais sur une population de toxicomanes met d'abord en évidence un déficit au niveau de la « modération » (V^{ème} groupe), avec en particulier la valeur 19 « maîtrise de soi » clairement défaillante. Cela ne constitue pas une surprise car un patient dépendant a d'importantes difficultés pour se contrôler, se « réguler ».

En revanche, l'étude a montré qu'il existait deux valeurs importantes aux yeux des patients, l'« amour et l'attachement » (valeur N° 10) et la « persévérance » (valeur N° 7). Les valeurs d'« amour et attachement » sont importantes et on retrouve les mêmes résultats dans la population générale. La valeur de « persévérance » est à analyser avec beaucoup de prudence et de recul. Au-delà de la persévérance, on pourrait parler de la « persévération », c'est-à-dire, au sens psychiatrique, l'impossibilité pour l'individu de stopper les comportements qui lui sont au final préjudiciables. Pour le patient dépendant, la voie de traitement possible est de lui apprendre à prendre conscience de cette persévérance et de l'inviter dans un second temps à se détacher de ses comportements qui entourent la consommation. Pour obtenir ce détachement, on peut proposer des exercices

de *mindfulness*, en demandant au patient de se concentrer sur le présent tout en pratiquant des exercices respiratoires. Cela donne de bons résultats dans la lutte contre le *craving*, c'est-à-dire l'envie irrésistible de consommer.

Une dernière information est apparue à la lecture de cette échelle des valeurs chez nos patients. Globalement, tous ont de faibles scores sur les valeurs de « transcendance » (VI^{ème} groupe). Cela s'explique probablement par le fait que la personne dépendante a son esprit préoccupé par cette dépendance et les problèmes de santé qu'elle engendre. Elle aura moins de facilité pour prendre du recul et être capable de s'observer. Dans les valeurs de transcendance, l'appren-

tissage de la « gratitude » (valeur N°21) est peut-être l'approche la plus accessible ; il est demandé au patient de faire des exercices quotidiens de gratitude (par écrit ou oralement) envers les personnes qui contribuent à les aider concrètement dans la vie quotidienne.

« La psychologie positive s'intéresse aux parties fortes de l'individu. »

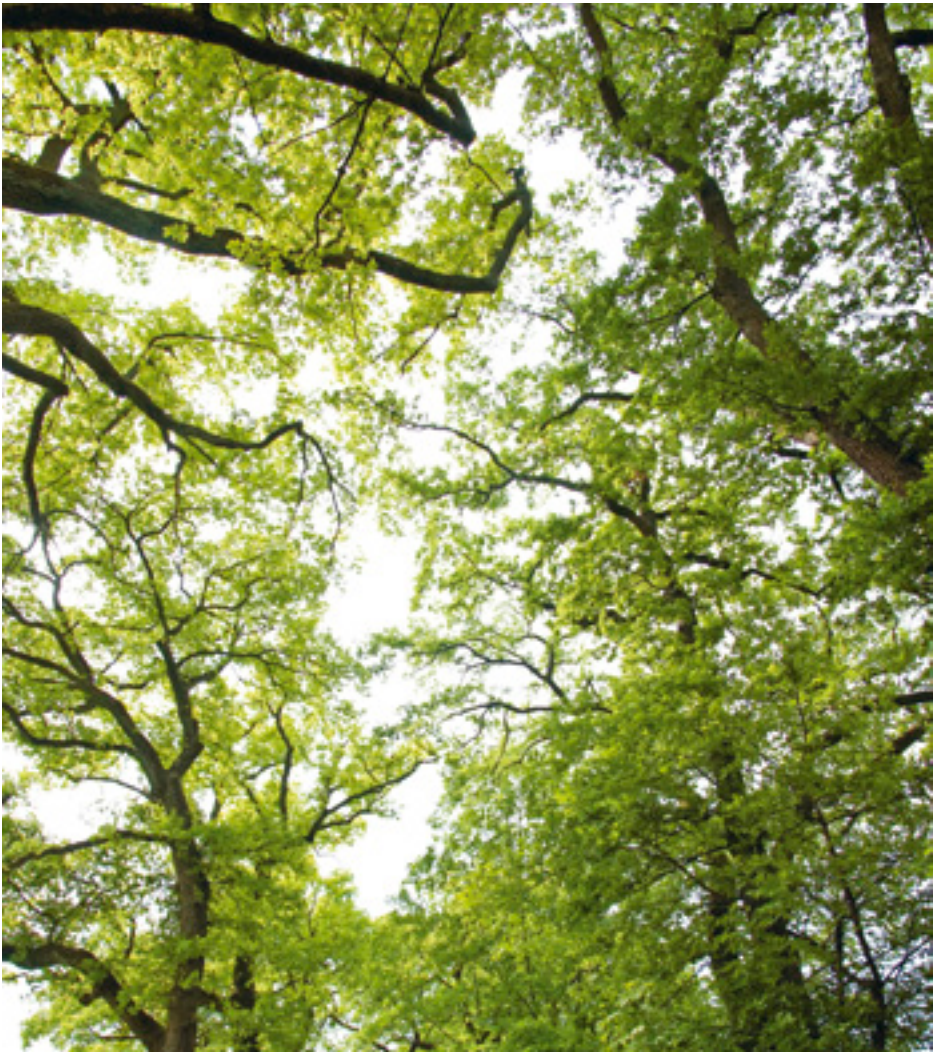
Conclusions

L'échelle des valeurs du Pr C. Peterson s'avère être très riche en applications pratiques pour les problèmes de dépendances avec ou sans produit(s). Elle permet d'ouvrir des voies nouvelles et complémentaires aux autres approches psychothérapeutiques (systémique, thérapie comportementale et cognitive, hypnose) que nous pratiquons régulièrement au centre de Plainpalais.

La psychologie positive est une discipline en plein essor dans le monde scientifique. Elle comporte encore beaucoup de promesses qui pourraient aider considérablement nos patients, telles la résolution de problème créative, le développement de la curiosité et de l'ouverture sur le monde .

Pour en savoir plus

- 1) PETERSON Christopher (2006). *A Primer in Positive Psychology*, New-York, Oxford University Press
- 2) SELIGMAN Martin (2008). *La Force de l'optimisme*, Editions Dunod.
- 3) LECOMTE Jacques (dir.) (2009). *Introduction à la psychologie positive*, Paris, Dunod. Fruit de la collaboration de 23 experts.
- 4) MEHRAN Firouzeh (2010). *Psychologie positive et personnalité : Activation des ressources*, Masson.
- 5) GAUCHER Renaud (2010). *La psychologie positive : Ou l'étude scientifique du meilleur de nous-mêmes*, l'Harmattan.





Dr Nure Santoro

Directrice du centre de Chêne
FMH psychiatrie psychothérapie

Addiction et trauma

Dans notre pratique clinique, les études convergentes montrent la fréquence des événements de vie traumatique dans les états de stress post-traumatique (PTSD ou « Post-traumatic Stress Disorder »).

Des études montrent que 80 % des personnes souffrant de PTSD diagnostiqué présentent les troubles psychiatriques associés suivants : dépression avec risque suicidaire (pour 65 % d'entre elles), addiction (pour 60 %), somatisation (pour 60 %) et enfin troubles anxieux (pour 45 %).

Inversement, 30 à 59 % des consommateurs de drogues présenteraient un PTSD et 89 % des patients consommateurs de drogues auraient décrit un événement traumatique dans leur vie. On note également que la prévalence de l'utilisation de substances est multipliée de 1,5 à 5,5 fois chez les patients présentant une histoire traumatique.

L'état de stress post-traumatique ou PTSD est un état pouvant survenir de façon immédiate ou différée, après l'exposition à un événement violent, inattendu, perçu comme une menace vitale avec une peur intense de mourir, un sentiment d'horreur et d'impuissance. Cette attaque submerge les capacités d'intégration psychique et affective. Cela induit un détachement, une dépersonnalisation et un évitement des stimuli qui peuvent éveiller la mémoire du traumatisme. Le symptôme typique d'un état de stress post-traumatique est le phénomène des *flashbacks* ; les événements sont constamment revécus, comme si le temps s'était arrêté. Cela est suivi par une anxiété, des difficultés de concentration, une irritabilité, des difficultés de sommeil, une hyper vigilance, un sentiment de qui-vive, ce qui compromet l'intégration sociale en raison d'une réorganisation de la personnalité après le traumatisme.

Les critères diagnostiques du PTSD sont posés selon le DSM-IV ou CIM-10. L'état de stress post-traumatique (PTSD) se manifeste quand tous ces symptômes persistent et s'associent à d'autres troubles psychiatriques. Les *flashbacks*, liés au souvenir répétitif, sont très intrusifs et envahissants. Les patients évitent tous les stimuli, sont fatigués et leur affect commence à être émoussé. Ils sont hyper vigilants et présentent une activation neurovégétative assez intense. La survenue d'un état de stress post-traumatique peut également être différée de plusieurs années ; la personne semble « faire face » avec une activité plus importante absolument nécessaire au niveau vital, puis peut décompenser à la suite d'un incident qualifié comme « anodin ».

L'état de stress post-traumatique peut être aigu, mais il peut aussi se présenter sous forme chronique. L'état de stress aigu arrive immédiatement après le traumatisme, un mois au plus. Il dure entre deux jours et quatre semaines et la plupart des victimes, environ 50 %, guérissent dans les trois mois qui suivent le traumatisme.

Il est important de mentionner que la personnalité se réorganise pour contenir et contrôler tous les symptômes liés à l'agression. Il peut y avoir une banalisation et une rationalisation ; plus le temps passe, moins le lien ne « peut » et ne « doit » être fait entre l'événement et son contexte. Nous rencontrons souvent l'évitement et le déni de toute agressivité avec la recherche de sensations fortes (comportement ordalique souvent rencontré chez les patients addicts).

L'état de stress post-traumatique favorise a priori chez les patients addicts le besoin impérieux de consommer. Nous avons observé dans notre pratique clinique que leurs consommations sont beaucoup plus importantes que les consommations des patients qui ne souffrent pas de PTSD. Leurs efforts sont également accrus pour se procurer les drogues.

Les drogues les plus consommées sont les drogues calmantes comme l'alcool, l'héroïne, en plus des somnifères et des anxiolytiques. Les benzodiazépines sont également très souvent prises abusivement. Ces patients essaient d'échapper à l'anxiété, aux insomnies et aux cauchemars qui caractérisent le PTSD par

une auto-médication (facteur prédictif très important dans la toxicomanie).

« L'addiction est un facteur prédictif négatif sur les états de stress post-traumatique (PTSD) et inversement. »

Les drogues sont consommées pour atténuer les effets de l'émoussement émotionnel, de la culpabilité déchirante, mais aussi contre les états dépressifs et les crises existentielles.

Nous voyons donc qu'il y a une potentialisation négative des deux troubles. L'addiction est un facteur prédictif négatif sur le PTSD avec plus de rechutes et inversement, le PTSD est un facteur prédictif négatif sur l'addiction avec plus de rechutes et augmentation du *craving* pour les addictions.

Il semblerait que PTSD et addiction empruntent les mêmes circuits cérébraux situés dans le cortex préfrontal qui régulent l'expression de la peur, mais aussi l'envie de consommer des drogues. Finalement, il s'avère que la réponse à un traitement pharmacologique ou psychothérapeutique peut dépendre grandement de la présence d'antécédents de trauma.

Il en ressort qu'il est indispensable de traiter les deux troubles ensemble et que traiter le PTSD réduit le recours aux consommations. Devant un tableau clinique complexe, une évaluation précise s'impose. Cela peut être rendu difficile par la honte ressentie, par la rationalisation et la banalisation de l'agression par la famille, la société, la victime. De même, la réorganisation psychique de la personnalité, ainsi que l'évitement, la variabilité et le polymorphisme des symptômes compliquent le traitement.

Concernant le traitement, il est important de tenir compte du type de PTSD, aigu (durée des symptômes inférieure à trois mois) ou chronique (durée des symptômes égale ou supérieure à trois mois), ainsi que du moment d'apparition des symptômes, immédiat ou retardé (au moins six mois après l'événement traumatique).

A noter aussi que toute personne peut développer un PTSD et qu'il faut donc tenir compte d'une vulnérabilité générale de la personne. Les jeunes et les personnes âgées sont plus à risque de chronicisation du PTSD, car ils ont moins de ressources pour s'adapter à la nouvelle situation (moins de mécanismes de *copping skills*). Même les événements considérés comme heureux qui marquent une étape de la vie, comme par exemple le mariage, la naissance d'un enfant, une promotion, peuvent poser des problèmes au niveau adaptatif et fragiliser la personne pour développer un état de stress post-traumatique.

Dans le traitement, nous mettons l'accent sur la fonctionnalité de la personne afin qu'elle puisse reprendre sa vie quotidienne. Le but est qu'elle puisse faire des expériences positives et diminuer les peurs maintenues par ses croyances comme « si je commence à ressentir, je vais devenir fou » ou « c'est de ma faute », « ce n'est pas si grave » ou encore « c'est un vrai faux souvenir ».

L'organisation du traitement doit prendre en compte la peur de perdre le contrôle et les difficultés que rencontrent ces patients à faire confiance : « ceux qui auraient dû me protéger m'ont trahi ». Ces patients ont peur d'être abandonnés, d'être trahis. Leur comportement consiste en beaucoup d'évitement. Ils provoquent souvent le cadre thérapeutique au risque d'induire le rejet redouté. Pour que ces patients changent leur comportement et leur stratégie, il est indispensable d'intégrer le récit de leur histoire.

Pour un patient souffrant de PTSD et d'addiction, la consommation de substances renforce l'évitement et les hospitalisations sont conséquentes. Dans beaucoup de cas, l'addiction repart de la demande pour traiter le PTSD et diminue la compliance thérapeutique et l'efficacité du traitement.

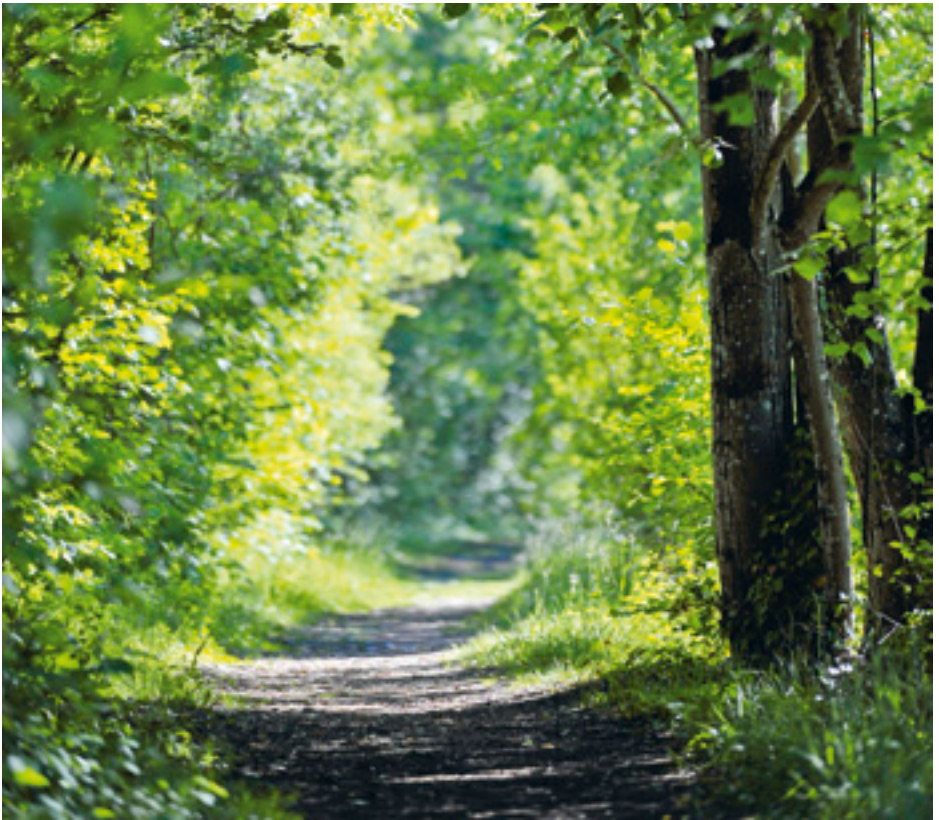
Lors des traitements de stress post-traumatique, nous avons observé une évolution favorable dans les mois qui suivent chez la plupart de nos patients usagers de drogues. Ce traitement est pratiqué avec un suivi individuel, familial ou destiné au couple. La prescription de psychotropes, à savoir les antidépresseurs, les somnifères et/ou les anxiolytiques est nécessaire dans la plupart des situations. Des approches corporelles comme l'auriculothérapie, la sophrologie, la réflexothérapie ou le traitement groupal DBT (*Dialectical Behavioral Treatment*) sont aussi pratiquées. Il est bien évidemment nécessaire de faire un travail motivationnel et d'emmener le patient vers une abstinence pour traiter le PTSD. À noter que, dans certains cas, nous pouvons être amenés à prescrire également des neuroleptiques pour les souvenirs obsédants et les visions hallucinatoires, pour ceux qui ont vécu l'enfer de la guerre, des tortures ou d'autres événements incontrôlables.

Le sevrage est une période très importante car il aggrave les symptômes du PTSD. En effet, l'arrêt de la consommation de la drogue réveille les événements traumatiques ; l'arrêt de « l'anesthésie » augmente les angoisses dépressives, avec confrontation aux conséquences sociales, familiales et professionnelles du PTSD et des consommations. Il faut souligner que le sevrage de drogues peut générer une augmentation des symptômes de stress post-traumatique et précipiter les rechutes.

Au Centre de Chêne de la Fondation Phénix, nous sommes en train de mettre en place une cellule composée d'un médecin psychiatre (moi-même), d'un psychologue et d'un infirmier spécialisé pour le traitement du PTSD chez tous les patients souffrant de cette co-morbidité (en présence ou en absence d'addiction). Il s'agit d'un traitement appelé « intégré » qui est également conseillé dans la thérapie d'addiction en présence de PTSD.

Pour en savoir plus :

- 1) CIM-10/ICD-10 – Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement, descriptions cliniques et directives pour le diagnostic, 1994.
- 2) DSM-IV Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, édition Masson, 1995
- 3) www.sspt.net, Société Suisse de Psycho-Traumatologie, Dr Daniel Smaga-président
- 4) DARVES-BORNOZ J-M. et al. : Syndrome secondaire à un stress post-traumatique (PTSD) et conduite addictive, Annales Médico-Psychologiques, 1996
- 5) BARROIS Claude: Les névroses traumatiques, Le psychothérapeute face aux détresses des chocs psychiques, 2 édition, 1998
- 6) Centre de toxicomanie et de Santé mentale: Meilleures pratiques. Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie, Santé Canada, Ottawa, 2002.
- 7) CROCQ Louis: Traumatismes psychiques. Prise en charge psychologique des victimes, édition Masson, 2007
- 8) SIGWARD J.-M.: Psycho-traumatisme et addiction, 2009





Isabelle Dunand
Assistante médicale, centre Envol

L'Envol pour les futures mamans

Isabelle Dunand, Dr Eva Sekera

Les maladies de l'addiction n'ont pas l'air de vouloir s'incliner devant « un heureux événement ». Pourtant, le futur nouveau-né est davantage vulnérable face aux toxiques et aux mutagènes. Cette période riche en changement hormonal et émotionnel chez la future mère la fragilise davantage face à son addiction, si en plus de sa motivation un soutien approprié n'est pas au rendez-vous. La grossesse est marquée par des moments d'angoisse très intenses. Surtout le sentiment de honte est exacerbé, le manque d'estime de soi étant aggravé par la conscience d'être nocive pour l'enfant, autant que par le regard porté sur elle par l'entourage.

Aussi nous nous sommes demandés, à l'Envol, comment soutenir les futures mères et couples malades de l'alcool et du tabagisme face aux problèmes

particuliers qui se présentent durant cette période. La liste de ces problèmes étant trop longue, rappelons-en au moins quelques-uns qui sont davantage présents chez les patientes affectées de ces deux co-morbidités : la toxicité des substances peut engendrer, soit une difficulté pour le couple à procréer, soit favoriser une procréation non planifiée ; citons aussi les dangers de la rechute alcoolique et la toxicité du tabac pour le fœtus et pour la mère, mais également pour celle-là des troubles alimentaires souvent associés pendant cette période, la crainte de perdre le contrôle de son poids et de son corps qui est soumis à des changements ; l'insécurité sociale, des instabilités dans le couple, voire un vécu d'abandon pour certaines ; puis une importante labilité émotionnelle pendant la grossesse et une tendance dépressive après l'accouchement ; enfin, l'allaitement perturbé par la rechute...

Les possibilités de prescrire un traitement médicamenteux sont très limitées pendant la période de la grossesse et de l'allaitement. Pour cette raison, les approches non-médicamenteuses sont les bienvenues. L'accueil par notre équipe multidisciplinaire respecte la notion d'urgence perçue qui génère davantage d'anxiété, avec une disponibilité particulière et, en cas de nécessité, la possibilité de déplacement à domicile de l'équipe mobile (EMI). Les entretiens réguliers avec nos psychologues favorisent une acceptation de la nouvelle réalité et une meilleure prise de position face aux incertitudes et aux nouvelles responsabilités. Le soutien médical est assuré dans un environnement déstressant, en collaboration avec le gynécologue, le médecin-traitant, le réseau social et les proches, sans oublier le conjoint. En complément, des méthodes de relaxation et de mise en valeur de l'efficacité personnelle donnent aux patientes les outils cognitivo-comportementaux pour être plus à l'aise dans les situations à risque de consommer des toxines.

La barre étant haute pour maintenir l'abstinence durant cette période que la future maman affronte «à deux» dans son corps, nous devons porter à cette future mère une attention maximale.



Alain Barbosa

Travailleur social, Responsable de l'Equipe
Mobile d'Intervention (E.M.I.)

Présentation des activités socio-thérapeutiques organisées et mises en place par l'Equipe Mobile de la Fondation Phénix

Alain Barbosa, Laure Adjakly, Sandra Meynet

Les activités socio-thérapeutiques se définissent comme un ensemble de prestations proposées aux patients de la Fondation Phénix, dans le cadre de la mise en œuvre du Plan Personnalisé de Suivi, en concertation avec le référent. Leur but est de développer ou restaurer les capacités de vie des patients (structuration de la journée...) ainsi que leur autonomie, leurs capacités relationnelles, physiques, gestuelles et/ou créatives.

Elles se démarquent de l'aspect occupationnel tout en restant distinctes des psychothérapies de groupe. A travers ces activités, nous proposons aux patients

un dispositif, un cadre, un espace, un temps, mais aussi un autre moyen de dire et de s'exprimer sur des modes différents. Elles permettent d'établir un moment privilégié avec les patients, de créer un support à la parole et une médiation à la relation. Elles requièrent un investissement important des personnes qui animent, une capacité d'imagination, ainsi que des compétences spécifiques, celles en l'occurrence de trouver la bonne distance avec les patients, de susciter de l'intérêt et de savoir gérer la dynamique des groupes et ce, quels que soient le cadre et les conditions de déroulement de l'activité.

Rappel des objectifs et des indications

- Valoriser l'estime de soi ;
- Développer les capacités d'expression, de communication, les relations interpersonnelles des patients ;
- (Re) mobiliser leurs ressources, leurs potentialités, grâce à des activités favorisant la rencontre, l'autonomie ;
- (Ré) activer le processus d'intégration sociale ;
- Offrir un cadre permettant de s'approprier le « présent », en toute sécurité, en œuvrant sur une meilleure qualité de vie ;
- Evacuer le stress et l'impulsivité ;
- L'inclusion du patient dans l'activité s'effectue en fonction de son projet thérapeutique ;
- Le réajustement périodique du programme d'activités s'impose à partir des besoins des patients.

Il y a une bonne représentativité des différents centres de la fondation par la présence d'au moins un patient de chaque structure dans les activités proposées.

Toutes les activités se déroulent sur des séances hebdomadaires et pour la grande majorité d'entre elles, toujours aux mêmes endroits et sur les mêmes créneaux horaires. La prise en charge des patients se déroule en 4 temps : le trajet, un temps d'accueil, l'activité elle-même et le retour.

Les différentes activités

- Atelier cuisine (lundi)
- Equitation (lundi)
- Badminton (mardi)
- Atelier danse pour les adolescent(e)s en collaboration avec la municipalité d'Onex (mercredi)
- Atelier danse et expression corporelle (jeudi)
- Atelier créatif (jeudi)
- Parcours vita, visite culturelle et de loisirs (vendredi)

Groupe cuisine

«...La cuisine est diverse à travers le monde, fruit des ressources naturelles locales, mais aussi de la culture et des croyances, du perfectionnement des techniques, des échanges entre peuples et cultures. La cuisine a ainsi dépassé

« Les activités socio-thérapeutiques permettent d'établir un moment privilégié avec les patients, de créer un support à la parole et une médiation à la relation. »

son simple impératif biologique d'alimentation pour devenir un corpus de techniques plus ou moins pointues, un fait culturel, un élément de patrimoine et d'identité national ou familial, un élément de systèmes de valeur, mais aussi

un sujet d'étude pour les sciences sociales et la sociologie, voire un enjeu de politique et de santé publique¹ ».

L'atelier Cuisine est un support qui permet de confectionner un repas ensemble ; nous veillons à ce que ce moment de partage soit convivial, que le patient s'insère dans le groupe ; nous l'accompagnons dans son envie de préparer un met, de le réaliser en autonomie, en s'essayant de façon ludique et gustative. Nous travaillons sur les questions d'hygiène alimentaire, de santé, de société, de valeur et de croyance.

¹ <http://fr.wikipedia.org/wiki/Cuisine>

Nous tenons compte de leurs objectifs individuels élaborés avec leur référent dans une continuité de leurs soins. Nous développons leurs habiletés sociales à travers le groupe et retravaillons les difficultés détectées avec le référent ou sur celles qui apparaissent au fil des séances.

Groupe équitation

Le cheval est une aide précieuse à l'action éducative et thérapeutique. Ce travail s'inscrit sur du long terme ; il est individualisé, il requiert un travail important sur la gestion de ses émotions et le désir de se dépasser.

Le travail intègre les notions de relation et d'adaptation réciproque entre le cheval et la personne. Il implique la personne, la valorise et la responsabilise dans la maîtrise de l'animal. Il mobilise un certain savoir-faire et savoir-être de manière intensive, cette compétence se développant au fil des séances.

Ce travail participe à une meilleure structuration spatio-temporelle, ainsi qu'au développement de l'acquisition de rythmes.

L'intérêt de ce groupe est aussi de se déplacer au centre équestre, ce qui sous-entend le respect d'horaires, de consignes, de tenues vestimentaires adaptées et prévues.

Sans oublier le cadre, l'esprit convivial dans ce milieu rural est un facilitateur d'intégration pour les patients, nous côtoyons tout le personnel, les propriétaires et utilisateurs du domaine.

C'est l'endroit où l'on peut se laisser aller au rire. Il permet de prendre de l'assurance, « de prendre les rênes ». Il n'est pas question de performances.

Groupe badminton

Pendant un bref instant, plutôt privilégié, il est possible d'apercevoir quelques individus rire, courir, s'esclaffer, transpirer sur un même terrain, dans un même but, celui de se faire plaisir et de partager un moment de grande simplicité avec les autres. La pratique du badminton permet aux patients d'apprendre à mieux maîtriser leurs émotions alors que les situations de jeux dégagent une certaine effervescence, et où la notion de partage vient supplanter la notion de compétition et d'individualité.

Groupe atelier artistique

Jonathan Hanselmann anime cet atelier, il est en troisième année de formation en art-thérapie, diplôme fédéral de niveau HES.

Un des objectifs de ce groupe est de faire découvrir et de s'approprier des moyens d'expression libre, créative et artistique.

Cette activité thérapeutique propose, à partir de différentes techniques, de découvrir des moyens d'expression en se rencontrant (dessin, modelage, collage). Jonathan invite les participants à des explorations plus personnelles, effectuées des allers et venues de l'individu au groupe pour échanger les ressentis grâce à ce support.

Sorties, activités culturelles, parcours vita

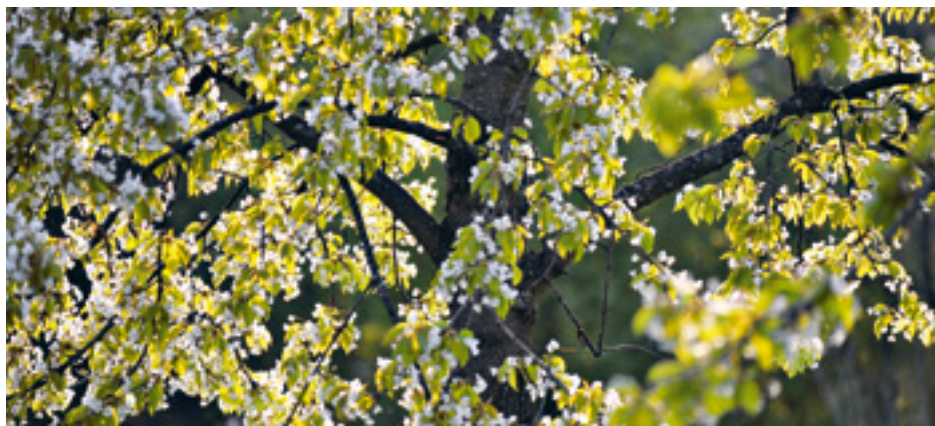
A l'origine de ce projet, les personnes participantes désiraient avant tout sortir de chez elles et marcher pour reprendre une activité physique régulière.

C'est pourquoi au départ, nous avons arpenté la ville en découvrant tous les petits parcours de remise en forme du canton.

Nous nous sommes tournés vers d'autres lieux plus fréquentés à visiter, tels que la cathédrale, les expositions temporaires, les musées allant, jusqu'à nous balader en bateau sur le barrage de Verbois.

Pouvoir se donner rendez-vous dans des lieux publics nécessite aussi pour les patients de parvenir à se repérer, de prendre les transports publics et de trouver le point de rencontre. Cela demande une certaine capacité de structuration dans l'espace et savoir quelque peu gérer le temps.

Faire la connaissance des membres du groupe, se mettre en lien avec les autres, profiter des cadres dans lesquels on se retrouve sont les objectifs de ces sorties.



Marcher, se mobiliser, s'aérer, découvrir, échanger, pouvoir identifier leurs centres d'intérêt pour le mettre au profit de la dynamique du groupe au fil des séances, ce sont là aussi des compétences développées au cours de cet atelier.

Activité danse

L'idée est partie d'une envie de partager des connaissances et des compétences personnelles dans la pratique de la danse pour démarrer cet atelier et proposer une activité répondant à la demande de quelques patientes.

Pour la mise en place de cette activité, il était important de pouvoir bénéficier d'un lieu externe à la Fondation Phénix, dans le but de découvrir avec les patientes des structures existantes, et de pouvoir s'intégrer au maximum dans la société (maisons de quartier).

Par ailleurs, un atelier danse est aussi ouvert à quelques adolescentes suivies par l'EMI ; il se déroule dans un collège à Onex et permet à 2 ou 3 jeunes filles d'intégrer un groupe existant et de participer à un projet commun : celui de présenter un spectacle avant l'été !

Objectifs généraux

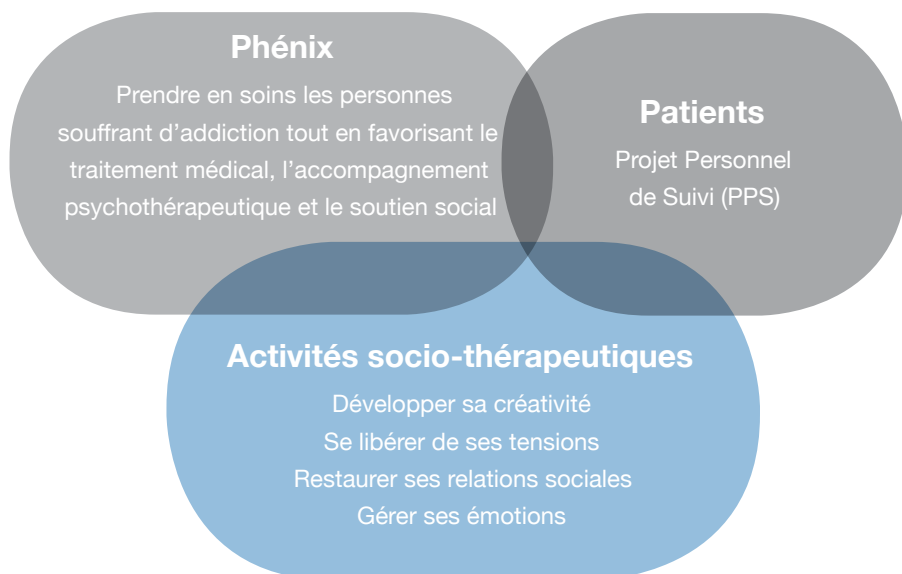
- Aborder la timidité à travers la danse :
- Mise en mouvement ;
- Apprendre à avoir une conscience de son corps ;
- Se libérer d'éventuelles tensions ;
- Développer sa créativité et son imagination ;
- Pouvoir exprimer des émotions autrement que par les mots ;
- Créer des liens (contacts) ;
- Savoir être dans une dynamique de groupe ;
- « Sortir » du quotidien, prendre un moment pour soi. En effet, ce sont des objectifs généraux qui devront servir de support pour l'activité ; chaque patient aura un élément à travailler à travers cette activité et cela sera repris en individuel dans le cadre du Projet Personnalisé de Suivi qui représente le « fil rouge » de notre intervention.

En conclusion, les activités socio-thérapeutiques, qu'elles soient groupales ou plus individualisées, répondent à un réel besoin d'une grande majorité de nos patients.

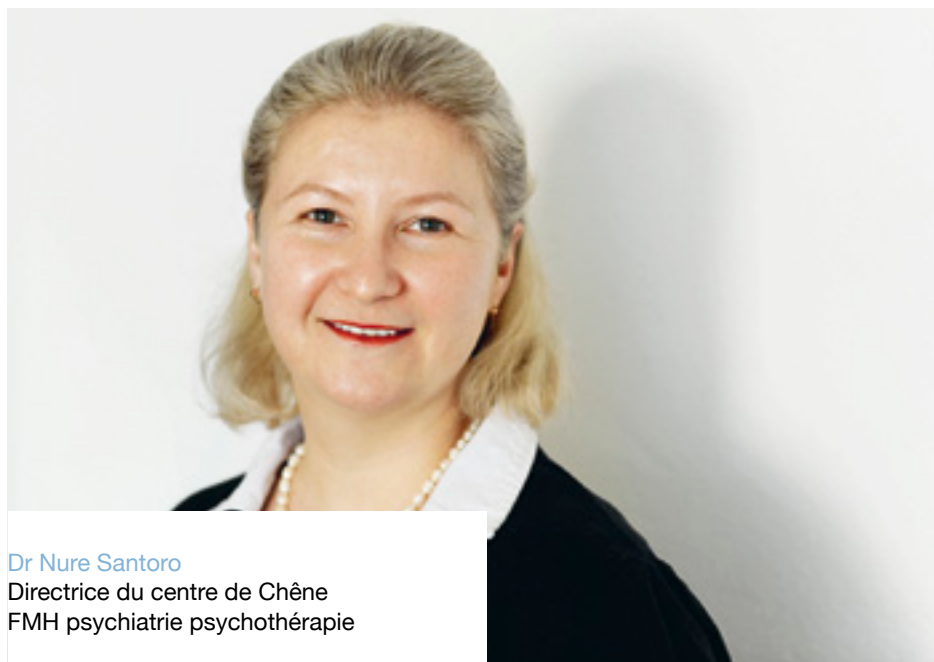
Elles révèlent des contrastes assez marqués dans la perception que l'on a des patients. En effet, dans un milieu « protégé », ils présentent pour la plupart une certaine aisance, fonctionnant assez bien grâce aux repères qu'ils ont acquis. En revanche, lorsqu'ils doivent s'adapter à l'environnement dans lequel les activités les « plongent », nous pouvons réellement mesurer le taux d'incapacité qui les affecte et à quel point leurs pathologies sont handicapantes au quotidien.

Ces activités constituent donc des indicateurs pertinents dans l'observation des patients et peuvent être par conséquent des leviers intéressants pour orienter les suivis thérapeutiques.

Ce type d'intervention prend tout son sens dans un réel travail en réseau et de collaboration avec les équipes, pour que les résultats tangibles soient évalués en équipes pluridisciplinaires et que ceux-ci s'inscrivent dans l'élaboration du projet personnalisé de suivi du patient. Ceci nous permet de vérifier et de consolider les acquis, d'évaluer et d'adapter le traitement médico-psychothérapeutique. Ce temps d'expérimentation pour les patients peut se définir également comme une réelle passerelle pour s'inscrire dans une démarche moins hésitante d'insertion ou de réinsertion sociale.







Dr Nure Santoro

Directrice du centre de Chêne
FMH psychiatrie psychothérapie

L'accompagnement en fin de vie de patients toxicomanes

Selon la définition de l'OMS, il s'agit de l'ensemble des soins actifs donnés aux malades dont l'affection ne répond pas au traitement curatif, ces soins prenant en considération la lutte contre la douleur et les autres symptômes, ainsi que les problèmes psychologiques, sociaux et spirituels. Ce sont donc des soins palliatifs dont ont besoin les personnes en fin de vie, quel que soit leur âge, et dont le but est d'obtenir la meilleure qualité de vie possible pour eux-mêmes et leurs familles.

Au centre de Chêne, nous avons dû ces dernières années accompagner une à trois personnes par an en fin de vie. Il s'agissait des premiers patients toxicomanes entrés en cure de méthadone dans les années 80 et restés stables, sans consommation de drogue illégale depuis plusieurs années. Agés de 50 à 60 ans, ils avaient tous une co-morbidité psychiatrique et somatique de type HIV et/ou hépatite B ou C.

Ce sont les premiers décès observables chez nos patients sous traitement de méthadone de longue durée. Leur état de santé, resté stable pendant de nombreuses années, a commencé à se dégrader petit à petit ; ils se sont d'abord plaints de maux somatiques diffus, de fatigue, de besoin de davantage de repos (récupération plus lente et de moins bonne qualité) ; ils ont ensuite eu des douleurs, des problèmes nutritionnels accompagnés de nausées, de vomissements et autres troubles digestifs. Ces symptômes ont conduit à modifier soit la forme de méthadone administrée (méthadone liquide remplacée par de la méthadone sous forme de suppositoires ou de gélules), soit le dosage prescrit, soit encore le produit même de substitution (buprénorphine, MST).

Dès lors, le traitement de l'addiction passe au second plan. Les consultations somatiques se sont multipliées et des traitements somatiques ont été introduits, pouvant potentiellement générer de nombreuses interactions médicamenteuses.

« Tous ces patients anciens toxicomanes présentent un vieillissement accéléré et une durée de vie raccourcie. »

Dans la plupart des cas, lorsque les patients ont commencé à se plaindre de maux somatiques fréquents, l'état de santé s'est vite détérioré, conduisant au décès assez rapidement.

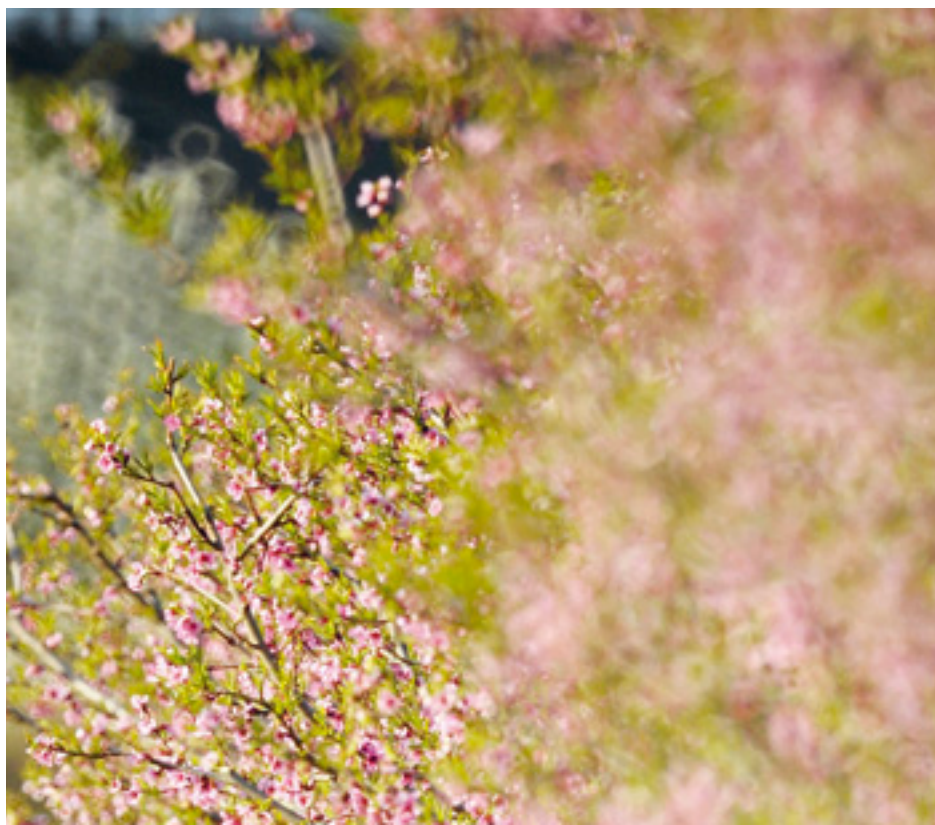
Il faut savoir que tous ces patients anciens toxicomanes présentent un

vieillissement accéléré et une durée de vie raccourcie d'environ 15 à 20 ans par rapport à la moyenne de la population.

Lorsque le diagnostic somatique a été clairement posé, comme par exemple pour un cancer, nous avons pu aborder avec eux le pronostic vital et la mort. Par contre, dans les situations où les plaintes somatiques étaient floues, cela a été plus difficile. Dans certaines situations, les personnes étaient isolées, sans contact avec leur famille depuis longtemps ; il était donc difficile d'aborder la mort avec elles.

Nous nous sommes posés et nous posons encore beaucoup de questions concernant cet accompagnement en fin de vie pour nos patients anciens toxicomanes, qui ont une vie raccourcie et qui présentent certaines similitudes avec les personnes âgées. Dans quelle(s) institution(s) les adresser, étant donné qu'ils sont encore sous traitement de substitution ? Quels soins palliatifs leur donner, avec quel cadre juridique ? Comment gérer leurs douleurs, tout en tenant compte du fait qu'ils reçoivent d'autres traitements spécifiques (HIV, hépatite ou autres pathologies) ? Quel ensemble de soins et de soutien apporter, parallèlement au traitement de substitution et à ces traitements spécifiques ? Dans cette approche globale de la personne malade, quels sont les soins les plus adéquats à offrir pour espérer la meilleure qualité de vie possible pour nos patients ?

Pour pouvoir répondre à ces questions, les collaborateurs du centre de Chêne de la Fondation Phénix mènent actuellement une réflexion de fond sur le sujet.





Fabienne von Düring
Psychologue-psychothérapeute FSP
Centre du Grand-Pré

Le thérapeute face à l'héroïnomane : quelques réflexions

Le suivi, généralement au long cours, des patients héroïnomanes et sous traitement de substitution, peut entraîner chez le thérapeute un sentiment d'ennui, de lassitude, de désintérêt, voire d'anesthésie de la pensée. Quelles spécificités à la problématique héroïnomaniaque et aux traitements de substitution à la méthadone qui sont proposés pourrait-on mettre en lumière afin d'éclairer ce phénomène contre-transférentiel ?

Lorsque le discours du patient s'arrête à la question unique du produit d'addiction ou de sa substitution, du dosage, des rechutes répétitives et auxquelles patient et thérapeute s'habituent, il devient difficile de rester vivant sur le plan psychique, mobilisé, en alerte dans sa pensée. Jean-Paul Descombey (2004), dans un article autour de la problématique alcoolique, mais à partir de laquelle nous pouvons envisager des analogies avec notre sujet, évoque un « analyste

en perte de vitalité et atteint dans son narcissisme de thérapeute qui ressent douloureusement une perte de la capacité même à associer». Face aux situations les plus extrêmes où dominent la pensée opératoire, l'alexithymie et l'apsychognosie, il met en garde contre le danger à se laisser envahir par une immobilité qui viendrait de cette « forteresse de béton » qui définit le patient.

Avant d'approfondir quelque peu ce qui est en jeu dans l'économie psychique de l'héroïnomanie, une remarque s'impose sur la particularité inhérente aux traitements de substitution. Dans ces traitements, nous avons le temps; ils sont par définition prévus sur une durée relativement longue, tant la problématique est souvent lourde et complexe. Par ailleurs, le patient est dépendant physiquement

« Le rapport qui s'établit entre le sujet et son produit est si intime qu'il y a à s'interroger sur la place que peut occuper le thérapeute dans cette constellation. »

du produit substitutif, il ne peut en aucun cas s'en passer; nous avons donc une quasi certitude qu'il va venir ou revenir s'il a manqué un entretien ou un jour de passage pour venir prendre sa méthadone et ainsi reprendre contact avec le dispositif de soin. Pouvons-nous déjà inférer que, dans la perspective

de ce type de traitement, la question de l'urgence au changement devient plus relative, l'urgence étant ici entendue comme élément permettant la mobilisation du patient (et du thérapeute)? Et dès lors, le thérapeute n'est-il pas d'autant plus enclin à se laisser gagner par la non-nécessité d'une amélioration de la situation au risque de renforcer la chronicité de cette situation? On peut fort heureusement considérer la contrainte à revenir en soins comme une forme de tiers garant de la pérennité du traitement et, à partir de là, mettre en discussion avec le patient les enjeux que cette contrainte représentent pour lui.

Michel de M'Uzan (2004) développe quelques idées sur le phénomène, pour lui essentiel, du manque si propre à l'héroïnomanie ; il insiste « sur ce qui est crucial, sur ce qui terrifie le toxicomane, ces affolants mouvements désordonnés qui se déclenchent dans les membres, ces démangeaisons affreuses parcourant le corps et accompagnant le sentiment d'une défaillance d'être absolument cruciale ». L'on perçoit bien la nécessité impérieuse du produit pour que le sujet se sente plus assuré dans son être. Les propos de Joyce Mc Dougall (2001) vont dans la même direction : « la dimension la plus urgente de l'économie psychique qui sous-tend la conduite addictive est le besoin de se débarrasser aussi rapidement que possible de tout sentiment d'angoisse, de colère, de culpabilité ou de tristesse, voire même de sentiments en apparence agréables vécus inconsciemment comme interdits ou dangereux ». M. de M'Uzan inscrit la problématique à un stade tout-à-fait archaïque, évoquant des notions de « carences existentielles, défaut d'être ou défaillance fondamentale ». Parlant de « tonus identitaire de base », il se réfère aux éléments fondamentaux permettant au sujet de se vivre dans sa complétude et son unicité et qui feraient défaut chez le toxicomane. Dès lors, le recours au toxique répétitif, compulsif, devient une nécessité du quotidien pour établir ce tonus identitaire vital. Il est LA solution absolue qui permet au sujet d'exister, solution qui a pour caractéristique majeure de permettre la maîtrise d'un objet externe à défaut de parvenir à contrôler les débordements internes.

On le voit, le rapport qui s'établit entre le sujet et son produit est si intime, situé dans le registre du besoin, de la survie psychique, qu'il y a à s'interroger sur la place que peut occuper le thérapeute dans cette constellation. Pierre Fedida (1995) se réfère à la notion d'« autocratie de la vie psychique », c'est-à-dire une manière de se gouverner soi-même, une forme d'« emprise du psychique sur le psychique » qui « défend contre toute altération venant de l'existence d'un autre ». Il explicite : « l'autocratie toxicomaniaque s'oppose à toute menace d'influence de la présence d'un autre, et même de sa seule existence en tant qu'autre, la figure du psychanalyste thérapeute représentant par excellence la menace la plus forte de l'altération, de par l'attente qu'elle suscite ». Evincé, spectateur impuissant face à ce duo fusionnel, le thérapeute intervient en tant que tiers qui va tenter de s'introduire dans cette relation à l'aide de la parole, mais également par la mise en place du traitement global (cadre du traitement de substitution). Ces outils, le cadre, la mise en mots de la conduite addictive,



Isabelle Gothuey et Jean Bergeron (2003) les évoquent comme un «exercice permettant d’opérer déjà un dégagement vis-à-vis de l’acte pour favoriser la mise en lien». Mais les enjeux sont tels, le risque étant qu’un manque, psychique cette fois-ci, trop douloureux se fasse sentir, que le processus peut être long pour parvenir, peut-être, à occuper une position qui va permettre un début de mobilisation, de questionnement du patient sur lui-même, ce au sein et grâce au lien de confiance qui s’instaure. «C’est le temps de l’alliance thérapeutique, où il s’agit de «tricoter» la relation, d’apprivoiser le patient, de susciter chez lui une interrogation» (Isabelle Berclaz, 1997).

La vignette clinique qui suit permet d’illustrer les aléas de cette première phase du traitement, qui peut d’ailleurs se maintenir durant toute la durée du suivi, phase où ce n’est pas encore une véritable psychothérapie qui est engagée. Pedro est un homme de 28 ans, qui a entamé avec moi son xième traitement de substitution à la méthadone il y a bientôt deux ans. Depuis le début, il reste

un consommateur très régulier, chronique, tout en assumant relativement bien son quotidien, ses responsabilités, son travail. Il ne formule pas de demande d'aide sur le plan psychologique, mais continue à venir me voir une fois par semaine, souvent très en retard. Dans la relation, il met d'emblée beaucoup d'énergie à établir avec moi un contact, que je situerais dans le registre social et de la sympathie, cherchant à savoir où je pars en vacances, mes origines etc. et surtout luttant ainsi activement pour éviter que nos propos ne deviennent trop personnels et engageants pour lui. Durant plusieurs semaines, il remet en question le traitement, le cadre et surtout la nécessité que l'on se voie. Nous rencontrons quelques situations compliquées où, méfiant, il discute et reprend mes interventions, me laissant supposer l'émergence d'angoisses d'intrusion. J'insiste pour qu'il vienne, que l'on se donne du temps avant d'envisager un éventuel changement dans le rythme des entretiens. Fraîchement arrivée dans l'institution, c'est également la disponibilité de mon agenda qui me permet de tenir ainsi. Petit-à-petit, par moments, une fenêtre s'ouvre brièvement, nous permettant de discuter de divers aspects significatifs de sa vie, petits moments dont il s'étonne et s'offusque sur un ton humoristique et clairement défensif. Avec le temps, l'alliance thérapeutique s'installe mais à ce jour, les enjeux du travail thérapeutique se situent avant tout au niveau de la consolidation du lien, notamment à travers les aspects de cadre plus que par le contenu des échanges.

Cet exemple clinique me semble montrer une certaine ingratitude du travail du psychothérapeute face à ces patients qui, hormis le nécessaire opiacé de substitution, sont si peu demandeurs, si actifs dans leurs attaques du thérapeute-tiers qui tente d'ouvrir une brèche, de créer du lien, mais qui au fond tente de s'immiscer dans le rapport étroit qui existe entre le sujet et son produit. C'est un travail de fourmi, de longue haleine, mais l'enjeu est bien de tenter de faire émerger un espace qui se dégage un peu du couple infernal sujet-produit, espace où la souffrance risque d'être ressentie mais qui constitue aussi une ouverture vers une possible construction, re-construction, du sujet à travers un travail engagé de questionnement sur soi.

Simone Korff Sausse (2011), dans une récente conférence donnée à Genève sur le contre-transfert dans les cliniques de l'extrême, proposait quelques réflexions éclairantes sur ce qui se joue chez le psychothérapeute. Face aux situations où la vulnérabilité humaine est extrême, notamment lorsqu'à la toxicomanie

s'associe par exemple une grande précarité sociale, un SIDA déclaré etc., nous sommes amenés à une forme d'identification que S. Korff Sausse dit «déshumanisante». Ces tranches de vie à la limite du pensable, qui nous renvoient à quelque chose de l'ordre du monstrueux, qui se situent aux frontières de ce qui est partageable, suscitent chez le soignant des interrogations sur l'humanité de ces situations (*Est-ce que cette vie vaut la peine d'être vécue ? Ou encore : ça pourrait m'arriver.*). La réaction du thérapeute peut alors se situer du côté de l'évitement phobique, de la mise en place de stratégies d'exclusion ou encore entraîner une sidération de la pensée, une paralysie psychique.

Dans la continuité de ce qui précède, il y aurait bien sûr à développer plus en avant ce qui nous permet de tenir et rester thérapeutique avec certains de nos patients. Je m'arrête toutefois ici, mais sur la réflexion initiale qui m'a amenée à ce petit texte. Ecrire ces quelques lignes, élaborer, lire et relire des textes, continuer à se former, finalement se nourrir sur le plan de la pensée sont autant de moyens qui permettent justement de rester éveillé, disponible et actif au niveau psychique pour parvenir à se tenir au plus près des patients, de leur situation et de leurs besoins.

Bibliographie

- 1) DESCOMBEY Jean-Paul. L'alcoolisme, continent noir de la psychanalyse ? In Revue Française de Psychanalyse, vol. 68, n°2, 2004
- 2) DE M'UZAN Michel. Addiction et problématique identitaire : le tonus identitaire de base. In Revue Française de Psychanalyse, vol. 68, n° 2, 2004
- 3) MCDUGALL Joyce. L'économie psychique de l'addiction. In Anorexie, addictions et fragilités narcissiques. Petite bibliothèque de psychanalyse, PUF, Paris, 2001.
- 4) FEDIDA Pierre. L'addiction d'absence. L'attente de personne. In Clinique des toxicomanes, Ed. Eres, 1995
- 5) BERGERON Jean et GOTHUEY Isabelle. Le rétablissement dans le champ des dépendances : perspectives psychanalytiques. In Dépendances, n°20, octobre 2003
- 6) BERCLAZ Isabelle. De l'aide psychologique à la psychothérapie analytique. In Dépendances, n°3, 1997
- 7) KORFF SAUSSE Simone. Contre-transfert et cliniques de l'extrême. Conférence donnée à Genève le 28 mars 2011 dans le cadre du cycle de conférences organisées par l'Office Médico-Pédagogique : la psychanalyse face aux situations limites et aux cliniques de l'extrême



Catherine Zobeles

Assistante médicale, centre de Plainpalais

Cohérence cardiaque

Dr François Crespo, Catherine Zobeles

Depuis 2010, le centre de Plainpalais de la Fondation Phénix propose aux patients un atelier de cohérence cardiaque.

La cohérence cardiaque est une technique de relaxation mise au point aux États-Unis dans les années 1980. Cette technique est basée sur le biofeedback, une méthode analysant les effets du ralentissement de la respiration sur le cœur. Initialement, il s'agissait pour l'inventeur, le Dr Schilde, d'aider les vétérans de la guerre à surmonter leur émotivité. Par la suite, cette application a été étendue à tous les troubles anxieux, ainsi qu'au domaine du sport de haut niveau où la pression intervient, comme on le sait, dans les résultats.

La cohérence cardiaque est également proposée dans le champ des thérapies pour permettre à l'individu de prendre conscience de l'importance de la régularisation de son système nerveux parasympathique par des techniques de relaxation.

Les bases théoriques

La cohérence cardiaque repose sur un équilibre entre le système sympathique et parasympathique. Si celui-ci n'est pas respecté, l'individu va connaître soit des instants de colère, par exemple lorsqu'il est sous la contrainte du système sympathique, soit des moments de frustration, quand il est sous la contrainte du système parasympathique. Ces deux éléments correspondent à des points d'émotivité importants. La cohérence cardiaque permet de maîtriser ces deux phénomènes en permettant à l'individu, grâce à la respiration, de garder le contrôle sur ce système.

Un logiciel adapté à cette méthode, le logiciel de cohérence cardiaque, permet de mesurer l'équilibre qu'il y a entre une absence totale de cohérence, un état qu'on peut qualifier de neutre, et un état dit de cohérence cardiaque.

Pratique régulière

Nous avons trois exemples d'application pratique de cette cohérence cardiaque.

1. Suzanne est une patiente suivie depuis fort longtemps au centre de Plainpalais. Elle est revenue pour une rechute de consommation d'héroïne il y a six mois. Nous l'avons traitée par méthadone et lui avons proposé un traitement à base de cohérence cardiaque. La cohérence cardiaque s'est avérée très utile pour cette patiente puisqu'elle présentait de gros problèmes d'émotivité. Initialement, le pourcentage d'absence totale de cohérence était très élevé, aux alentours de 65%. Progressivement, ce chiffre s'est effondré au profit d'un état de neutralité, c'est-à-dire que la patiente arrive à maîtriser ses émotions autour de 50%, pour arriver enfin au bout de six mois à une inversion totale de la tendance avec un taux de 65 % de cohérence cardiaque, le reste étant partagé entre des moments de neutralité et des moments de non-maîtrise. Il s'agit d'un cas exemplaire de bonne réussite de ce traitement, en sachant que la patiente était déjà sensibilisée à la relaxation ; elle faisait depuis longtemps de la sophrologie.

2. Benoît est un patient suivi depuis longtemps et qui connaît également des troubles d'impulsivité. Il est très préoccupé par ses problèmes de santé et fait des efforts pour arrêter de fumer. Nous lui avons proposé une séance hebdomadaire de cohérence cardiaque. Surprise, les résultats ont d'emblée été favorables, le patient étant arrivé très rapidement à des taux très élevés de

cohérence cardiaque à 80%. L'entraînement à la cohérence cardiaque lui a permis de prendre conscience de la bonne maîtrise qu'il avait de lui-même et de l'importance de faire des exercices de relaxation. Le patient faisait régulièrement des exercices chez lui pour justement retrouver les bons résultats. Ces éléments lui ont permis de se remobiliser afin de lui permettre d'arrêter définitivement le tabac et de commencer un sevrage médicamenteux.

3. Elodie est une patiente avec un passé lourd et un contact difficile. Elle est extrêmement prudente devant toute prise en charge psychothérapeutique. Nous lui avons proposé la cohérence cardiaque afin d'établir une meilleure alliance thérapeutique. Sur le plan de l'émotivité, les choses ont été assez longues à se mettre en place puisqu'il a fallu trois mois pour que la patiente passe de 60% de taux d'incohérence à 60% de taux de cohérence cardiaque. Il a fallu travailler à la

«La cohérence cardiaque est un outil performant pour permettre à l'individu de prendre conscience de l'équilibre neurovégétatif qu'il doit maintenir au fond de lui-même.»

fois sur cette relation thérapeutique difficile à maintenir, et en parallèle, en psychothérapie, sur la confiance en soi et sur les espoirs qu'elle pouvait fonder sur cette technique. La cohérence cardiaque, dans ce cas, a

mis en évidence la puissance du travail psychothérapeutique, mené par un de nos psychologues, qui a permis à la patiente de mieux maîtriser ses états émotionnels.

En conclusion, on peut estimer aujourd'hui que la cohérence cardiaque est un outil performant pour permettre à l'individu de prendre conscience de l'équilibre neurovégétatif qu'il doit maintenir au fond de lui-même et de maîtriser cet équilibre par la respiration afin d'éviter les accès de colère et de frustration.

La cohérence pourrait être un outil d'avenir pour permettre à l'individu de lutter contre l'impulsivité liée au phénomène de *craving*. Pour l'instant, il nous a paru prématuré de proposer cette indication peut-être un peu ambitieuse. Nous préférons rester prudents et proposer surtout une maîtrise de soi et un travail plus global de relaxation qui comprend la réflexologie, l'auriculothérapie et la cohérence cardiaque.

A portrait of Stéphanie Haefeli, a woman with shoulder-length brown hair and blue eyes, smiling. She is wearing a blue top and a necklace. The background is a plain, light-colored wall.

Stéphanie Haefeli
Assistante sociale, centres du Grand-Pré
et de Lancy

Mon travail d'assistante sociale à la Fondation Phénix

Après dix ans passés dans le domaine social, je me décide à changer d'employeur et me trouve engagée par la Fondation Phénix en mars 2010. Mes années d'expériences professionnelles me permettent de travailler de manière autonome. Mes connaissances en matière de droits sociaux à faire valoir, de réseau social et de fonctionnement des démarches administratives du système genevois me sont précieuses pour aider du mieux possible les personnes dans le besoin.

La profession d'assistant(e) social(e) a pour but d'accompagner les personnes exclues dans la résolution de leurs problèmes sociaux, puis de rendre les personnes autonomes et responsables de leurs besoins individuels fondamentaux, en sachant comment accéder par elles-mêmes à leurs droits, obligations et ressources financières.

- Remplir un formulaire pour obtenir un subside d'assurance-maladie, le droit au chômage, les allocations familiales, l'allocation logement, un complément de rente d'assurance-invalidité, une aide financière de la Ville de Genève, une allocation ou bourse d'études ou toutes les autres demandes qui pourraient contribuer aux finances mensuelles sont des contraintes compliquées et ainsi souvent laissées à l'abandon ou méconnues, et qui peuvent grever le budget d'une personne sans le savoir.
- Décrocher le téléphone pour reprendre contact avec un ancien employeur, un membre de la famille en conflit, une institution, etc. peut être une démarche douloureuse à faire seul(e).
- Gérer le système de remboursement des factures médicales à transmettre à son assurance-maladie, réceptionner le décompte pour l'envoyer au Service des Prestations Complémentaires... Tant de papiers à suivre, envoyer, récupérer, payer... Nombre de personnes renoncent et perdent leur droit et de l'argent.
- L'accompagnement pour se rendre auprès d'une administration, d'un nouveau lieu de vie, d'un placement en institution, d'une inscription pour une aide à domicile, s'avère une aide bénéfique affaiblissant l'appréhension de la procédure. Se savoir en lien avec une personne pouvant appuyer la requête peut être le déclencheur pour reprendre en partie confiance en soi, sa dignité.

A la Fondation Phénix, les patients que je rencontre n'ont bien souvent pas la préoccupation première de s'occuper de leurs affaires administratives. Certains ne s'en sont jamais occupés, d'autres en ont abandonné le suivi après un échec ou un passage de vie difficile.

De mon point de vue, soutenue par ces années de pratique professionnelle antérieures, je peux relever que la marge de manœuvre existante à la Fondation Phénix me permet de trouver satisfaction dans mon travail d'assistante sociale.

Pouvoir prendre le temps nécessaire à l'accompagnement concret dans ces démarches, être de proximité avec les patients pour créer un lien de confiance, entrer en quelque sorte dans leur sphère dite privée, toutes ces étapes nécessaires au bon fonctionnement d'un accompagnement soutenu, portent ses fruits et permettent des résultats visibles et stimulants pour se dégager le mieux possible des obstacles imposés par ce système rigoureux et réglementé.



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 2010.

Dons Divers

Don Fondation AFRED et EUGENIE BAUR	Frs	30'000
Don Banque Cantonale de Genève	Frs	2'966
Don Laboratoire MGD	Frs	4'000

Subventions communales à la Fondation Phénix

Nous remercions toutes les communes qui nous ont soutenus d'une façon ou d'une autre dans nos activités et en particulier celles qui ont versé une subvention durant l'année 2010.

Liste des communes

Jussy	Frs	200
Satigny	Frs	500
.....		
TOTAL	Frs	700,--

**RAPPORT
DE L'ORGANE DE REVISION**

sur les
COMPTES ANNUELS
au 31 Décembre 2010
de la

**FONDATION PHENIX,
Chêne-Bougeries**

SFG Société fiduciaire et de Gérance SA

76, bd du Théâtre - CP 5225 - CH-1211 Genève 11 - Tél. +41 (0)22 322 93 93 - Fax +41 (0)22 322 93 00
E-mail: info@sfg.ch TVA.N° 290 638 - UBS SA Cpte N° IBAN CH59 0024 0045 4482 6230 0

 Membres de la Chambre Fédérale

RAPPORT DE L'ORGANE DE REVISION
A l'attention du Conseil de Fondation de la
FONDATION PHENIX, Chêne-Bougeries

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 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, l'annexe et le rapport de performance pour l'exercice arrêté au 31 décembre 2010. Les informations contenues dans le rapport de performance ne font pas l'objet de notre contrôle.

Responsabilité du Conseil de Fondation

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

Responsabilité de l'organe de contrôle

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

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

J.

Opinion d'audit

Selon notre appréciation, les comptes annuels pour l'exercice arrêté au 31 décembre 2010 donnent une image fidèle du patrimoine, de la situation financière et des résultats en conformité avec les Swiss GAAP RPC (en particulier la norme 21). En outre, la comptabilité et les comptes annuels 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) et aux autres 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 (article 728 du Code des Obligations) et qu'il n'existe aucun fait incompatible avec notre indépendance.

Dans le cadre de notre audit, conformément à l'article 728a alinéa 1 chiffre 3 du Code des Obligations et à la Norme d'audit suisse 890, nous avons constaté qu'un système de contrôle interne avait été mis en place au cours de l'exercice 2009 et approuvé par le Conseil de Fondation. Celui-ci est suffisamment documenté mais n'est pas appliqué dans tous les domaines significatifs. D'autre part, des changements organisationnels importants sont toujours en cours à la date du présent rapport et le système de contrôle interne susmentionné ne correspond pas, dans sa globalité, à la nouvelle organisation qui se met actuellement en place.

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

Nous recommandons d'approuver les comptes annuels qui vous sont soumis.

Genève, le 15 avril 2011

SFG Société Fiduciaire et de Gérance SA



Ph. Ryser
Expert-réviseur agréé



Ph. Schmutz
Expert-réviseur agréé
(Responsable de la révision)

Annexes :

- Comptes annuels (bilan, compte de fonctionnement, tableau de flux de trésorerie, tableau de variation des capitaux propres, tableau de variation des fonds affectés, annexe et rapport de performance)

Bilan au 31 décembre 2010

	Notes	31.12.2010		31.12.2009	
		CHF	CHF	CHF	CHF
ACTIF					
Actif circulant					
Liquidités	3.1		987'708		986'953
Clients - débiteurs	3.2	2'282'030		2'062'536	
Provision pour débiteurs douteux	3.2	(173'776)	2'108'254	(231'021)	1'831'515
Débiteurs divers	3.3		440		667
Comptes de régularisation actif	3.4		63'212		20'594
			3'159'614		2'839'729
Actif immobilisé					
Autres immobilisations corporelles	4.1		482'589		563'588
Immobilisations en leasing	4.1		44'499		46'366
Garanties et dépôts	4.2		41'467		41'304
			568'555		651'258
Actif immobilisé affecté					
Immeubles	4.3		1'220'000		1'220'000
			1'220'000		1'220'000
TOTAL DE L'ACTIF			4'948'169		4'710'987

Bilan au 31 décembre 2010

	Notes	31.12.2010	31.12.2009
		CHF	CHF
PASSIF			
Capitaux étrangers à court terme			
Fournisseurs	5.1	256'650	424'214
Créanciers divers	5.2	47'896	32'262
Comptes de régularisation passif	5.3	455'118	422'412
		759'664	878'888
Capitaux étrangers à long terme			
Emprunt hypothécaire	6.1	834'000	852'000
Provision pour vacances et heures supplémentaires	6.2	135'454	233'055
Engagements leasing	6.3	41'111	49'582
		1'010'565	1'134'638
Capital des fonds			
Fonds affectés	7.1	1'220'000	1'110'000
		1'220'000	1'110'000
Capital de la Fondation			
Capital de dotation	8.1	100'000	100'000
Résultat reporté - exercice 2007 et précédents	8	1'860'796	1'860'796
Résultat reporté - exercice 2008 & 2009	8.2	(373'334)	(99'345)
Résultat de l'exercice	8.2	370'478	(273'989)
		1'957'940	1'587'462
TOTAL DU PASSIF		4'948'169	4'710'987

Compte de fonctionnement de l'exercice au 31 décembre 2010

	Notes	2010	2009
		CHF	CHF
PRODUITS			
Revenus des soins médicaux		6'791'898	6'381'802
Revenus des produits de pharmacie et divers		213'085	244'344
Dons		36'966	30'000
Subventions de fonctionnement	9.1	996'160	1'114'342
Autres produits d'exploitation		101'987	114'059
Produits sur exercices antérieurs		367	70'088
Récupération débiteurs amortis lors des exercices antérieurs		8'644	55'766
Total produits de fonctionnement		8'149'106	8'010'401
CHARGES			
Frais de conseils		(10'007)	(13'407)
Charges de personnel		(5'659'315)	(6'054'228)
Consultants et intérimaires		(136'037)	(128'448)
Formation et autres charges		(67'095)	(78'949)
Loyers		(362'932)	(360'771)
Entretien des locaux		(35'272)	(43'303)
Achats produits médico-pharmaceutiques		(390'450)	(372'819)
Achats de matériel		(34'263)	(77'044)
Entretien du matériel		(76'417)	(159'345)
Séminaires et congrès		(35'103)	(61'717)
Pertes sur débiteurs		(69'164)	(137'141)
Dissolution / (Attribution) provision pour pertes sur débiteurs		57'246	(70'874)
Autres charges d'exploitation		(631'461)	(480'282)
Total des charges de fonctionnement		(7'450'269)	(8'038'327)
Résultat de fonctionnement avant amortissements, résultat financier et résultats des fonds		698'837	(27'927)
Amortissements		(178'957)	(185'899)
Résultat de fonctionnement avant résultat financier et résultat des fonds		519'880	(213'825)
Produits financiers		6'831	5'882
Charges financières		(13'448)	(24'588)
Intérêts hypothécaires		(20'874)	(22'186)
Résultat financier		(27'491)	(40'892)
Résultat net sur vente immeuble		0	350'539
Résultat de fonctionnement avant résultat des fonds		492'389	95'822
Utilisation fonds pour bien immobilier - Maison d'Axel		0	440'000
Attribution au fonds pour acquisition nouveaux locaux - Chêne	7.1	(110'000)	(790'000)
Résultat des fonds		(110'000)	(350'000)
Charge exceptionnelle		(11'911)	(19'810)
RESULTAT DE L'EXERCICE (AVANT REPARTITION)		370'478	(273'988)
Répartition de la part revenant aux subventionneurs	8.2	0	0
RESULTAT DE L'EXERCICE (APRES REPARTITION)		370'478	(273'988)

Tableau de flux de trésorerie au 31 décembre 2010

	2010	2009
	CHF	CHF
Résultat de l'exercice	370'478	(273'988)
Amortissements des immobilisations corporelles	178'957	185'899
(Dissolution) / Constitution de provisions	(154'846)	175'762
Marge brute d'autofinancement	394'588	87'673
Variation des actifs circulants		
débiteurs	(219'494)	(56'052)
débiteurs divers	227	(159)
comptes de régularisation actif	(42'618)	(20'594)
Variation des engagements à court terme		
fournisseurs	(167'564)	3'159
créanciers divers	15'634	(39'004)
comptes de régularisation passif	32'706	122'905
Flux de fonds (utilisés pour) / provenant des activités d'exploitation	13'480	97'927
Acquisition d'immobilisations	(97'957)	253'196
Variation des garanties	(163)	(127)
Flux de fonds (utilisés pour) / provenant des opérations d'investissement	(98'120)	253'069
Emprunt hypothécaire	(18'000)	132'000
Engagement leasing	(6'604)	124
Fonds affectés	110'000	350'000
Flux de fonds (utilisés pour) / provenant d'opérations de financement	85'396	482'124
Variation nette des liquidités	755	833'120
Liquidités au début de l'exercice	986'953	153'833
LIQUIDITES A LA FIN DE L'EXERCICE	987'708	986'953
A la date du bilan, les liquidités sont composées des éléments suivants :		
Avoirs en caisse	9'963	12'235
Avoirs auprès du CCP	281'404	65'601
Avoirs en banque	696'341	909'117
TOTAL DES LIQUIDITES	987'708	986'953

Tableau de variation des capitaux propres pour les exercices 2009 et 2010

	Capital de dotation	Résultat reporté 2007 et précédents	Résultat reporté exercice 2008 et 2009	Résultat de l'exercice	Total
	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF
Situation au 1 ^{er} janvier 2009	100'000	1'860'796	0	(99'345)	1'861'451
Attribution du résultat 2008	0	0	(99'345)	99'345	0
Résultat de l'exercice 2009	0	0	0	(273'989)	(273'989)
Situation au 31 décembre 2009	100'000	1'860'796	(99'345)	(273'989)	1'587'462
Attribution du résultat 2009	0	0	(273'989)	273'989	(0)
Résultat de l'exercice 2010	0	0	0	370'478	370'478
Situation au 31 décembre 2010	100'000	1'860'796	(373'334)	370'478	1'957'940

Tableau de variation des fonds affectés pour l'exercice 2010

	Solde au 1 ^{er} janvier	Attribution	Transfert de fonds internes	Utilisation	Solde au 31 décembre
	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF
Fonds pour bien immobilier - PPE Plainpalais	320'000	0	0	0	320'000
Fonds pour acquisition nouveaux locaux - Chêne	790'000	110'000	0	0	900'000
Total Fonds pour biens immobiliers	1'110'000	110'000	0	0	1'220'000
Total Fonds affectés	1'110'000	110'000	0	0	1'220'000

Tableau de variation des fonds affectés pour l'exercice 2009

	Solde au 1 ^{er} janvier	Attribution	Transfert de fonds internes	Utilisation	Solde au 31 décembre
	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF
Fonds pour bien immobilier - PPE Plainpalais	320'000	0	0	0	320'000
Fonds pour bien immobilier - Maison d'Axel	440'000	0	0	(440'000)	0
Fonds pour acquisition nouveaux locaux - Chêne	0	790'000	0	0	790'000
Total Fonds pour biens immobiliers	760'000	790'000	0	(440'000)	1'110'000
Total Fonds affectés	760'000	790'000	0	(440'000)	1'110'000

1 Sommaire des principes comptables adoptés

Selon l'article 12 de la loi sur les indemnités et les aides financières (LIAF), à défaut de l'application des normes IPSAS ou IFRS, les organisations bénéficiant d'aides financières cantonales supérieures à CHF 200'000 doivent établir leurs comptes annuels en conformité avec la norme Swiss GAAP RPC 21 (ci-après RPC).

Afin de respecter les exigences légales cantonales et notamment le contrat de prestations couvrant la période 2008 à 2011, la Fondation Phénix présente des comptes annuels établis selon les normes Swiss GAAP RPC. 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 actuelle.

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 d'exploitation des charges et produits. Ils regroupent les charges payées d'avance et les produits à recevoir.

2.5 Immeubles

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

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

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

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

Ces taux sont les suivants :

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

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

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

2.7 Immobilisations financières (garanties et dépôts)

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

2.8 Capitaux étrangers à court terme

Ces engagements sont évalués à leur valeur nominale. Ils concernent les rubriques «Fournisseurs», «Créanciers divers» et «Comptes de régularisation passif».

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.

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 (définition selon Swiss GAAP RPC 23). 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 et 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.

Selon les recommandations du Service du contrôle interne (SECI), la méthode d'évaluation de cette provision a été modifiée au 31 décembre 2010, afin de se rapprocher au plus près de la situation effective de la Fondation.

Désormais, les heures supplémentaires sont calculées au taux de 100%, conformément à la situation effective au sein de la Fondation (précédemment à 125%), 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 (précédemment calculé sur un coût moyen horaire).

Les charges sociales sont incluses sur la base des taux en vigueur au 31 décembre (précédemment calculée sur un taux moyen).

L'incidence de ce changement de méthode sur les comptes 2010 est présentée au point 6.2.

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 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 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.

Ils sont ensuite reconnus en produits dans le compte de fonctionnement sur une base systématique et rationnelle en fonction de la durée d'utilité de l'actif concerné, c'est-à-dire selon la durée d'amortissement de cet actif (produits différés).

2.12 Capital de la Fondation

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

2.13 Comptabilisation des revenus

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

Les subventions d'exploitation 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 des impôts directs fédéraux, cantonaux et communaux à l'exception de :

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

Dans la cadre de la cession de la Maison d'Axel réalisée en 2009, la Fondation a demandé au Conseil d'État genevois en date du 21 janvier 2011 une exonération de l'imposition immobilière en se fondant sur la reconnaissance du caractère d'utilité publique de ses activités. La décision n'a pas été communiquée à ce jour.

3 Actif circulant

3.1 Liquidités		
	31.12.2010	31.12.2009
	CHF	CHF
Caisse	9'963	12'235
Chèques postaux	254'795	44'447
UBS SA – compte courant	622'036	786'367
BCGE – compte courant	65'038	99'880
Chèques postaux – comptes sociaux	26'609	21'154
BCGE – comptes sociaux	9'267	22'870
Total des liquidités	987'708	986'953

3.2 Clients-Débiteurs

	31.12.2010	31.12.2009
	CHF	CHF
Débiteurs collectifs	2'282'030	2'062'536
./ . Provisions pour débiteurs douteux	(173'776)	(231'021)
Total débiteurs nets	2'108'254	1'831'515

La provision pour débiteurs douteux a été estimée selon les principes définis au point 2.10.2 à CHF 173'776. Ce montant se répartit entre la provision pour patients suspendus par les caisses maladie (CHF 117'158) et la provision pour les autres débiteurs définie au taux de 3% (CHF 56'618).

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 69'164.

3.3 Débiteurs divers

	31.12.2010	31.12.2009
	CHF	CHF
Impôt anticipé à recevoir	440	667
Total des débiteurs divers	440	667

3.4 Compte de régularisation actif

	31.12.2010	31.12.2009
	CHF	CHF
Charges payées d'avance	27'833	16'239
Produits à recevoir	35'379	4'355
Total des comptes de régularisation actif	63'212	20'594

4 Actif immobilisé

4.1 Autres immobilisations corporelles et immobilisations en leasing

Les autres immobilisations corporelles sont assurées contre l'incendie pour une valeur de CHF 1'600'000 (2009 : CHF 1'600'000).

	Valeur d'acquisition au 31.12.2009	Sorties / cessions au 31.12.10	Transfert interne au 31.12.10	Acquisitions au 31.12.10	Valeur d'acquisition au 31.12.2010	Amort. cumulée 31.12.2009	Amortissements au 31.12.10	Sorties / cessions au 31.12.10	Transfert interne au 31.12.10	Amort. cumulée 31.12.2010	Valeur nette 31.12.2009	Valeur nette 31.12.2010
	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF
Chêne	307'860	(22'222)	0	11'354	296'992	(176'941)	(29'519)	22'222	0	(184'238)	130'919	112'754
Lancy	41'577	(37'374)	0	0	4'203	(38'636)	(420)	37'374	0	(1'682)	2'941	2'521
Plainpails	272'860	(9'546)	0	32'253	295'567	(102'516)	(29'557)	9'546	0	(122'527)	170'344	173'040
Gd Pré	32'558	(2'745)	0	1'424	31'238	(15'619)	(3'124)	2'745	0	(15'998)	16'940	15'240
Administration centrale	105'557	0	0	4'531	110'088	(36'840)	(11'009)	0	0	(47'869)	68'697	62'219
Centre Envol	348'187	(14'456)	0	0	333'731	(237'455)	(33'373)	14'456	0	(256'372)	110'732	77'359
Total mobilier et équipement	1'108'600	(86'343)	0	49'562	1'071'819	(608'027)	(107'002)	86'343	0	(628'685)	500'573	443'134
Chêne	40'264	(14'592)	0	6'703	32'376	(26'635)	(8'094)	14'592	0	(20'137)	13'629	12'239
Lancy	4'101	0	0	0	4'101	(1'602)	(1'025)	0	0	(2'627)	2'499	1'474
Plainpails	13'711	(44'21)	0	1'334	10'624	(8'587)	(2'656)	44'21	0	(6'822)	5'124	3'803
Gd Pré	9'475	(1'355)	0	1'334	9'454	(5'184)	(2'363)	1'355	0	(6'192)	4'291	3'262
Administration centrale	103'158	(8'188)	0	6'124	101'094	(67'293)	(25'273)	8'188	0	(84'378)	35'866	16'716
Centre Envol	9'573	(6'951)	0	1'334	3'916	(7'946)	(979)	6'991	0	(1'954)	1'607	1'963
Total installations informatiques	180'283	(35'547)	0	16'830	161'566	(117'267)	(40'390)	35'547	0	(122'110)	63'016	39'456
Total autres immobilisations corporelles	1'288'883	(121'890)	0	66'392	1'233'385	(725'293)	(147'392)	121'890	0	(750'795)	563'589	482'589
Immobilisations (matériel informatique) en leasing	107'057	0	0	29'698	136'754	(60'691)	(31'505)	0	0	(92'256)	46'366	44'499

4.2 Immobilisations financières

	31.12.2010	31.12.2009
	CHF	CHF
Dépôts de garantie loyers	39'377	39'214
Dépôt SIG	2'090	2'090
Total des immobilisations financières	41'467	41'304

Trois garanties de loyers ont été constituées respectivement en 1997, 2004 et 2007, auprès de l'UBS SA.

Au 31 décembre 2010, la valeur totale de ces garanties s'élève à CHF 39'377 (2009: CHF 39'214).

Ces garanties bancaires sont en relation avec la location des locaux à la rue du Gd-Pré 72, rue Jean-Violettes 10 et route du Pont-Butin 70.

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

4.3 Actif immobilisé affecté – immeubles

	31.12.2010	31.12.2009
	CHF	CHF
PPE de Plainpalais	1'220'000	1'220'000
Total immeubles	1'220'000	1'220'000

La PPE Plainpalais est assurée contre l'incendie pour une valeur de CHF 1'106'763 (2009: CHF 1'074'480). 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).

5 Capitaux étrangers à court terme

5.1 Fournisseurs		
	31.12.2010	31.12.2009
	CHF	CHF
Fournisseurs collectifs	243'901	413'919
Créanciers caisse maladie	12'749	10'295
Total des fournisseurs	256'650	424'214

5.2 Créanciers divers		
	31.12.2010	31.12.2009
	CHF	CHF
Fonds des patients	17'479	8'741
Créanciers divers à régulariser	11'153	8'398
Fondation WILSDORF, subvention réinsertion	634	634
Fonds National suisse	4'678	0
Salaires à payer	13'952	14'489
Total des créanciers divers	47'896	32'262

5.3 Comptes de régularisation passif		
	31.12.2010	31.12.2009
	CHF	CHF
Charges à payer	455'118	422'412
Total des comptes de régularisation passif	455'118	422'412

6 Capitaux étrangers à long terme

6.1 Emprunt hypothécaire		
	31.12.2010	31.12.2009
	CHF	CHF
Hypothèque PPE de Plainpalais	834'000	852'000
Total emprunt hypothécaire	834'000	852'000

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

Annexes aux comptes annuels au 31 décembre 2010

Après déduction de l'amortissement financier annuel (CHF 18'000), le solde de ce compte est de CHF 834'000 au 31 décembre 2010.

6.2 Provision pour vacances et heures supplémentaires

	Provision 01.01.2009	Mouvement net 2009	Provision 31.12.2009	Mouvement net 2010	Provision 31.12.2010
	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF
Provision	128'168	104'887	233'055	(97'601)	135'454
Total de la provision	128'168	104'887	233'055	(97'601)	135'454

L'application de la nouvelle méthode d'évaluation de la provision pour vacances et heures supplémentaires (présentée au point 2.10.1) sur l'exercice 2009 aurait provoqué une diminution de ladite provision d'environ CHF 19'000 au 31 décembre 2009.

6.3 Engagements leasing

	Description	Date début leasing	Nb. mensualité	Date fin leasing	Intérêts	Total intérêts	Valeur résiduelle fin contrat
						CHF	CHF
BioService SA	Analyseur	2.1.2006	48	1.1.2010	3.57%	1'417	0
GrenkeLeasing	4 Serveurs	1.5.2007	48	30.4.2011	8.17%	9'977	5'987
GrenkeLeasing	1 Serveur N°5	13.3.2008	48	28.2.2012	17.46%	6'083	1'850
Ecofina	Cash In Logiciel	1.4.2010	48	31.3.2014	19.21%	5'705	0

	Valeur en- gagement 31.12.2009	Mouvements 2010	Valeur en- gagement 31.12.2010	Rem- boursement cumulés 2009	Rembourse- ment 2010	Valeur au 31.12.2009	Valeur au 31.12.2010
	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF
BioService SA	19'319	0	19'319	(14'243)	(5'076)	5'076	0
GrenkeLeasing	69'238	0	69'238	(37'079)	(22'849)	32'159	9'309
GrenkeLeasing	18'500	0	18'500	(6'153)	(4'675)	12'347	7'672
Ecofina	0	29'698	29'698	0	(5'568)	0	24'129
	107'057	29'698	136'755	(57'475)	(38'169)	49'582	41'111

7 Capital des fonds

7.1 Fonds affectés		
	31.12.2010	31.12.2009
	CHF	CHF
Fonds pour bien immobilier - PPE Plainpalais	320'000	320'000
Fonds pour acquisition nouveaux locaux - Chêne	900'000	790'000
Fonds affectés	1'220'000	1'110'000

Le bien immobilier (PPE Plainpalais) figure à l'actif pour un montant de CHF 1'220'000 au 31 décembre 2010 (voir chiffre 4.3).

En 2009, la Fondation avait décidé d'affecter le produit de la vente de la Maison d'Axel à un nouveau fonds affecté visant à l'acquisition d'un bien immobilier pour y installer le centre de Chêne. Une attribution complémentaire de CHF 110'000 à ce fonds a été décidée par la Fondation au 31 décembre 2010.

Ce bien pourrait être soit :

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

8 Capital de la Fondation

Le capital de la Fondation est composé comme suit :

8 Capital de la Fondation			
	Notes	31.12.2010	31.12.2009
		CHF	CHF
Capital de dotation	8.1	100'000	100'000
Résultat reporté exercice 2007 et précédents		1'860'796	1'860'796
Résultat reporté exercice 2008 & 2009	8.2	(373'334)	(99'345)
Résultat de l'exercice	8.2	370'478	(273'989)
Capital de la Fondation		1'957'940	1'587'462

Annexes aux comptes annuels au 31 décembre 2010

8.1 Capital de dotation

	31.12.2010	31.12.2009
	CHF	CHF
Capital de dotation	100'000	100'000

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

Les statuts actuellement en vigueur datent du 20 décembre 2007.

8.2 Résultat reporté (période quadriennale)

	31.12.2010	31.12.2009
	CHF	CHF
Résultat reporté - exercice 2008 et 2009	(373'334)	(99'345)
Résultat de l'exercice	370'478	(273'989)
Résultat reporté (période quadriennale)	(2'856)	(373'334)

Sur la base du résultat reporté mentionné ci-dessus et conformément au contrat de prestations 2008-2011, aucune restitution n'est à reverser à l'Etat au 31 décembre 2010.

9 Produits des subventions

9.1 Subventions de fonctionnement		
	2010	2009
	CHF	CHF
Subventions de fonctionnement - monétaires		
Fédérales :		
Subvention annuelle OFAS	625'460	621'942
Subvention OFSP projet INCANT	0	118'700
Cantoniales et communales :		
Subvention de l'Etat de Genève	370'000	370'000
Subvention des Communes	700	3'700
Total des subventions de fonctionnement	996'160	1'114'342

10 Engagements hors bilan

Il n'existe aucun autre engagement hors bilan.

11 Système de contrôle interne

Le système de contrôle interne de la Fondation, mis en place en septembre 2009, n'est plus en phase avec l'organisation actuelle de la Fondation qui a profondément évolué depuis la fin 2009 et durant toute l'année 2010. Le regroupement du système de contrôle interne et du système qualité Quathéda, en place depuis 2008 utilisé pour la gestion organisationnelle médicale de la Fondation, va s'effectuer au cours l'année 2011 pour aboutir finalement à un système de contrôle interne unique appelé système Phénix. La mise en place de ce système sera finalisée à fin 2011 et ledit système sera adopté et appliqué au plus tard à la clôture des comptes 2011, soit au 31 décembre.

12 Indications sur la réalisation d'une évaluation du risque

La Direction a procédé à une analyse du risque, en référence à l'article 663b chiffre 12 du Code des Obligations. Ladite analyse est consignée sur un document de synthèse qui a été adopté par le Conseil de Fondation lors de sa séance du 1^{er} octobre 2009. Cette évaluation du risque n'a pas été renouvelée depuis mais le sera en 2011 avec la mise en place du nouveau 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 sont rétribués par une indemnité de présence de CHF 200 par séance. Le total des indemnités versées au cours de l'exercice 2010 est de CHF 10'000 (2009 : CHF 13'400).

13.2 Rémunération de la direction

En 2010, le Conseil de direction était composé des personnes suivantes (avec taux d'activité):

13.2 Rémunération de la direction	
	Taux d'activité
Dr Marina Croquette Krok, médecin directeur général	100%
Dr Nuré Santoro, directrice du centre de Chêne	100%
Dr Michel Bourquin, directeur du centre de Lancy	85%
Dr Eva Sekera, directrice du centre Envol	100%
M. Claudio Crotti, directeur du centre de Grand-Pré	100%
Dr François Crespo, directeur du centre de Plainpalais	100%
M. Alain Barbosa, responsable de l'équipe mobile d'intervention	97.5%
M. Yann Linossier, coordinateur du pôle administratif (depuis mai 2010)	80%

La rémunération globale (salaires bruts) du Conseil de direction est de CHF 1'392'918 pour l'exercice 2010 (2009 : CHF 1'457'036 avec une personne en moins).

13.3 Indemnités complémentaires et avantages en nature

	2010	2009
	CHF	CHF
Directeurs et cadres supérieurs		
Déplacements	6'000	0
Télécommunications	400	0
Total des indemnités forfaitaires complémentaires	6'400	0



Rapport de performances 2010

1 Organisation de l'entité

1.1 But

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

La Fondation Phénix a pour but et mission de prendre en soins les personnes souffrant de toutes les formes d'addiction, avec ou sans substance, principalement en favorisant le traitement médical, l'accompagnement psychothé-

peutique et le soutien social. La Fondation Phénix 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 socio-thérapeutiques, 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.

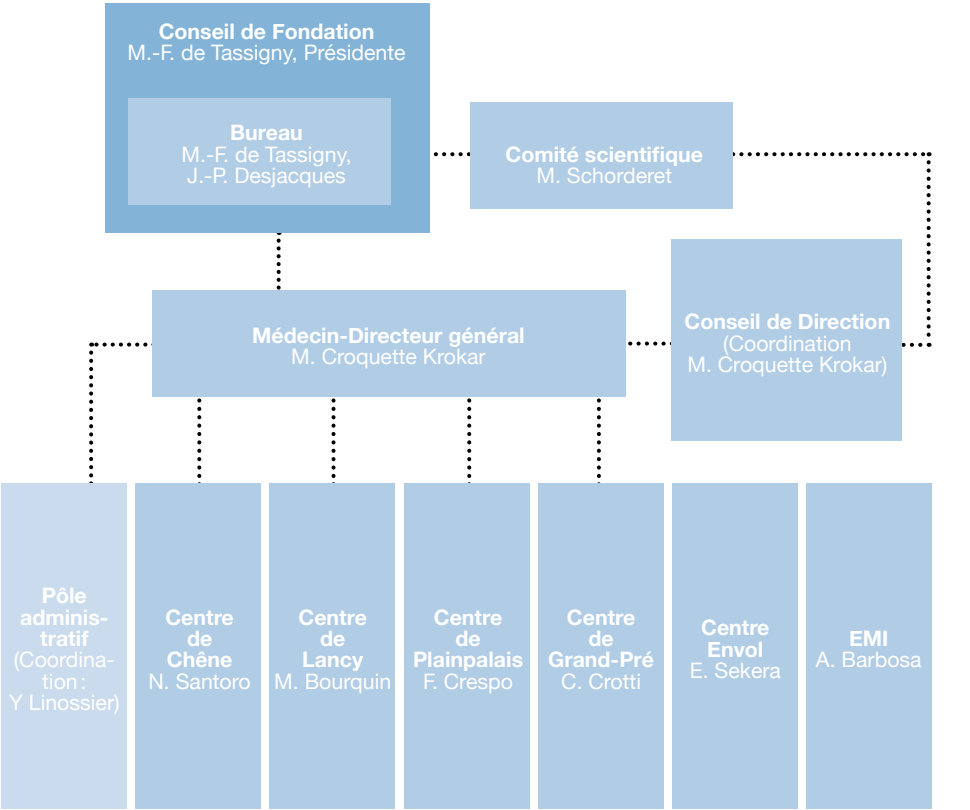
Les ressources de la Fondation sont constituées par le produit de ses activités, ainsi que par les dons, legs et diverses subventions qu'elle pourra recevoir de la Confédération (OFAS) et du Canton de Genève. Ces subventions sont octroyées sous forme pécuniaire.

1.2 Composition du Conseil de Fondation

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.

Fondation Phénix
Organigramme organisationnel au 31 décembre 2010



Le Conseil de Fondation est composé comme suit :

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

1.3 Composition du conseil de direction

Présidé par le Médecin Directeur général, le Conseil de Direction est composé du Médecin Directeur général, des Médecins responsables des centres thérapeutiques adjoints à la Direction, du responsable de l'EMI et du coordinateur administratif. Le Conseil de Direction se réunit en principe une fois par mois.



Le Conseil de Direction est composé comme suit :

Madame Marina Croquette Krokhar	Médecin Directeur général
Madame Nuré Santoro	Médecin directeur-adjoint, responsable du centre de Chêne
Monsieur Michel Bourquin	Médecin directeur-adjoint, responsable du centre de Lancy
Monsieur Claudio Crotti	Psychologue directeur-adjoint, responsable du centre de Grand-Pré

Monsieur François Crespo	Médecin directeur-adjoint, responsable du centre de Plainpalais
Madame Eva Sekera	Médecin directeur-adjoint, responsable du centre Envol
Monsieur Alain Barbosa	Responsable de l'Equipe Mobile d'Intervention
Monsieur Yann Linossier	Coordinateur du Pôle administratif

1.4 Personnes habilitées à signer (signature collective à deux)

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

1.5 Indemnités aux membres du conseil de fondation et du conseil de direction

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

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

1.6 Organe de revision

SFG - Société Fiduciaire et de Gérance SA
10 Bd du Théâtre
Case postale 5225
1211 Genève 11

En 2006, l'Organe de révision a été élu pour un mandat d'une durée de trois années renouvelable.

2 Autres informations

2.1 Nombre de patients

Répartition par centre

La Fondation a suivi en 2010 une moyenne de 1'255 patients répartis comme suit :

	2009	2010
Centre de Chêne - consultation Adultes	171	215
Consultation Adolescents	110	150
Centre de Plainpalais	263	225
Centre de Lancy	143	135
Centre du Grand-Pré	155	160
Centre Envol	348	370
Total	1'190	1'255

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 187.80 pour les divers soins prodigués aux personnes dépendantes.



2.3 Le personnel de la fondation au 31 décembre 2010 – 60 personnes

Médecins

Antoinette Al-Amine,
médecin interniste
Michel Bourquin, médecin
interniste – directeur adjoint
François Crespo,
médecin psychiatre –
directeur adjoint
Marina Croquette Krok,
médecin psychiatre –
directeur général
Catherine Curchod,
médecin interniste
consultant
Alain Falbriard, médecin
interniste consultant
Philip Jaquet, médecin
psychiatre consultant
Nuré Santoro,
médecin psychiatre –
directeur adjoint
Eva Sekera, médecin
interniste – directeur adjoint

Psychologues

Philippe Beytrison
Valérie Blanc
Françoise Calzolari
Claudio Crotti, directeur
adjoint
Cédric d'Epagnier
Blaise Fidanza
Julien Flückiger, stagiaire
Patrick Froté
Philip Nielsen
Jean-Marie Rossier
Carina Soares, stagiaire

Cécilia Soria
Stephany Van Zandijcke
Fabienne Von Düring
Eva Wark

Infirmiers (-ières)

Gaëtan Le Toux,
infirmier en psychiatrie
Sindy Guelpa, infirmière
en soins généraux
Sandra Meynet, infirmière
en soins généraux
Catherine Stoffel, infirmière
en soins généraux
Stéphanie Thierstein-R.
Pereira, infirmière en soins
généraux
David Uk, infirmier en
psychiatrie

Laborantines

Dominique Anghinolfi
Christiane Curut
Claude Neri
Patricia Quinodoz-
Chetelat

Assistantes et secrétaires médicales

Alice Adjouadi-Roos
Martine Bourquin
Carole Christe
Isabelle Dunand
Béatrice Gigon
Denise Huonder
Marie-Christine Mandallaz
Evelyne Merat-Pichelin

Dominique Monnier-Olivet
Melina Renggli
Sylviane Schori
Marina Volpe
Catherine Zobe

Administration

Sandrine Borie, gestion
des ressources humaines
et communication
Pascale Dederding,
facturation et comptabilité
débiteurs
Yann Linossier, coordinateur
administratif & informatique
Dominique Roch, secrétaire
de direction
Isabelle Rolli, comptabilité
et contentieux

Travailleurs sociaux

Marisa Baldacci,
assistante sociale
Alain Barbosa,
travailleur social
Catherine Caviezel,
éducatrice
Stéphanie Haefeli,
assistante sociale

Entretien des locaux et jardins

Filomena Juncal
Amanda Valenti
Dory Papaux

Direction

Dr Marina Croquette Krokar

médecin directrice générale de la Fondation Phénix

psychiatre psychothérapeute FMH

responsable de la Consultation Adolescents

Route de Chêne 100, Case Postale 215, 1224 Chêne-Bougeries / GE

Tel. 022 404 02 10, Fax: 022 404 02 19

e-mail : marina.croquette-krokar@phenix.ch

Membres du Conseil de Fondation

Présidente : Marie-Françoise de Tassigny

Trésorier : Jean-Pierre Desjacques

Autres membres : Pr Marc Ballivet, Yves Burrus, Jacqueline Corboz,

Armand Lombard, Nicole Fichter, Pr Michel Schorderet

www.phenix.ch

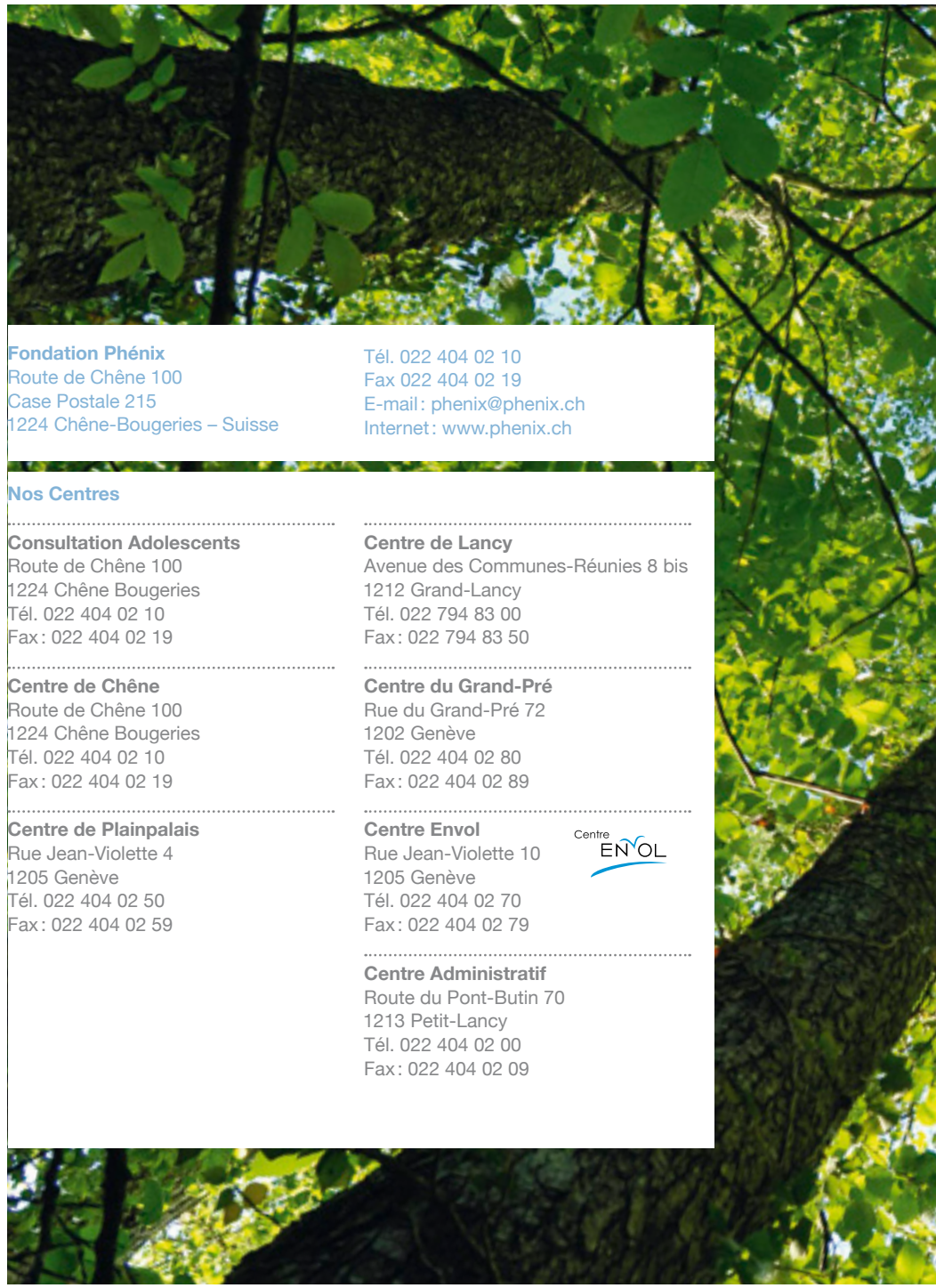
Crédits:

Impression : Imprimerie Genevoise SA

Photographie : Patrice Moullet

Graphisme : ATELIER XL, Thomas Grand

Tirage : 2'500 exemplaires



Fondation Phénix

Route de Chêne 100

Case Postale 215

1224 Chêne-Bougeries – Suisse

Tél. 022 404 02 10

Fax 022 404 02 19

E-mail : phenix@phenix.ch

Internet : www.phenix.ch

Nos Centres

Consultation Adolescents

Route de Chêne 100

1224 Chêne Bougeries

Tél. 022 404 02 10

Fax : 022 404 02 19

Centre de Lancy

Avenue des Communes-Réunies 8 bis

1212 Grand-Lancy

Tél. 022 794 83 00

Fax : 022 794 83 50

Centre de Chêne

Route de Chêne 100

1224 Chêne Bougeries

Tél. 022 404 02 10

Fax : 022 404 02 19

Centre du Grand-Pré

Rue du Grand-Pré 72

1202 Genève

Tél. 022 404 02 80

Fax : 022 404 02 89

Centre de Plainpalais

Rue Jean-Violette 4

1205 Genève

Tél. 022 404 02 50

Fax : 022 404 02 59

Centre Envol

Rue Jean-Violette 10

1205 Genève

Tél. 022 404 02 70

Fax : 022 404 02 79

Centre
ENOL

Centre Administratif

Route du Pont-Butin 70

1213 Petit-Lancy

Tél. 022 404 02 00

Fax : 022 404 02 09