

...tournez la page avec

aide aux personnes toxicodépendantes
ARGOS

rapport d'activité 2004



ARGOS

aide aux personnes toxicodépendantes

*« Ne crains pas d'avancer lentement,
mais seulement de t'arrêter »*

SOMMAIRE

Message de M. Pierre-François Unger	2
Message de la Présidente	3
Rapport du chargé de direction ad intérim	4-5
Rapport du coordinateur du Centre de Jour L'Entracte en 2004	6-8
Rapport du coordinateur du CRMT	9-10
Rapport de la coordinatrice du Toulourenc	11-12
Rapport du responsable Qualité	13-14
L'année 2004 vue par le personnel d'Argos	15-16
Bilan et comptes 2004	17-18
Espace réflexion: substitution et abstinence en résidentiel	19-25
Bibliographie	26
Remerciements	27
Celles et ceux qui font Argos	28

MESSAGE DE MONSIEUR

PIERRE-FRANÇOIS UNGER

CONSEILLER D'ÉTAT



M. Pierre-François Unger,
Conseiller d'Etat

A quoi peut-on reconnaître un être ou un organisme vivant? Les critères sont multiples, mais la capacité de s'adapter à l'évolution de son environnement est sans doute l'un des plus significatifs.

S'il est une structure illustrant ce principe, c'est bien Argos. Les mutations qu'elle a entreprises depuis quelques années témoignent en effet d'une vitalité et d'une créativité réjouissantes. Preuve en sont notamment l'importante restructuration vécue en 2003, la stabilisation puis la réflexion entamées en 2004; sans omettre la mise en perspective concernant l'adéquation de ses structures et l'évolution de ses prestations, laquelle devrait aboutir fin 2006.

Ces démarches sont loin d'être aisées à entreprendre. Elles nécessitent même un courage certain, tant il est vrai que, par essence, la nature humaine goûte peu le changement. Or, dans son domaine d'activité, Argos est confrontée à des modifications aussi bien structurelles que philosophiques. Un peu à l'image de l'acrobate debout sur des rouleaux en équilibre instable, les uns sur les autres.

Entre la mutation du secteur du résidentiel-toxicomanie après le retrait quasi total de la Confédération dans ce domaine, l'émergence de nouveaux modes de consommation (avec un usage croissant de la cocaïne chez les jeunes) et l'accroissement des troubles psychiques, les défis à affronter sont en effet de taille... et induisent immanquablement une remise en question des prestations proposées par ce secteur des dépendances.

Dans ce contexte, je souhaite que la réflexion conjointe menée entre Argos et le DASS porte justement sur les nouvelles formes de prise en charge nécessaires à Genève et sur les mutations à entreprendre dans le secteur résidentiel:

- > l'importance de structures ambulatoires comme celle de L'Entracte;
- > l'établissement d'une meilleure coordination entre la prise en charge résidentielle et les structures médicales (avec notamment un éventuel recentrage du secteur résidentiel sur des structures réservées aux situations de crises);

- > le développement de lieux d'accueil et de transition de long terme intégrés à la Cité.

Je tiens donc à saluer ici le courage de la direction d'Argos et de toutes les personnes impliquées. Au-delà des difficultés passées et/ou potentielles que je viens d'évoquer, elles ont su voir l'opportunité exceptionnelle que ces nouveaux défis représentent pour faire évoluer la structure et ses prestations. Avec notamment la création de l'atelier d'art-thérapie (en 2004) ou la mise en œuvre du référentiel de qualité QuaThéDa, la direction et les collaborateurs d'Argos ont apporté la preuve éclatante de leur volonté d'aller de l'avant.

Vu la qualité et l'engagement des acteurs concernés, je suis convaincu que ces objectifs seront atteints et j'adresse mes remerciements et mes encouragements chaleureux à tous dans ce sens.

Pierre-François Unger
Conseiller d'Etat

MESSAGE DE LA PRÉSIDENTE



Liliane Maury Pasquier

Si'il fallait qualifier l'année 2004, je dirais qu'elle a été placée, du point de vue du comité d'ARGOS, sous le double signe de la stabilisation et de la réflexion.

En effet, 2004 a été pour nous l'année de la stabilisation et ce aussi bien sur le plan de nos activités que sur celui de notre personnel et de nos finances.

Ainsi, après la tempête que nous avons essuyée en 2003, nous avons pu continuer de remplir nos tâches auprès de la population toxicodépendante du canton, en accueillant les personnes qui ont fait appel à nous, et de garder notre place dans le réseau socio-sanitaire genevois, en travaillant en étroite collaboration avec nos partenaires. Bien sûr, nos activités ont dû s'adapter à la complexification croissante de la prise en charge des personnes que nous accueillons, mais cela s'est fait sans changement majeur.

Sur le plan du personnel, nous avons pu travailler dans un climat de sérénité retrouvée et compter sur un personnel engagé qui a su, de manière professionnelle, fournir un travail toujours plus délicat et cela malgré la suppression d'un certain nombre de postes.

Que toutes les collaboratrices et tous les collaborateurs d'ARGOS en soient ici remerciés.

Sur le plan des finances, enfin, nous avons pu boucler l'année avec un résultat légèrement positif. Nous avons également pu répondre de manière satisfaisante à l'ensemble des remarques faites par le Service de l'Inspection Cantonale des Finances, ce qui doit nous permettre d'améliorer nos activités en matière de gestion et de comptabilité. Des rencontres constructives avec les représentant-e-s du DASS et son président nous ont permis de nous entendre sur les conditions de remboursement du prêt, qui nous avait été octroyé en 2003, pour les années à venir. De plus, des contacts avec les communes nous ont permis de bénéficier du soutien d'un certain nombre d'entre elles, ce qui ne peut que favoriser une meilleure prise en compte de la problématique de la toxicodépendance dans notre canton. Que ces autorités cantonales et communales soient également remerciées de leur indispensable appui.

Mais 2004 a également été l'année de la réflexion. En effet, après avoir «subi» un certain nombre de décisions – qui nous étaient complètement étrangères mais qui avaient un fort impact sur notre fonctionnement (voir, par exemple, le retrait de l'OFAS du financement de nos activités) – nous avons décidé de nous octroyer le temps de la réflexion pour adapter au mieux les structures d'ARGOS aux tâches qui sont les siennes.

C'est pour cette raison que nous avons renoncé à engager un-e secrétaire général-e pour

remplacer Daniel Perzoff, parti à la retraite, et que nous nous sommes donné un «moratoire» de deux ans au maximum pour nous permettre de mener à bien cette réflexion globale. Hervé Durgnat a accepté de remplir la lourde fonction de chargé de direction ad intérim, épaulé par Pierre Mancino, coordinateur de L'Entracte, François Hollinger, coordinateur du CRMT et Françoise Déruaz, coordinatrice du Toulourenc, sans oublier Candy Mesnard qui le seconde dans des tâches administratives qui ne sont pas forcément celles qu'elle préfère. Sans leur engagement constant, nous ne pourrions pas nous «offrir» ce temps de réflexion et je tiens à leur exprimer toute ma gratitude. C'est également le cas des membres du comité qui se sont aussi engagés sans compter et que je remercie chaleureusement.

En juin 2006 au plus tard, le comité aura pris les décisions qui lui auront semblé les plus pertinentes pour qu'ARGOS puisse offrir ses prestations avec la structure la plus adaptée aux besoins. D'ici là, nous continuerons à travailler au quotidien, prouvant que réflexion et action ne sont pas incompatibles, pourvu qu'il y ait de la bonne volonté et du respect de la part de toutes les personnes et de tous les acteurs concernés! ■

Liliane Maury Pasquier
Présidente

RAPPORT DU CHARGÉ DE DIRECTION AD INTÉRIM

Les différentes restructurations que notre association a dû mettre en place fin 2003 pour sortir ARGOS de ses graves difficultés financières ont dû être intégrées à nos pratiques institutionnelles durant l'année 2004.

Nos changements structurels

En décidant dans ce nouvel environnement d'une période moratoire de deux ans maximum, notre comité a donné des conditions-cadres permettant, avec sa direction et ses collaborateurs/trices, d'évaluer, en rapport avec la mission générale d'ARGOS, les mesures prises. La commission du personnel a sollicité, d'autre part, une plateforme d'échanges avec les cadres et le comité pour réfléchir ensemble sur notre nouvelle situation. Cinq séances ont permis de faire un état des lieux et de faire apparaître la nécessité d'avoir une communication interne comme externe plus explicite. Ces séances ont contribué par ailleurs à sécuriser l'ensemble des collaborateurs/trices dans ce climat ambiant nourri de grandes incertitudes liées aux restructurations.

Depuis le départ en retraite à fin juin de Daniel Perzoff, notre Secrétaire Général, nous avons dû mettre en place un nouvel organigramme fonctionnel modifiant l'ensemble des cahiers des charges des cadres.

Le comité m'a adjoint, pour conduire dans les meilleures conditions possibles la gestion financière de l'association, les services d'un expert financier externe. D'autre part, les tâches du secrétariat et de l'intendant attaché à la direction ad intérim se sont aussi fortement modifiées dans ce contexte.

Nos constats

Malgré toute l'énergie mise en œuvre pour installer ces mesures structurelles, financières et opérationnelles, ces dernières n'ont pu édulcorer les pertes réelles dans nos différentes prestations. Pour les nommer, je citerai les prestations du Service famille. En gardant même à l'esprit l'importance de cette offre, nous n'avons pas pu trouver la disponibilité interne pour satisfaire les sollicitations les plus diverses. Cette perte devra faire l'objet d'une réflexion prospective sur le thème: «Quelle place possible de la famille du toxicomane dans le parcours ARGOS?»

Des synergies avec d'autres services ou associations seront nécessaires, par exemple avec l'ADF (Antenne Drogue/ Familles), pour évaluer les besoins réels.

Une autre concerne le travail lié à l'administratif, cette masse de travail non négligeable qui s'est concentrée sur le peu de ressources internes à disposition.

La délégation externe d'une partie de ce travail ne simplifie pas nécessairement le suivi, pour une petite association comme nous. Une évaluation à terme sera nécessaire dans notre système management pour définir le

ratio le plus efficace possible de ce type d'organisation.

La dernière perte remarquée est liée aux postes éducatifs perdus. Un aménagement urgent a été mis en place en début d'année pour rééquilibrer les ressources sur les trois secteurs d'activité.

Si tant est qu'il soit possible d'adapter des prestations de même qualité auprès de nos usagers avec moins de ressources à disposition, toute notre mobilisation a été de réduire l'**impact négatif**, symbolique comme réel, de cette diminution sur nos prestations et notre organisation.

Nos objectifs

Premier objectif: financier. Celui-ci a été, avec l'aide de notre expert, de remettre «le bateau» sur sa ligne de flottaison. Quelques indicateurs, comme la clôture du dossier avec l'ICF (Inspection Cantonale des Finances), le pilotage rigoureux du budget 04 ainsi que différentes rencontres avec nos partenaires financiers, démontrent que cet objectif a été atteint et, pour reprendre la métaphore, on peut dire que «le bateau flotte», certes avec moins de voile, mais il flotte à nouveau.

Ce travail a permis au fil des mois de retrouver de la visibilité accompagnée d'un sentiment de gouvernance accru. Mais, cela dit, nous devons rester très attentifs à la politique de nos centres de coûts et nos ressources. Pour sortir de la crise conjoncturelle actuelle, d'autres voies doivent être explorées afin de garantir la stabilité financière et la pérennité de notre association à l'horizon 2007 (péréquation financière, nouveau mode de financement LIPH). Un remerciement particulier à nos créanciers, pour leur patience et leur confiance lors de cette délicate période que nous avons traversée.

Deuxième objectif: la communication. Etre transparent, «dire ce que l'on fait, faire ce que l'on dit et le prouver si nécessaire». Cette maxime liée à notre Système de Management Qualité nous a servi de fil rouge dans l'élaboration de notre communication interne et externe. Elle a favorisé le sentiment de confiance au sein des équipes et elle a permis de se remobiliser sur notre mission; de redonner des indices de confiance à nos partenaires politiques et financiers, gage de notre crédibilité, et de maintenir la collaboration excellente avec nos partenaires médico-sociaux dans un climat serein. Je pense, au terme de l'année, que nous avons réalisé cet objectif; à nous de le fortifier maintenant.

Troisième objectif: la formation.

Si nous avons pu organiser durant 2004 plusieurs formations collectives au sein d'ARGOS, nous avons construit avec l'école professionnelle HES des ponts de partenariat, permettant des synergies théoriques et pratiques, favorisant la formation professionnelle de jeunes adultes par les stages effectués dans nos structures.

Nous avons d'autre part engagé avec le CERES/HES un projet de recherche qualitative sur nos pratiques spécifiques dans le champ des toxicomanies.

Cet objectif de formation au sens large participe à la visibilité de nos pratiques et s'inscrit dans une dynamique proactive d'amélioration continue, cela pour le plus grand bénéfice de nos usagers et nos partenaires professionnels. Notre action est bien trop complexe pour prétendre la réaliser sans réflexions et formations spécifiques. Dans ce sens, notre participation aux forums addictions en témoigne.

Nos perspectives

C'est dans cet esprit dynamique et prospectif que nous allons travailler avec notre comité et tous les collaborateurs/trices d'ARGOS, sachant que nous devons encore trouver des opportunités pour garantir la pérennité de notre organisation, celle de nos prestations et de notre mission. La collaboration avec le secteur de l'alcool (la Maison de l'Ancre), les milieux de l'intégration professionnelle, la division d'abus de substances, la médecine communautaire et le DASS, participe à l'idée de rester performants ensemble.

Nous sommes certains que les prestations d'ARGOS s'adapteront parfaitement aux besoins du dispositif cantonal, en participant au projet de la politique de l'intégration sociale et professionnelle proposée par le Département de l'action sociale et de la santé de notre canton.

Notre perspective s'inscrira dans un partenariat solide et constructif.

Sans oublier de remercier toutes celles et tous ceux qui contribuent à soutenir notre action et plus particulièrement notre comité, les cadres et les équipes, avec lesquels l'année 2004 a pu aboutir dans les meilleures conditions possibles. ■

Hervé Durgnat

RAPPORT D'ACTIVITÉ DU COORDINATEUR DU CENTRE DE JOUR L'ENTRACTE



Toxicomanie et psychiatrie

Depuis quelques années et plus particulièrement durant l'année 2004, nous avons rencontré au centre de jour des personnes pour lesquelles l'usage de produits psychotropes n'est pas la seule cause d'une marginalisation ou d'une certaine précarité. En effet, la question de la dépendance s'allie pour certains à un problème psychiatrique important. Ce double diagnostic (toxicomanie et problème psychiatrique) a demandé à l'équipe de s'adapter à une nouvelle forme d'accueil et d'accompagnement. Il nous paraissait insoutenable de refuser l'accès à des personnes qui n'ont pour principal repère que l'hôpital psychiatrique ou la rue, même si le lien reste très chaotique et incertain.

Si le respect des règles est resté le même pour tous, le programme d'accompagnement et les objectifs ont dû être redéfinis pour s'adapter aux besoins, aux compétences et à l'état psychique des usagers. Dans ce contexte particulier d'accueil, nous avons

dû nous écarter de la notion d'abstinence et de sevrage.

Notons que les structures résidentielles pouvant accueillir ce type de problématique font fortement défaut à Genève et restent malheureusement trop peu nombreuses dans la région romande.

L'usage de cocaïne, et encore plus le style de consommation, ont marqué de manière significative une plus grande détérioration physique des usagers, mais également une augmentation des troubles psychiques. Aujourd'hui, L'Entracte se déplace très fréquemment dans les différents hôpitaux (Belle Idée – HUG – cliniques) du canton de Genève afin d'aller à la rencontre des personnes hospitalisées et ainsi participer avec les différents partenaires à la mise en perspective d'un avenir possible et meilleur.

Un changement de paysage

Lorsque l'on compare la répartition femmes/hommes avec les années précédentes, on voit que celle-ci reste inchangée avec 30% de femmes accueillies et 70% d'hommes.

Même si ce n'est pas entièrement nouveau, l'année 2004 nous a fait découvrir un phénomène qui n'était pas aussi marqué les années précédentes. Sur une file active annuelle de 256 personnes, 28% des usagers n'avaient aucun suivi médical lorsque nous les avons rencontrés. Cette situation pourrait s'expliquer par la démocratisation de l'usage de la cocaïne et par l'émergence d'une catégorie de consommateurs que l'on définit comme usagers récréatifs.

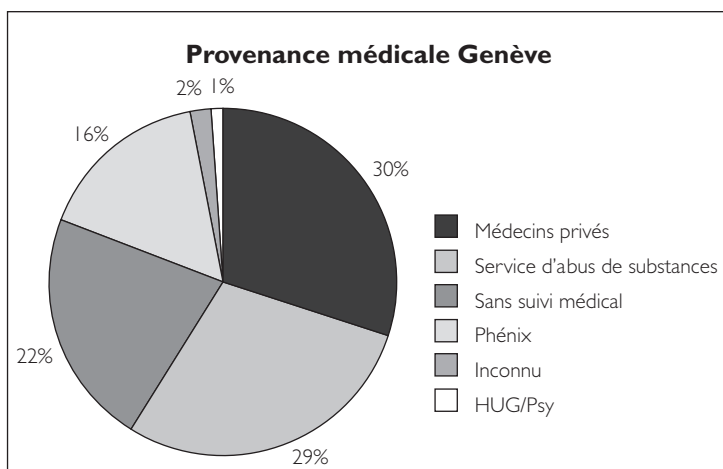
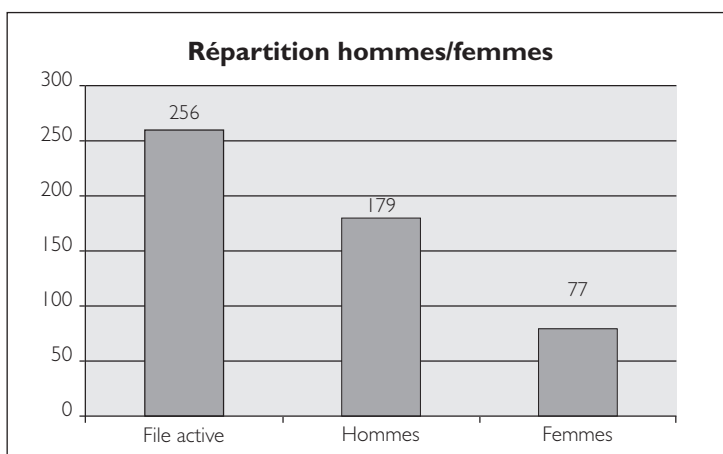
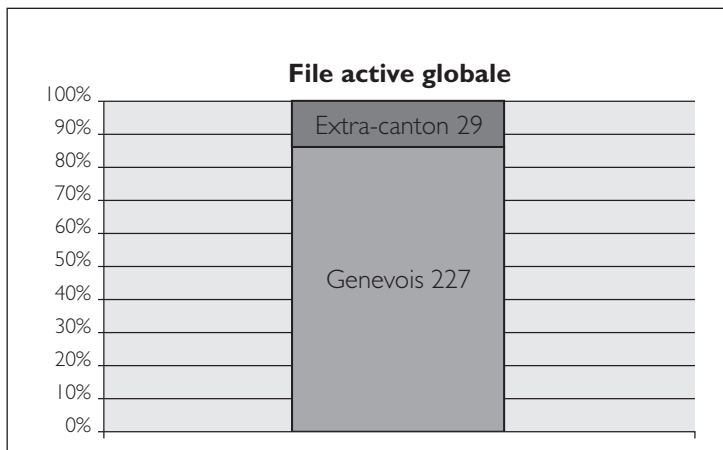
Ce qui reste permanent

De manière permanente, nous observons le vieillissement de la population toxicomane et la difficulté récurrente pour les femmes d'entrer dans des processus de soins à long terme. En effet, la situation physique, psychique et sociale des femmes toxicomanes s'inscrit avec beaucoup de similitude dans la problématique plus générale que l'on retrouve au niveau suisse. Cela nous amène à définir des perspectives différentes pour des personnes qui sont dans un long chemin de toxicomanie et dont les ressources pour un projet de réinsertion s'amenuisent au fil du temps.

De nouveaux défis sanitaires et sociaux apparaissent dans le paysage de la toxicomanie. Pour y répondre, l'engagement de tous et de chacun est nécessaire. L'équipe de L'Entracte s'inscrit avec force et conviction dans cette perspective, comme élément du puzzle socio-sanitaire genevois. ■

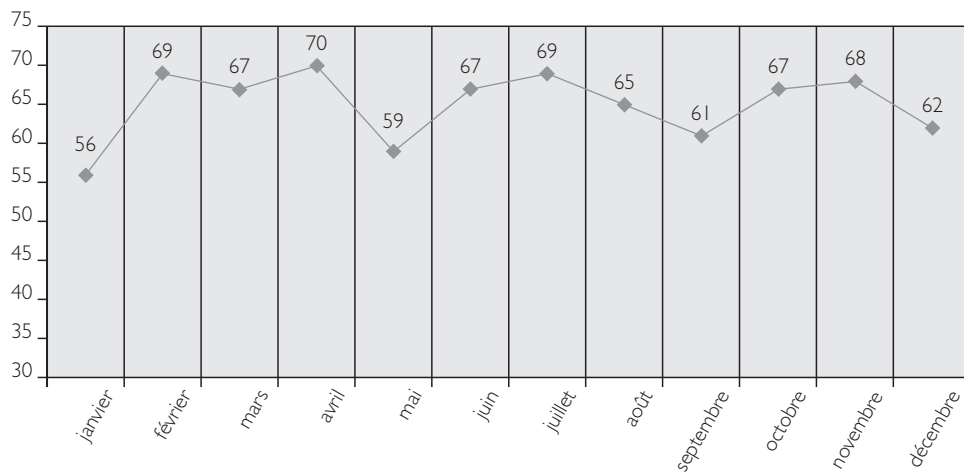
Pierre Mancino

STATISTIQUES AMBULATOIRES L'ENTRACTE ARGOS 2004

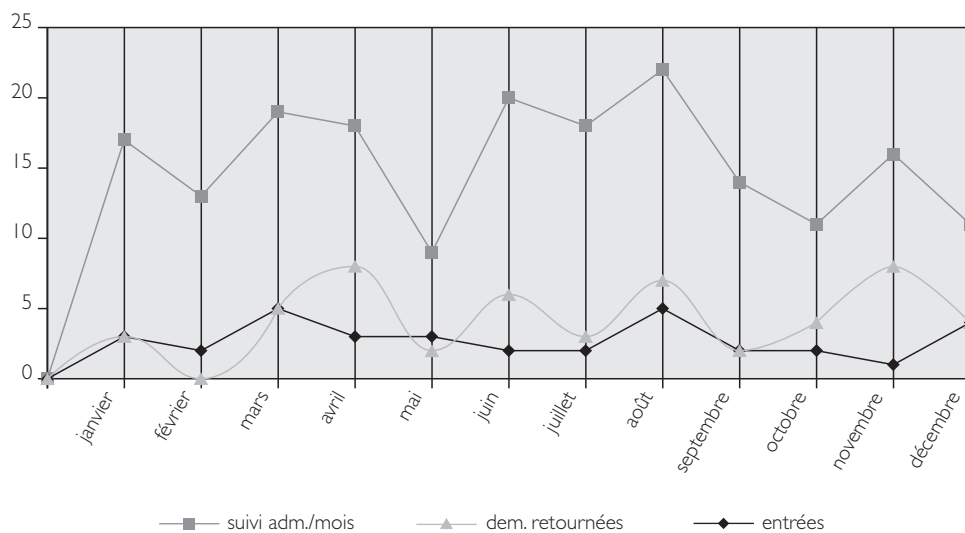


SUITE STATISTIQUES L'ENTRACTE ARGOS 2004

Personnes vues par mois



Comparatif procédures admission



RAPPORT D'ACTIVITÉ DU COORDINATEUR DU CRMT

L'année 2004 a été marquée par une re-stabilisation quant aux inquiétudes manifestées en rapport à l'avenir de l'association. La situation financière assainie, l'engagement du comité et la présence de M. Durgnat sont autant d'éléments qui ont permis à l'équipe du CRMT de continuer sa mission, tout en gardant des prestations de qualité.



Fragilité de plus en plus marquée

Au niveau des résidents, nous constatons une baisse du taux d'occupation durant cette année, alors que le nombre de demandes de séjour et le nombre d'admissions restent stables.

Cela met en évidence la difficulté, malgré des adaptations constantes de notre programme, pour les personnes toxicodépendantes de maintenir un projet sur une durée relativement courte.

Le mode de consommation, le mode de vie, mais aussi l'évolution d'une société de plus en plus individualiste montrent de manière flagrante l'écueil que

représentent pour les résidents les frustrations et les contraintes liées à la vie communautaire.

A cela il faut ajouter que les usagers d'âge mûr sont de plus en plus présents et que nous devons différencier la prise en charge pour des personnes qui présentent des problèmes somatiques et psychiques marqués.

Néanmoins, il y a toujours beaucoup de personnes intéressées par l'expérience d'abstinence, de resocialisation et de mise en place d'un projet réaliste, qui sont autant de propositions du CRMT.

L'accueil de personnes sous substitution de méthadone a repris au mois de mai: huit personnes ont intégré ce programme. D'une manière globale, ces séjours se sont bien déroulés. Nous pouvons constater que la mixité «abstinents-substitutions» est un facteur de remise en question, de discussions sur le sens de l'abstinence, telle que peuvent la concevoir les résidents, et des

valeurs qui nous entourent.

L'équipe a un regard très positif sur ce mode de prise en charge et contribue par sa réflexion et ses interventions à garantir à chaque personne son processus individualisé.

L'équipe

Malgré la diminution des forces de travail, l'équipe maintient une qualité d'investissement et de professionnalisme optimale, pour garantir les prestations faisant partie du concept d'ARGOS. Il ne nous est malheureusement plus possible de répondre à toutes les sollicitations, suite à la disparition du Service famille, au travail en réseau et nous avons réduit au strict minimum les accompagnements extérieurs pour les résidents.

Si ce n'est pas de gaieté de cœur que l'équipe restreint son champ d'action, de nouveaux projets sont en phase d'élaboration, que ce soit dans l'adaptation la plus pertinente de notre programme face à l'évolution des problèmes de toxicomanies, de formations, et de perspectives d'un futur cohérent, pour que l'accompagnement socio-éducatif réponde au mieux aux besoins des résidents.

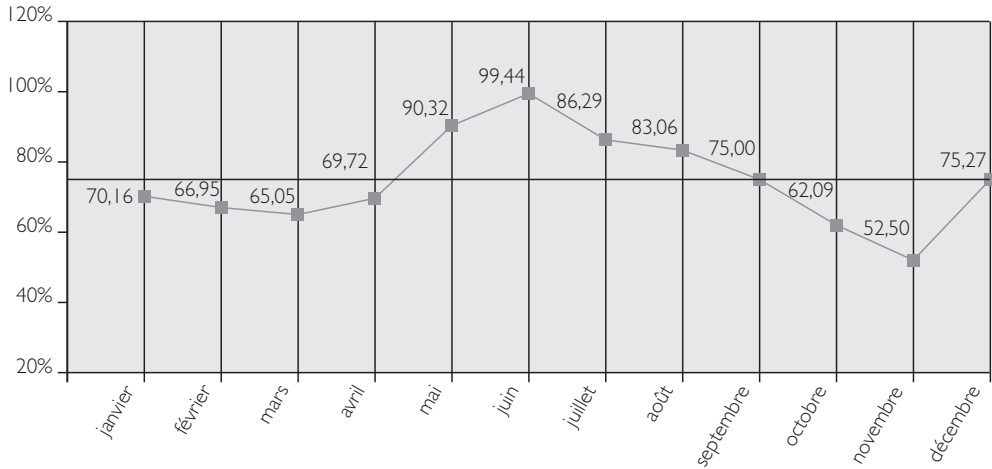
En conclusion, j'aimerais remercier mes collègues du CRMT pour leur engagement et la créativité dont ils font preuve tout au long de l'année. ■

François Hollinger

SUITE DES STATISTIQUES RÉSIDENTIELLES

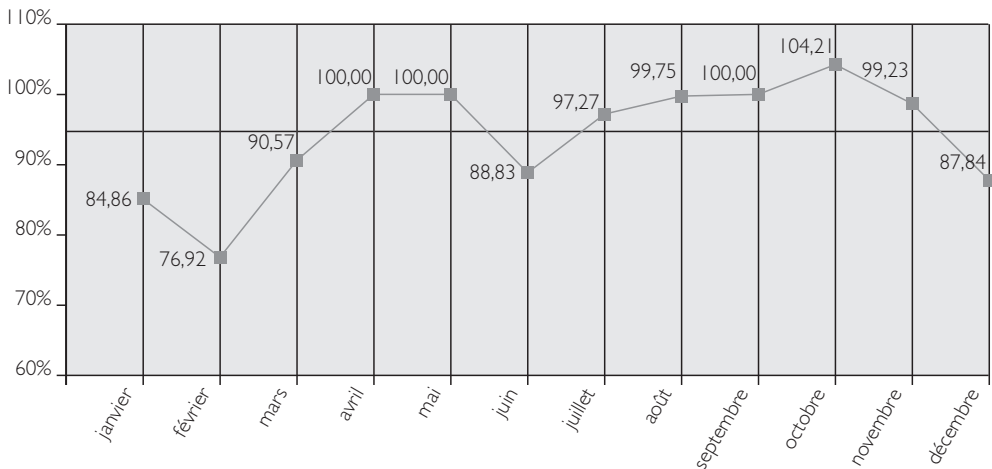
Taux d'occupation CRMT 2004

Moyenne générale: 74,90%



Taux d'occupation Toulourenc 2004

Moyenne générale: 94,7%



RAPPORT ANNUEL DE LA COORDINATRICE DU TOULOURENC



Généralités

Au Toulourenc, l'année 2004 a été marquée par diverses restructurations qui ont bouleversé, à des degrés divers, tant l'équipe éducative que les personnes accueillies.

Pour ce qui est de l'équipe éducative, elle a dû assister, pour la première fois dans l'histoire du Toulourenc, au licenciement d'une éducatrice, pour des raisons financières.

Hormis la vive émotion que cette séparation a suscitée, cette perte, engendrée par le départ d'une jeune collègue dynamique, s'ajoute à la suppression du Service famille, dont les interventions auprès des résidents constituaient une pièce importante du «puzzle» de la prise en charge.

Quelques mois après ces premières turbulences, la configuration de la direction d'ARGOS s'est modifiée, impliquant à nouveau une redistribution des tâches au sein des trois structures d'ARGOS, ce qui a engendré des répercussions au niveau de l'équipe.

En ce qui concerne les résidents, cette année a vu la mise en place d'un programme en trois étapes, basé sur une durée de séjour de 15 à 18 mois, avec comme accent particulier un souhait de collaboration élargie avec les services extérieurs (Chômage, OOF, Réalise, Hospice Général, SPI) afin de favoriser au mieux la réinsertion socioprofessionnelle de nos résidents.

Cette collaboration a pu se mettre en place avec certains services, mais reste encore à peaufiner avec d'autres, qui subissent également des restructurations importantes, bouleversant leur fonctionnement.

Le séjour étendu à 18 mois a permis à certains résidents de mettre en place une insertion globale (en ayant amélioré leur qualité de vie et leur état de santé, réinvesti une profession et poursuivi toute leur démarche d'abstinence), dans de bonnes conditions, leur permettant d'expérimenter progressivement la vie extérieure, sans être immergés brusquement dans la vie active, sans transition.

D'autres, pour qui les conditions d'insertion semblaient suffisantes, ont choisi de terminer leur séjour après 10 ou 12 mois, estimant que cette période de transition était superflue, compte tenu des moyens qu'ils avaient pu mettre en place.

Particularités des personnes accueillies

Le constat déjà opéré ces deux dernières années, quant à l'accueil de personnes dont l'état de santé est précaire, se confirme encore davantage cette année.

En effet, la plupart de nos résidents doivent ou poursuivre ou entamer des traitements durant le séjour; que ce soit sur le plan psychique ou physique, nécessitant de nombreux rendez-vous à l'extérieur de l'institution. Afin d'évoluer au mieux dans cette diversité d'intervenants, l'équipe a dû multiplier les contacts avec les professionnels extérieurs, en créant des rencontres de réseau ou des rendez-vous avec l'un ou l'autre des acteurs. Il en résulte, hormis la charge que représentent ces rencontres au niveau de l'organisation et du temps à leur

consacrer, une augmentation des contacts, permettant une meilleure connaissance mutuelle des structures du réseau et une opportunité de s'ouvrir à d'autres points de vue. Il est à relever également un vieillissement, voire une «chronicisation» de la population accueillie, en proie à des difficultés évidentes d'autonomie et dont le bagage professionnel est moindre.

La réinsertion sociale et professionnelle s'avère donc fragile, que ce soit en raison de leur difficulté d'intégration liée à leurs problèmes personnels, que du fait de la conjoncture extérieure difficile.

Par ailleurs, nous constatons également que nos résidents rencontrent un obstacle important dans leur recherche de logements. En effet, rien n'est prévu pour les favoriser, sur un plan économique, mais la difficulté fondamentale se situe davantage face à la peur d'être seul, générant des inquiétudes, voire des angoisses importantes, au moment de quitter l'institution, qui peuvent parfois annihiler les capacités développées durant le séjour.

L'équipe éducative

L'équipe du Toulourenc a néanmoins su faire face à ces turbulences et a pu maintenir une prise en charge de qualité, malgré un effectif réduit et le manque occasionné par l'absence d'encadrement pour les familles de nos résidents.

Deux éducatrices ont souhaité entreprendre des formations de longue durée: une formation en approche systémique et une formation en art thérapie. L'équipe bénéficie déjà du fruit de ces formations, puisqu'un atelier d'art thérapie a été créé au début 2004, qui s'avère être un outil complémentaire important dans l'ensemble de la prise en charge.

Parallèlement, l'ensemble de l'équipe a pu participer, en collaboration avec L'Entracte et le CRMT à des formations de groupe (une sur la «thérapie cognitivo-comportementale», une sur «l'interdisciplinarité» et une sur la «sexualité»).

Si le début de 2004 a vu l'interruption de l'accueil de stagiaires HES, pour des raisons économiques, la situation s'est néanmoins améliorée et, dès septembre 2004, une jeune femme de deuxième année a effectué un stage de 5 mois. D'autres personnes ont également été accueillies, pour des périodes variant de 15 jours à 5 semaines, en stages non rémunérés (stagiaires en formation FORDD, ou d'écoles françaises).

Activités extérieures

Le Toulourenc a poursuivi ses prestations auprès de la commune de Troinex, par une présence des résidents deux fois par semaine à la déchetterie, ainsi que pour diverses manifestations communales, collaboration qui s'avère fructueuse de part et d'autre. Notre institution a participé également à trois «ventes à la ferme», permettant de vendre une bonne partie de la récolte de miel et de maintenir un contact chaleureux avec le voisinage. L'entretien du jardin de l'église arménienne, par un groupe de résidents, se poursuit régulièrement, à raison d'une fois par semaine. Sur le plan plus ludique, les résidents participent régulièrement aux tournois de volley-ball et de tennis organisés par la commune de Troinex.

Ces diverses prestations favorisent notre intégration au sein de la commune et permettent aux résidents de se confronter à d'autres exigences et de renforcer leur estime d'eux-mêmes.

Pour terminer, le Toulourenc a participé à un tournoi interinstitutionnel de football et a organisé lui-même un tournoi de volley-ball, réunissant les mêmes institutions. ■

Françoise Déruaz

MANAGEMENT QUALITÉ, ORGANISATION DU TRAVAIL ET TRAITEMENT DES ADDICTIONS

Les années 2003 et 2004 ne furent pas des années de tout repos et notre association a dû faire face à d'importantes difficultés (licenciements, déficit budgétaire, modifications organisationnelles). Par conséquent, la poursuite du développement de notre Système de Management Qualité (SMQ) n'était pas forcément garantie. En effet, les décisions difficiles qui furent prises, avec leur impact émotionnel, organisationnel et professionnel, ont été complétées par une redéfinition des tâches de la direction, avec la mise en place du poste de chargé de direction ad intérim, ainsi que celles de coordinateurs d'équipe. Il nous faut donc reconnaître que l'ensemble de ces changements ont affecté la gestion des processus des prestations, des ressources, du management ainsi que l'amélioration de notre SMQ.

Comme nous l'indiquions dans notre rapport 2003, l'ambulatoire et les résidentiels d'Argos ont été certifiés ISO 9001/2000 et QuaThéDA; cependant les remarques indiquées ci-dessus montrent que la certification n'est pas une fin en soi et même ne saurait l'être. La démarche qualité, via son SMQ, est un instrument de gestion avec lequel nous apprenons à nous familiariser, sans pour autant céder aux effets de mode qui peuvent parfois l'accompagner.

Sa mise en place et son suivi impliquent encore de nombreux efforts, non seulement sur le plan financier, mais aussi en termes de motivation, de confiance et de persévérance de la part de l'ensemble du personnel.

Cependant, chacun s'accorde aujourd'hui à reconnaître la valeur ajoutée progressive qu'il retire d'une telle démarche. L'implantation d'un SMQ, son fonctionnement, son entretien, ainsi que le développement d'un processus d'amélioration continue, demande un soin particulier. En effet, une telle démarche modifie des pratiques établies souvent depuis longtemps et qui appartiennent à la culture orale, particulièrement prégnante dans les milieux socio-éducatifs. De son côté, le processus d'amélioration continu se poursuit tranquillement dans le domaine de la gestion, des ressources, de la documentation et des prestations. De plus, cette démarche n'a pas d'autre justification que l'intérêt des personnes et des services qui bénéficient de nos prestations, à savoir les usagers, les collaborateurs et nos différents partenaires (réseaux de soins, services sociaux, Département de l'action sociale et de la santé, etc.).

Concrètement, cela signifie que les collaborateurs ont réalisé le 70% des propositions d'améliorations, notamment en matière d'organisation interne et d'intervention auprès des usagers. Le fonctionnement de notre SMQ nous conduit vers toujours plus de clarté et d'efficacité, de même qu'il nous engage dans un système dynamique qui voit son support documentaire se modifier régulièrement.

Toutefois nous sommes conscients que l'exercice est périlleux et qu'il faut gérer la tension entre innovation, créativité et risque de bureaucratisation. Cela étant, nous pouvons dire qu'après deux ans de fonctionnement notre système est relativement bien intégré au sein de l'association et doit poursuivre sa phase d'allègement.

De plus, son implantation modifie progressivement la manière de gérer l'association. Cette démarche d'apprentissage du changement en matière de gestion, qui inclut aussi les prestations (ce qui représentait l'aspect novateur mais aussi déstabilisant pour les intervenants du terrain), donne désormais d'autres moyens de pilotage à la direction et aux cadres d'ARGOS, ainsi qu'à son comité.

Malgré cela, nous n'avons pas encore fini de mesurer les changements, non seulement en matière de gestion mais aussi d'intervention, liés à l'introduction et au développement des démarches qualité dans le secteur des services.

Cependant, comme le remarque Denis Segrestin, *ce travail de l'entreprise sur elle-même atteste un peu plus que la fonction de la norme n'est pas de dicter des solutions impératives: outre que le système requiert l'adhésion volontaire, sa dimension procédurale appelle forcément des apprentissages internes. Le surcroît de contrôle appelle un surcroît d'autonomie*¹. Cela étant, nos revues de direction nous ont permis de poser des objectifs stratégiques et opérationnels ainsi que de définir les projets que nous voulons réaliser.

D'autre part, nous pouvons constater que le développement de notre SMQ nous a permis de reconnaître plus précisément nos difficultés, notamment en ce qui concerne la rigueur du suivi des engagements au sein des différents processus.

Ce constat nous aide aujourd'hui à mieux gérer notre mandat et le conflit inhérent à celui-ci, à savoir la gestion du quotidien et la nécessité d'anticiper les défis comme les problèmes et les réponses à leur donner; c'est-à-dire à différencier ce qui est urgent de ce qui est important. Il s'est traduit concrètement par une diminution des projets que nous souhaitons mener et une meilleure allocation des ressources (efficience) en fonction de nos buts.

Soulignons à propos de ce dernier point qu'une autre démarche, «inhabituelle» dans le travail socio-éducatif, consiste à poser des indicateurs. Leur définition nous permet de savoir si nous sommes dans le cadre de nos objectifs ou à côté de ceux-ci, et nous aide à «mesurer», à évaluer nos engagements et nos actions. Construire des indicateurs nous permet de sortir de la pratique de l'interprétation et des différents moyens d'intervention propres au travail clinique.

En ce qui concerne les outils liés à la démarche qualité, signalons l'appréciation très positive et encourageante des professionnels de l'association concernant leur cadre de travail, les prestations et l'organisation dans son ensemble. La satisfaction de nos partenaires est aussi une réponse encourageante qui doit être prise évidemment comme une stimulation à progresser et non comme un oreiller de paresse.

La satisfaction des résidents est elle aussi tout à fait positive; cependant nous devons prendre ces résultats avec un certain recul. En effet le risque de loyauté de celles et ceux qui ont fait l'objet d'un investissement important de la part des professionnels constitue le biais le plus important de ce type de mesure. Sans compter les questions relatives à l'exploitation de telles données; que souhaitons-nous mettre en évidence, pour quels besoins, face à quelles attentes? Là encore, nous nous trouvons devant de nouvelles interrogations et de nouveaux enjeux au sein du travail socio-éducatif.

Ces deux dernières années nous ont permis d'effectuer nos audits internes. Ce sont chaque fois une quinzaine de collaborateurs qui ont été audités. Nos rapports d'audit nous ont permis de dégager des pistes intéressantes et de préparer nos revues de direction. Ces différentes démarches constituent une part importante de la préparation des audits d'entretien. Ces derniers nous ont d'ailleurs aidé à améliorer la gestion de notre association et à faire face aux difficultés que nous avons rencontrées.

Au final, notre association entend bien poursuivre le développement de sa démarche qualité et accepte la tension propre à ce modèle de gestion (la qualité a un coût, mais elle rapporte aussi). Elle souhaite l'assumer et maintenir son désir de s'améliorer pour répondre au mieux aux besoins et aux attentes de ses usagers, de ses collaborateurs et de ses partenaires dans le respect de sa mission.

Mission qui place et placera toujours la personne et son histoire au cœur de ses actions. ■

Gérald Thévoz

Responsable Qualité

¹ Denis Segrestin (2004): *Les chantiers du manager. L'innovation en entreprise: où en sommes-nous? Comment piloter les changements et les maîtriser?* Armand Colin, Paris, pp. 179-180.

LE POINT DE VUE DU PERSONNEL ET DE SA COMMISSION

La dernière année que le personnel d'ARGOS vient de vivre s'est caractérisée, à nouveau, par d'importants changements, mais aussi par une plus grande stabilité organisationnelle. Ce contexte ne l'a cependant pas empêché de poursuivre son engagement de manière approfondie, tant auprès des résidents et des usagers que des différents partenaires de l'association. Cet investissement de qualité a pris la forme de la réflexion, de la formation continue et de l'amélioration de divers éléments des prestations proposées au sein d'ARGOS. Il s'est aussi traduit par les multiples échanges développés avec les partenaires de ses différents réseaux.

D'autre part, il a renouvelé sa commission en mars 2004. Ses membres ont eu plusieurs rencontres avec l'ancienne puis la nouvelle direction, au cours desquelles ont été clarifiés de nombreux points de fonctionnement. Deux d'entre eux ont participé régulièrement à la plateforme de compétences, espace de partage et de confrontation qui regroupait tous les niveaux hiérarchiques d'ARGOS.

Ces échanges extrêmement riches nous ont aidés à éclaircir différentes questions, notamment en matière de communication interne et externe. Après un bilan tout à fait satisfaisant pour chaque partie, il a été décidé que la poursuite du mandat de ce groupe ne se justifiait pas sous la forme retenue, par contre il pouvait être réactivé à tous moments par l'une ou l'autre des parties sur un thème ou besoin spécifique.

Nos deux délégués à l'assemblée générale ont porté auprès de ses membres les différentes questions et propositions que le personnel souhaitait y faire entendre. Les échanges de ce moment furent appréciés de part et d'autre.

A noter que la commission a rencontré pour la première fois le comité in corpore. Si ce fait mérite d'être souligné, c'est que cette rencontre s'est faite, d'une part à la demande de la commission du personnel et, d'autre part, hors de tout contexte de crise. Le moment d'échange auquel elle a donné lieu a permis au personnel de faire un bilan du vécu des collaborateurs, suite au contexte difficile que l'association avait traversé fin 2003, début 2004; d'aborder les conséquences liées aux changements organisationnels, entre autre en matière de prestations et de management, et finalement le climat général de travail au sein d'ARGOS.

Cette rencontre s'est caractérisée par des échanges clairs et d'une grande franchise. Dorénavant elle aura lieu deux fois par an.

Mentionnons pour terminer que le personnel a participé et/ou soutenu l'ensemble des grèves de la fonction publique et du secteur subventionné. Cela étant, bien que le contexte actuel ne soit guère réjouissant pour les associations privées de ce secteur, notamment sur le plan financier, nous reconnaissons et saluons l'ensemble des efforts menés, tant par le personnel que par la direction, pour faire face de manière responsable et cohérente aux difficultés du moment.

Cet engagement de chacun vise à maintenir et à garantir aux bénéficiaires d'ARGOS, à son personnel et à ses différents partenaires, des prestations et un fonctionnement de qualité, et ce dans le respect des besoins et des intérêts de tous. ■

La commission du personnel

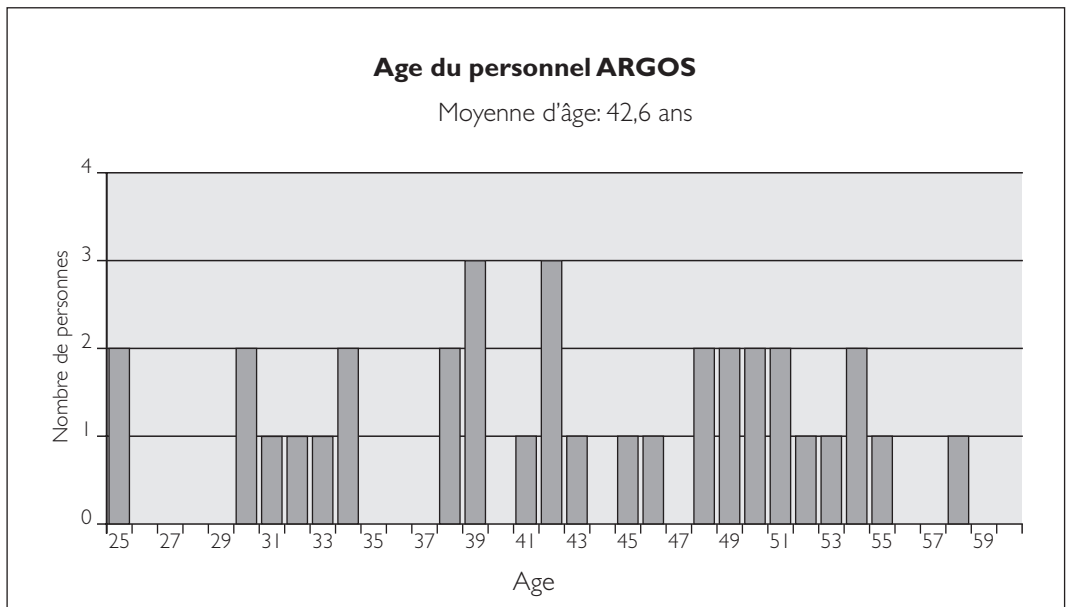
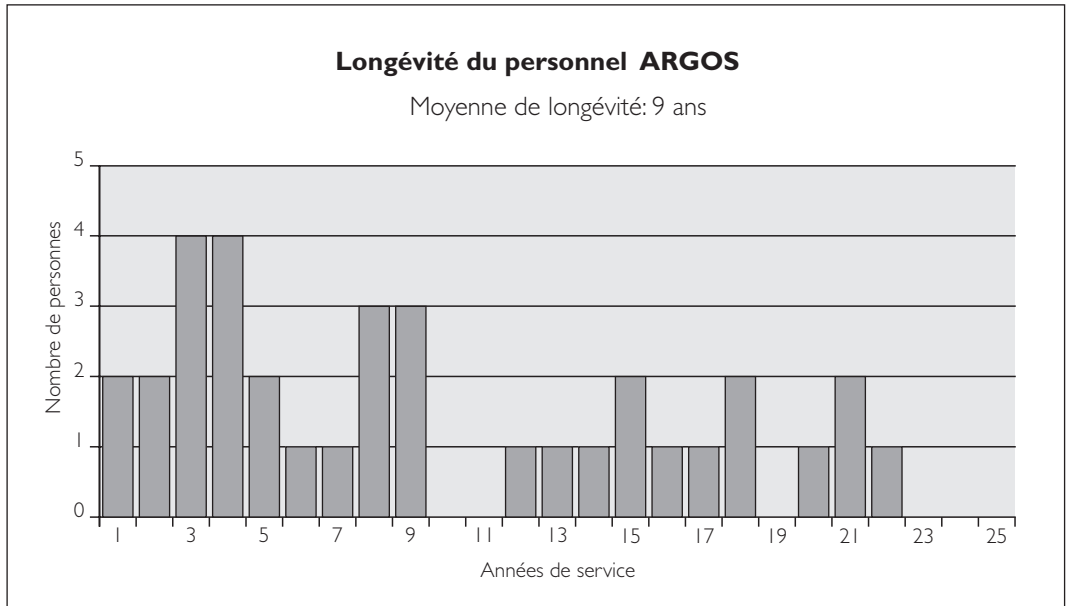
TABLEAU CONCERNANT LES RESSOURCES HUMAINES D'ARGOS

Nombre de collaboratrices: 16

Nombre de collaborateurs: 18

Nombre de postes éducatifs: Centre de jour: 3,8 CRMT: 9,2 Toulourenc: 9,2

Nombre de postes direction, administration: 3,6



COMPTE DE PERTES ET PRODUITS 2004

COMPTE D'EXPLOITATION

	Comptes 2004	Comptes 2003
PRODUITS D'EXPLOITATION		
Revenus des pensions	1'310'450.00	1'161'530.80
Produits des ateliers	5'777.50	10'074.65
Recettes diverses	6'276.60	6'256.37
Consultations Service famille	100.00	14'537.60
Produits L'Entracte	4'470.00	900.00
Total des produits d'exploitation	1'327'074.10	1'193'299.42
CHARGES D'EXPLOITATION		
Frais du personnel	3'354'921.95	3'814'488.54
Loyer et entretien	410'285.63	503'895.62
Installation et agencement	210.00	3'778.60
Alimentation, achats divers	152'411.75	178'105.20
Achats divers ateliers	11'330.00	11'483.35
Amortissements machines, literie, véhicules	60'947.65	63'444.01
Frais de gestion	182'132.25	184'495.14
Loisirs, animations et sports	70'627.41	72'562.65
Total des charges d'exploitation	4'242'866.64	4'832'253.11
PERTES D'EXPLOITATION AVANT SUBVENTIONS ET AUTRES PRODUITS	2'915'792.54	3'638'953.69
SUBVENTIONS ET CONTRIBUTIONS		
Etat de Genève pour FIDE	100'000.00	0.00
Etat de Genève	2'800'000.00	2'671'547.00
Subvention Ville de Genève	15'000.00	15'000.00
Communes	9'400.00	4'300.00
Fonds Loterie Romande	26'500.00	26'500.00
Total des subventions	2'950'900.00	2'717'347.00
AUTRES PRODUITS		
Charges et produits hors période	10'096.12	- 15'133.10
Total autres charges et produits	10'096.12	- 15'133.10
Total des subventions et autres produits	2'960'996.12	2'702'213.90
RÉSULTAT D'EXPLOITATION	45'203,58	- 936'739.79

BILAN AU 31.12.2004

(AVEC COMPARAISON EN 2003)

ACTIF

	Comptes 2004	Comptes 2003
DISPONIBLE		
Caisse	7'881.45	19'736.00
Chèques postaux	61'513.92	57'106.77
Banques	175'110.45	316'454.30
Total disponible	244'505.82	393'297.07
RÉALISABLE		
Parts Cades	500.00	0.00
Débiteurs	71'089.80	88'217.85
Du croire sur débiteurs	- 35'000.00	- 25'000.00
Autres débiteurs	50'988.85	0.00
Actifs transitoires	57'877.16	101'559.18
Total réalisable	145'455.81	164'777.03
INVESTISSEMENTS		
Equipements	251'608.55	240'798.00
Véhicules	105'893.60	105'893.60
Total investissements	357'502.15	346'691.60
TOTAL DE L'ACTIF	747'463.78	904'765.70

PASSIF

	Comptes 2004	Comptes 2003
FONDS ÉTRANGERS		
ENGAGEMENTS À COURT TERME		
Fournisseurs	104'485.40	645'078.55
Créanciers Etat de Genève	780'000.00	550'000.00
Passifs transitoires	54'074.90	70'074.90
Total engagements à court terme	938'560.30	1'265'153.45
ENGAGEMENTS À LONG TERME		
Provision pour engagement de retraite	89'640.00	0.00
Fonds divers	91'086.15	117'586.15
Fonds d'amortissements	276'018.86	215'071.21
Total engagements à long terme	456'745.01	332'657.36
FONDS PROPRES		
Capital	193'422.45	193'422.45
Résultat de l'exercice	45'203.58	- 936'739.79
Résultat d'exploitation reporté	- 886'467.56	50'272.23
Total fonds propres	- 647'841.53	- 693'045.11
TOTAL DU PASSIF	747'463.78	904'765.70

ESPACE RÉFLEXION :

SUBSTITUTION ET ABSTINENCE EN RÉSIDENTIEL : UNE OFFRE POUR DEUX RÉALITÉS DIFFÉRENTES ?

Article paru dans la revue *Dépendance*,
décembre 2004

L'expérience du CRMT à Genève

Pierre Mancino, éducateur spécialisé, formations post-grade en santé communautaire et politique sociale. Coordinateur du centre de jour L'Entracte, Association Argos, Genève
entracte@argos.ch

Gérald Thévoz, licencié en théologie, Université de Genève, formations post-grade en politique sociale et en management des institutions sociales, intervenant spécialisé en toxicomanie, responsable Qualité Association Argos, Genève
qualite@argos.ch

Introduction

Le secteur de la thérapie résidentielle des addictions se trouve confronté depuis quelques années à des questions de fond. Les institutions des secteurs résidentiels ont accepté, parfois avec résistance, de relever les multiples défis qui touchent aussi bien leurs prestations, leur organisation que leur financement. Le rappel du contexte historique genevois en matière de toxicomanie illustre le processus évolutif qu'ont suivi l'État et ses différents interlocuteurs dans ce domaine. Le repérage des changements relevé par ces derniers, plus particulièrement par le centre de jour L'Entracte pour ce qui nous concerne, a conduit l'association Argos à revoir son concept d'intervention.

L'intégration du traitement à la méthadone devait d'une part susciter de nombreuses discussions, notamment à propos des repré-

sentations relatives à l'impact du traitement et de l'efficacité des professionnels auprès des personnes en cure de méthadone. Cependant, grâce aux réflexions menées, ils ont reconnu que leurs connaissances et leurs savoir-faire pouvait répondre aux besoins et aux attentes des personnes en cure. D'autre part, ce traitement s'inscrivait tout à fait dans le cadre du processus de changement dans lequel les personnes toxicodépendantes souhaitent s'engager. Néanmoins, cette intégration venait aussi directement interroger les pratiques, les modèles d'intervention et les théories de ce secteur et poser, à travers elle, la question de la médicalisation des conduites addictives. Cette ouverture impliquait des clarifications, des redéfinitions aussi bien internes qu'externes avec les différents partenaires des réseaux concernés; de plus elle questionnait directement les identités professionnelles.

Dès lors, il faut bien reconnaître que dans leur contexte, les professionnels du secteur résidentiel d'Argos, et plus largement des autres institutions, ont été et sont encore confrontés à un challenge de taille en ce qui concerne la collaboration avec le domaine médical. Alors que le risque de se trouver dans une logique d'agent reste d'actualité («médicalisation du social»), nous pensons qu'il est possible de défendre et de développer une position d'acteur, de co-partenaire («socialisation du médical»): c'est ce que nous avons voulu souligner dans cet article. Cette démarche d'intégration d'un traitement d'un domaine dans un autre, permet à chaque partenaire de reconnaître

et d'intégrer au sein de sa pratique la particularité du regard, des connaissances et des techniques des différents protagonistes. Tout cela dans le but de co-construire, dans le respect de ses droits et devoirs, avec le résident/patient, un traitement adapté à ses besoins et ses attentes.

Historique

L'association ARGOS a débuté son action auprès des personnes toxicodépendantes en 1978, avec l'ouverture du Toulourenc. Le contexte politico-idéologique à Genève (Broers, Mino 2001; Arsever; Mino, 1996) a considérablement changé depuis, et il en va de même pour ce qui est des interventions cliniques, tout comme de la compréhension de la problématique des addictions. L'évolution des besoins et les questions qui accompagnaient les interventions ont porté à la création d'un Centre Résidentiel à Moyen Terme (CRMT) en 1985; première structure du genre en Suisse. L'offre de soins, limitée à un séjour d'environ quatre mois, propose aux personnes accueillies un temps d'évaluation et de bilan autour de leur consommation; une expérience d'abstinence n'ayant pas comme premier objectif l'arrêt définitif de leur consommation. Il s'agit d'une première approche, en douceur, de la complexité du symptôme de l'addiction. Le début des années nonante a vu la création de la Permanence Familles (offre qui complétait celle qui existait déjà à l'intérieur des centres résidentiels); puis en 1997 le centre de jour L'Entracte a ouvert ses portes. La fin de cette décennie

SUBSTITUTION ET ABSTINENCE EN RÉSIDENTIEL : UNE OFFRE POUR DEUX RÉALITÉS DIFFÉRENTES? (suite)

et le début 2000 furent ceux de l'élaboration et de la mise en place d'un nouveau concept d'intervention global, le «parcours Argos». Ce concept d'intervention décline de manière dynamique l'interdépendance des offres thérapeutiques internes et externes permettant aux personnes toxicodépendantes de passer de l'exclusion à l'insertion et de la consommation à l'abstinence. Cette notion traduit notre souci, dans le champ des prestations, de rester au plus près des besoins et des difficultés liées aux différentes réalités (bio-médico-psycho-sociales) auxquelles doivent faire face les consommatrices et les consommateurs de drogues. C'est dans cette perspective qu'Argos, nourrie des réflexions menées par les équipes et les échanges avec ses différents partenaires, a étendu son offre thérapeutique aux personnes en cure de maintenance à la méthadone. La piste avait été ouverte par différentes recherches, notamment à propos de la prescription médicale d'héroïne (A. Uchtenhagen, 1995; A. Mino, 1990, 1995) ainsi que l'ouverture de la thérapie résidentielle à la prescription et la gestion de psychotropes légaux (G. Thévoz, 1997). Cet accueil a débuté dans le cadre d'un projet d'une année. Après évaluation et en concertation avec les différents partenaires (Département de l'action sociale et de la santé, Service de santé communautaire et Service d'abus de substances de l'Hôpital Universitaire Genevois, M. Tosi, pharmacien de Chêne-Bourg) ce projet fait désormais partie des prestations d'Argos. Début septembre 2002 les premières per-

sonnes avec un traitement de substitution à la méthadone sont entrées au CRMT.

Repérage des nouveaux besoins

Nous constatons maintenant depuis quelques années déjà que des nombreux changements s'opèrent dans le domaine des addictions, tant du côté des consommateurs que des professionnels. Côté consommateurs, c'est surtout le développement, pour ainsi dire systématique, d'une polyconsommation, avec d'une part l'augmentation de la cocaïne et d'autre part celle des benzodiazépines et de l'alcool. A cette situation sont venues s'ajouter de nouvelles contraintes externes, notamment en matière d'insertion socioprofessionnelle (chômage) et d'intégration sociale (A. Huber, 2004), ainsi que le constat d'un déficit croissant en ce qui concerne l'acquisition de compétences sociales. Autre constat, l'association de ces éléments à ceux qui relèvent de la psychopathologie s'est traduite par une augmentation des demandes de rentes assurance invalidité (processus qui exprime, selon nous, une tendance à la «psychiatisation» des addictions). Du côté des professionnels et des traitements proposés, nous observons une augmentation régulière de la prescription de divers médicaments, à commencer par la méthadone mais aussi la buprénorphine, la codéine, la morphine retardée, ainsi que la prescription croissante de médicaments (antidépresseurs, neuroleptiques).

C'est donc dans ce contexte que plusieurs acteurs du réseau genevois développèrent des offres adaptées à chaque problématique. Parmi celles-ci mentionnons l'accueil des enfants avec leurs parents dépendants au Trait d'union, le Seran, unité hospitalière fermée, plus particulièrement pour les situations de crise, L'Envol, structure de soins pour les personnes sous méthadone souffrant de problèmes d'alcool, le Quai 9, local d'injection anciennement rattaché au Groupe Sida Genève et qui fait partie depuis le 1^{er} octobre dernier de Première ligne, association genevoise pour la réduction des risques liés aux drogues.

Le centre de jour d'Argos est aussi devenu un espace d'accompagnement et d'observation des mutations du paysage des addictions comme de leur traitement. C'est également à partir de ses multiples contacts avec les partenaires du réseau que cette structure d'accueil a pu enrichir la réflexion interne de l'association quant à la possibilité d'accueillir des personnes en cure de maintenance à la méthadone en milieu résidentiel. L'ouverture du dispositif thérapeutique résidentiel à ces personnes implique un important travail de réseau et conduit à un partenariat extrêmement riche. On notera encore que l'évolution actuelle des traitements résidentiels s'inscrit dans la quatrième génération (concernant les trois premières, A. Uchtenhagen, 2003:17), puisqu'elle intègre une dimension complexe au niveau du processus de professionnalisation et entre dans la dimension de l'**interdisciplinarité**.

L'expérience du partenariat

La prise en soin de personnes en cure de maintenance à la méthadone s'est développée dans le cadre d'une étroite collaboration avec la psychiatrie et la médecine communautaire des hôpitaux universitaires genevois. En effet, un membre de l'équipe du centre de jour participe régulièrement aux réunions du Service d'abus de substances alors que l'équipe du CRMT bénéficie de son côté d'un partenariat régulier avec le Service de médecine communautaire, le médecin responsable du suivi des cures rencontre l'équipe dans le cadre de son colloque hebdomadaire. La collaboration avec les différents services concernés par la problématique des addictions a mis en évidence la nécessité de passer par un processus impliquant la connaissance des valeurs et les pratiques d'intervention de chacun; avec pour conséquence l'adhésion au savoir-faire de chacune des équipes. Ce processus a débouché sur une action concertée en lien avec les besoins et les objectifs des résidents/patients.

Il a permis à chaque partenaire d'enrichir sa compréhension du traitement de l'addiction à partir d'une approche qui est le plus souvent en dehors de son cadre particulier d'intervention. Cette ouverture à la compréhension et à l'analyse de la pratique de l'autre permet de rendre effective la dimension de l'interdépendance des professionnels concernés par cette problématique bio-médico-psychosociale.

Cette perspective est non seulement bénéfique pour les professionnels, mais aussi pour les clients.

Ces derniers découvrent à travers la complémentarité des réponses thérapeutiques qu'il n'y a pas une réponse à leur problématique, mais une dynamique relationnelle qui place chaque partenaire dans un rapport d'interdépendance. Ce faisant, cette démarche d'humilité dans laquelle les professionnels acceptent de s'engager vient questionner à son tour les représentations de toute-puissance que le résident/patient développe (ou non) avec son entourage thérapeutique et avec les produits.

Et pour aller un peu plus loin, il nous faut aussi reconnaître que cette perspective concerne les rapports que les professionnels vont développer avec les résidents/patients. Ceux-ci ne sont plus seulement placés dans une dynamique de relation d'aide asymétrique, mais sont reconnus comme des interlocuteurs/experts en ce qui concerne l'évaluation de leurs besoins et des réponses qui leur sont proposées. Une autre conséquence de ce partenariat touche aussi les représentations et les concepts développés par les professionnels pour leurs interventions, notamment l'abstinence, ainsi que la description et la compréhension des phénomènes qui y sont liés.

La place de l'abstinence dans les finalités des thérapies résidentielles

L'accueil de personnes sous substitution a renforcé le virage pris il y a déjà quelques années par Argos: **abstinence et prescription de méthadone** ne représentent plus uniquement la finalité du traitement, mais un outil thérapeutique en soi. Le traitement avec méthadone et l'abstinence permettent aux concernés d'investiguer en amont de leur symptôme et de réfléchir aux fonctions de leur consommation, de leur identité de «toxicomane», «ex-toxicomane», «ex-toxicomane-en-cure-de méthadone», etc. De plus, cette perspective favorise une dynamique thérapeutique en soutenant et en développant une position d'acteur dans leur processus d'intégration sociale et professionnelle.

Le partenariat effectif qu'Argos a développé avec la médecine communautaire et la psychiatrie lui a permis d'étendre à la personne en cure de maintenance à la méthadone la logique et la dynamique d'une offre thérapeutique où l'abstinence est avant tout un moyen de prise en soin. Ce qui veut dire qu'il existe aujourd'hui plusieurs fins possibles pour une offre thérapeutique en milieu résidentiel. La définition de celles-ci permet à chaque personne de poser ses objectifs et d'établir un projet de vie où sont à nouveau mobilisés son désir, sa demande d'aide et sa responsabilité.

SUBSTITUTION ET ABSTINENCE EN RÉSIDENTIEL : UNE OFFRE POUR DEUX RÉALITÉS DIFFÉRENTES? (suite)

Par conséquent nous définissons l'abstinence comme le traitement à la méthadone, ou d'autres produits prescrits, comme des moyens qui appartiennent aussi bien aux résidents/patients qu'aux professionnels. Ces moyens sont au service d'objectifs communs que nous pouvons résumer en terme d'intégration socioprofessionnelle, d'insertion sociale (rétablissement des réseaux primaires) et d'amélioration de la qualité de vie. Leur mise en œuvre exprime, du moins en partie, le sens que chacun donne à son histoire. Finalement, ce positionnement institutionnel large, reconnu par tous les partenaires, comporte un bénéfice secondaire (c'est en quelque sorte sa valeur ajoutée), à savoir: le développement d'une image différente de la personne toxicodépendante, jugée jusqu'alors irresponsable et incapable d'exercer un choix. Le partenariat ainsi envisagé va donc au-delà des sphères professionnelles et inclut désormais de manière active les résidents/patients, perspective qui désormais touche toutes les personnes en demande de soin dans nos structures.

Ajoutons enfin que le point de vue ici évoqué pour l'ensemble des partenaires entre dans ce que le sociologue Marcel Bolle De Bal (2003) décrit sous le terme de *reliance sociale* «à savoir au sens large, la création de liens entre des acteurs sociaux et au sens étroit, l'action visant à créer ou recréer des liens entre des acteurs sociaux que la société tend à séparer ou à isoler».

Par conséquent nous devons reconnaître que les changements des représentations, comme des pratiques professionnelles, liés à l'ouverture de la thérapie résidentielle au traitement de méthadone vont aussi marquer les différentes identités professionnelles et c'est ce qui sera brièvement abordé maintenant.

Mutation des identités professionnelles

L'autre axe touché par l'ouverture et l'intégration des cures de maintenance à la méthadone, voire la prescription d'autres produits (G.Thévoz, 1997; A. Uchtenhagen, 2003; N. Dietrich, 2003; Soulet, 2003) dans le cadre des traitements résidentiels, concerne l'identité des professionnels. L'ouverture à des *modus operandi* externes à son cadre conceptuel et pratique est venue questionner les composantes de cette identité. Cette dernière étant liée surtout à l'intervention psychosociale, avec ses outils, ses techniques et ses concepts. Il est évident que son ouverture à d'autres disciplines des sciences humaines concernées par les addictions provoque d'incontournables questions.

La présence concrète d'autres professionnels et l'approche de manières différentes de comprendre et de traiter ce symptôme permet d'intégrer cette complexité et de développer une plus grande réflexivité quant aux composantes de leurs actions et de leurs principes formels. L'intégration des cures de maintenance à la méthadone dans la thérapie résidentielle, et plus largement l'ouverture de celle-ci à des approches et des compré-

hensions cliniques différentes des siennes, a demandé et demandera dans le futur aux professionnels d'être eux aussi dans une dynamique de changement importante (acquisition de nouvelles connaissances et de nouvelles compétences). Le caractère pragmatique de ce processus d'ouverture favorise l'appropriation concrète de la dimension interdisciplinaire nécessaire à la compréhension et à l'intervention des addictions et de leurs conséquences sur la société. Raison pour laquelle nous pensons que ce questionnement avec tout ce qu'il implique (curiosité, efforts intellectuels, deuil d'une toute-puissance de sauveur, etc.) est incontournable, d'autant plus que les intervenants commencent à reconnaître la complexité tant de l'étiologie que des traitements des addictions. Un tel constat suppose alors que la formation des différents secteurs professionnels concernés par le phénomène des addictions puisse continuer à se développer pour être à la hauteur de sa tâche. Raison pour laquelle, dans le contexte actuel, les choix épistémologiques risquent d'être affectés par des décisions politiques et économiques éloignés de la réalité thérapeutique.

Enjeu: médicalisation du social versus socialisation du médical

Toutefois, il ressort de ce que nous venons d'indiquer un certain nombre d'enjeux. Parmi eux nous avons privilégié celui qui concerne les risques de modifications progressives des interventions sociales, notamment par le biais d'une médicalisation croissante du mal-être social, des dysfonctionnements et des souffrances psychiques des individus par le corps médical, alors qu'il a pour principale mission de les accompagner et de les soutenir vers un changement significatif de leur situation. Comme le rappelle le groupe de travail «santé et société» de l'Ecole Nationale d'Administration «la médicalisation de la société est une construction sociale qui consiste à conférer une nature médicale à des représentations, des pratiques et des réalités qui n'étaient jusqu'alors pas appréhendées socialement en ces termes. Elle est avant tout la redéfinition dans un langage médical d'un problème existant». Le travail de ce groupe montre que le processus de médicalisation de la société est lié à plusieurs éléments: 1. la médiatisation de la santé avec des attentes diverses est source d'anxiété qui se traduit par une attitude consummatrice, voire consumériste de la part des patients (cf. la notion d'*addictions thérapeutiques* développée par Didier Sicard (2002); 2. l'importance croissante du facteur économique avec le risque de substituer une logique marchande à une logique de soins; 3. la tentative politique d'apaisement des

conflits sociaux. De plus, il précise que «caractérisant principalement les sociétés les plus développées, la médicalisation pénètre le social. Comportements, pratiques, et, plus généralement, la vie des individus entrent dans le champ médical. Portée par un immense marché, cette tendance renforce la relation de dépendance *qui tend à faire de tout individu un malade potentiel* (D. Sicard)» (ENA, 2003:15-16 et aussi Aiach, P. (1998) et les travaux d'A. Ehrenberg, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2001, 2004).

En ce qui concerne ce processus de médicalisation nous pensons que l'augmentation régulière de la consommation de soins et de médicaments (prescrits ou non) traduit la difficulté (le malaise?) que notre société éprouve quant aux réponses qu'elle est capable de donner aux maux qui la traversent. Les personnes toxicodépendantes incarnent cette logique et la poussent à l'extrême à travers leurs comportements d'automédication, que cela soit pour calmer leurs douleurs et/ou pour leur plaisir (circuit de la récompense).

Nous pouvons aussi comprendre ce phénomène de la manière suivante: le risque d'une croissance de la médicalisation des problèmes psychosociaux se développe à partir d'un déficit symbolique, dont l'équation: un mal = un médicament peut être la traduction symptomatique (Besson, J.-J., 2000; *a pill for an ill; an ill for a pill – une pilule pour un malade, un malade pour une pilule*, ENA, 2003:15). La responsabilité du corps médical, tant face aux personnes toxicodépendantes qu'aux autres malades est de

questionner cette équation en rappelant ou en renforçant son rôle de médiateur, rôle qu'il exerce notamment à travers la prescription d'un traitement. L'exercice de cet acte de prescrire, tel que nous le comprenons dans notre contexte (et certainement valable pour d'autres) introduit ou réintroduit du «tiers» au sein d'un fonctionnement autoréférentiel. Cette action symbolique place la personne dans une relation dont la dimension soignante est aussi liée au rapport de confiance qu'elle accepte de vivre avec le professionnel. L'intérêt des protagonistes ne se porte plus uniquement sur le produit mais sur ce qu'il permet de traiter et d'élaborer en terme de liens et de sens.

L'intervention psychosociale défend cette perspective depuis plusieurs années, cependant son ouverture au domaine médical, via la prescription, nécessite que les questions qui l'accompagnent soient partagées par tous les partenaires concernés. L'actualité de cette question était d'ailleurs à l'ordre du jour de la journée de formation organisée par le Collège Romand de Médecine de l'Addiction (COROMA) le 4 novembre dernier; puisqu'elle avait pour thème «Addiction et santé mentale».

Dans une perspective complémentaire, nous pensons que les tensions auxquelles les professionnels du psychosocial sont confrontés dans le contexte actuel risquent de les placer avant tout dans le rôle d'agent d'un système socio-sanitaire centré surtout sur la gestion des souffrances des individus.

SUBSTITUTION ET ABSTINENCE EN RÉSIDENTIEL : UNE OFFRE POUR DEUX RÉALITÉS DIFFÉRENTES? (suite)

Un autre aspect lié au risque d'une généralisation de la médicalisation au sein des structures résidentielles serait que celles-ci abandonnent des éléments essentielles liés à leurs finalités, à savoir de permettre aux résidents/patients de se sentir responsable de leur vie et de le devenir, d'assumer les changements ainsi que l'exercice de leur liberté et d'être maître de leurs décisions.

Du moins ce pourrait être la lecture pessimiste que nous suggère notamment le processus de médicalisation des addictions. A l'inverse, nous pouvons aussi envisager cette situation dans une perspective qui place les professionnels dans un rôle d'acteur capable de défendre les finalités de leurs interventions mais aussi de questionner celles de leurs partenaires, et ce d'autant plus qu'ils ont réussi à intégrer dans leurs pratiques des éléments extérieurs à celles-ci.

Question ouverte: quid des différentes formes de traitement?

La conduite addictive se caractérise par le fait qu'elle est auto-prescrite, par conséquent le choix de la consommation de psychotropes illégaux met hors jeu tout processus de médiation relationnelle. Ce qui veut dire que tout tiers est exclu au profit d'un face-à-face mortifère. Toutefois cette mise en abîme trouve sa butée dans la réintroduction d'un vis-à-vis, dans la rencontre et la reconnaissance d'un autre qui me reconnaît (cadre large d'une

démarche thérapeutique). Cette perspective nous ouvre à d'autres questions que nous évoquerons en guise de conclusion.

En effet l'offre thérapeutique en résidentiel (mais certainement que cette remarque est valable pour d'autres cadres thérapeutiques) propose un processus d'accompagnement qui permet à la personne toxicodépendante de bénéficier d'un cadre de traitement, en lien avec la diversité de ses besoins et en rapport avec différents types de diagnostics (somatique, psychiatrique, psychologique, social et professionnel). Son caractère intégrateur lui permet de rétablir un processus de développement identitaire «sain», valorisant et créatif pour la personne qui accepte de s'y engager.

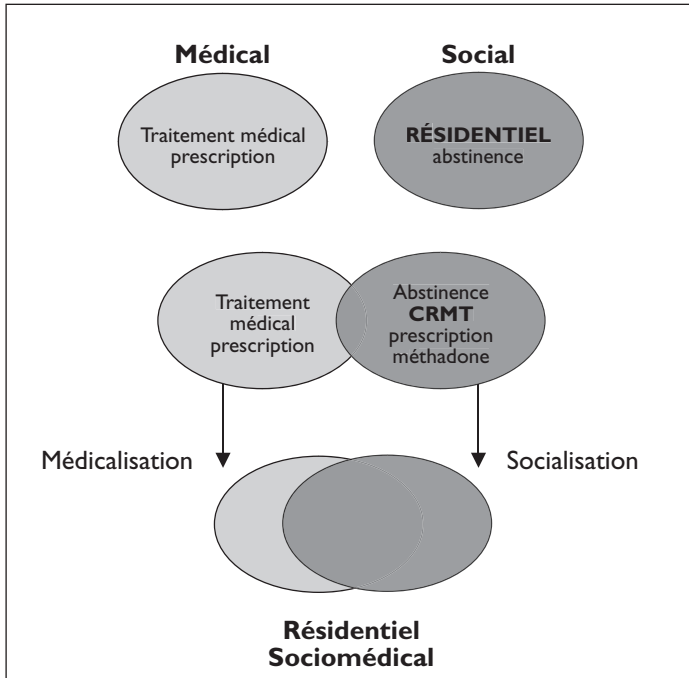
L'intégration du traitement à la méthadone dans l'offre thérapeutique du CRMT en particulier et du résidentiel en général, pose des questions de fond à ses professionnels. Elles concernent:

1. leurs préjugés et leurs représentations philosophiques, éthiques, cliniques, etc. des personnes toxicodépendantes
2. leur statut et leur identité de travailleurs sociaux
3. les droits des résidents/patients en matière d'accès aux offres de soins/prestations.

Dans l'autre sens l'ouverture de la thérapie résidentielle au traitement de maintenance à la méthadone nous permet de questionner les professionnels du secteur médical. Quelles idées ont-ils ou se font-ils quant à l'utilisation ou non de l'offre résiden-

tielle et de ses prestations dans le cadre du traitement de leurs patients? Cette offre intervient-elle seulement lorsque les choses n'évoluent plus, voire se péjorent, ou bien représente-t-elle une ressource pour leurs patients, pour eux?

Poser la question en ces termes revient à reconnaître le paradoxe suivant: la médicalisation du social se poursuit dès lors que les réponses proposées par les médecins ne tiennent pas compte (ou pas suffisamment compte) des composantes du processus d'intégration sociale et de la qualité de vie des patients. Ce faisant, elle privilégie une lecture clinique centrée sur les aspects physiologiques et psychiatriques. Cette dernière remarque suppose que les professionnels concernés par les traitements des addictions cherchent à développer des réponses capables d'intégrer des connaissances appartenant à d'autres secteurs. De quelles manières s'y prendront-ils, comment formuleront-ils leurs demandes et comment les traiteront-ils? Voilà quelques questions qui nous semblent incontournables si nous voulons rester en phase avec la complexité des situations et de la réalité des personnes toxicodépendantes qui s'adressent à nos services.



Raison pour laquelle il nous apparaît donc nécessaire de replacer la personne au centre du dispositif thérapeutique pour définir des choix thérapeutiques concertés, où toutes les parties prenantes sont engagées de manière équitable. Cela afin d'éviter tout risque d'appropriation du résident/patient de la part des professionnels (clients captifs) et des éléments coercitifs qui peuvent l'accompagner. Il nous paraît également primordial que les personnes toxicomanes puissent établir des choix thérapeutiques librement consentis dans le respect de leurs droits, mais également avec la connaissance de leurs devoirs. ■

Le schéma ci-dessus illustre l'évolution qu'a suivie la thérapie résidentielle ces dernières années.

Dans un 1^{er} temps nous avons des traitements différenciés, séparés, voire cloisonnés. Dans un 2^e temps un processus d'intégration des traitements médicaux dans l'espace social se réalise, avec ce que cette ouverture implique pour tous les partenaires. Dans la même logique nous posons la question de savoir si la mise en œuvre d'un processus similaire de la part du social envers le médical est envisageable.

Finalement, est-ce que ce processus nous conduirait, dans un 3^e temps, à la synthèse du social et du médical dans une forme résidentielle ad hoc?

Dès lors, la question qui se profile dans le prolongement de la dialectique de la médicalisation du social et de la socialisation du médical est de savoir si nous allons vers un tel avenir, c'est-à-dire la création d'une structure pluridimensionnelle tant du côté des résidents/patients que des professionnels, travailleurs sociaux/soignants. En tout cas, cette question mérite d'être posée, mais sans aller jusque-là nous voulons encore rappeler que l'ouverture du traitement résidentiel à d'autres formes de soins repose sur un choix éthique clair qui met les personnes dépendantes, leurs difficultés et leurs ressources au centre des prestations des professionnels (*matching services to clients*, A. Uchtenhagen, 2003).

BIBLIOGRAPHIE

concernant l'article «Substitution et abstinence en résidentiel: une offre pour deux réalités différentes?»

- Aïach, P. (2003) *Les voies de la médicalisation* in: Aïach, P., Delanöe, B., sous la dir. de (1998) *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*. Anthropos, Paris, pp. 15-36
- Besson, J.-J. (2000) *Chaque dépendance son médicament?* in: *Dépendances, Médicaliser les dépendances: des effets secondaires?* N° 10. Ed. ISPA-GREAT, Lausanne, disponible à l'adresse internet suivante: http://www.sfa-isp.ch/ServicePresse/service_presse.htm
- Bolle De Bal, M. (2003) *Reliance, déliance, liance. Emergence de trois notions sociologiques*. Leçon inaugurale, Université Libre de Bruxelles, disponible à l'adresse internet suivante: http://colloque.cs.free.fr/seance_inaugurale.htm
- Broers, B., Mino, A. (2001) *Développement et mise en œuvre des politiques de drogue en Suisse, une approche communautaire. L'exemple de Genève* in: *Développement et amélioration des programmes de substitution*. Rapport du groupe Pompidou. Strasbourg, disponible à l'adresse internet suivante: http://www.coe.int/TIF/Coh%E9sion_sociale/Groupe_Pompidou/5.Publications/YY_develop_am%E9lior_prog_subst_fr_NA.asp
- Daly, M. rapport préparé par (2003) *L'accès aux droits sociaux en Europe*. Queen's University, Belfast. Ed. Conseil de l'Europe, Strasbourg, disponible à l'adresse internet suivante: http://www.coe.int/TIF/Coh%E9sion_sociale/Politiques_sociales/Acc%E8s_aux_droits_sociaux/02_French%20Mary%20Daly%20Oreport.pdf
- Dietrich, N. (2003) *La méthadone dans le modèle de la Thérapie résidentielle: la situation suisse* in: *Thérapie et méthadone en milieu résidentiel: carrefour des représentations et des pratiques*. Rapport de la journée du 18 novembre 2003 à Bulle. Ed. COSTE, Berne, pp.23-34, disponible à l'adresse internet suivante: http://www.coste.ch/pdf/confi/20031118_Rapport_therapies.residentielles_methadone.pdf
- Ehrenberg, A. (1995) *Troubles de l'humeur* in: *Clinique des toxicomanes. L'addiction d'absence*. Cliniques Méditerranéennes, N° 47/48, Erès, Ramonville, pp. 121-148
- Ehrenberg, A. (1996) *L'Individu incertain*. Calmann-Lévy, 1995, Hachette-Pluriel, 1996.
- Ehrenberg, A. (1997) *Addictions et dépressions - Fragments pour une sociologie de l'intention pathologique* in: *Dépendances et conduites de consommation*, Les éditions de l'INSERM, septembre, Paris
- Ehrenberg, A. (1998) *Drogues et médicaments psychotropes - Le Trouble des frontières*, Editions Esprit, Paris
- Ehrenberg, A. (1998) *La Fatigue d'être soi - Dépression et société*, Odile Jacob, Paris
- Ehrenberg, A. (1999) *Du dépassement de soi à l'effondrement psychique - Les nouvelles frontières de la drogue, entretien avec O. Mongin et G. Vigarello*. In: *Esprit*, janvier, Paris
- Ehrenberg, A. (2001) *Pourquoi avons-nous besoin d'une réflexion sur la psychiatrie?* Avec A. Lovell, introduction à *La Maladie mentale en mutation: psychiatrie et société*, Odile Jacob, Paris
- Ehrenberg, A. (2004) *Les changements de la relation normal-pathologique. A propos de la souffrance psychique et de la santé mentale*. In: *Esprit*, mai, Paris
- Ecole Nationale d'Administration (2003) *Les politiques de santé*. Séminaire du groupe 10, Santé et société, disponible à l'adresse internet suivante: <http://www.ena.fr/tele/sem03sante/sem0310santesociete.pdf>
- Huber, A. (2004) *Projet d'élaboration de références conceptuelles et opérationnelles du travail de partenariat dans le domaine de l'intégration sociale et professionnelle des personnes souffrant d'addictions*. Groupe de Liaison Interinstitutionnel en Matière d'Addiction (GLIMA), Genève
- Mino, A. (1990) *Analyse scientifique de la littérature sur la remise contrôlée d'héroïne ou de morphine*. OFSP, Berne
- Mino, A., Arsever, S. (1996) *Les mensonges qui tuent les drogués*. Calmann-Lévy, Paris
- Soulet, M.-H., (2003) *Comment les intervenants sociaux peuvent-ils faire face aux défis qui s'imposent de plus en plus vite dans un contexte en mutation?* in: *Thérapie et méthadone en milieu résidentiel: carrefour des représentations et des pratiques*. Rapport de la journée du 18 novembre 2003. Ed. COSTE, Berne, pp. 15-22, disponible à l'adresse internet suivante: http://www.coste.ch/pdf/confi/20031118_Rapport_therapies.residentielles_methadone.pdf
- Sicard, D. (2002) *La médecine sans corps. Une nouvelle réflexion éthique*. Plon, Paris
- Thévoz, G. (1997) *Projet Expérimental Résidentiel: résultats de l'étude menée dans le cadre du mandat confié par les cantons de BEJUNE à la Ligue jurassienne contre le toxicomanes relatif à la création d'un centre résidentiel intercantonal*. Delémont
- Thévoz, G. (1998) *Réfléchir aux concepts et aux modèles cliniques qui cadrent nos pratiques et sur les termes que nous utilisons* in: *Drug use and the crisis of european societies. Reviewing the quality of interventions*, 5,6,7 February 1998. Centro Congressi Junior Club Rastignano (Bo), ACTS with the support of the European Commission, pp. 501-506
- Uchtenhagen, A. (1996) *Essais de prescription médicale de stupéfiants*. Deuxième rapport intermédiaire, version abrégée, Zurich
- Uchtenhagen, A. (2003) *Traitement résidentiel et substitution: objectifs, spécificités compatibilité* in: *Thérapie et méthadone en milieu résidentiel: carrefour des représentations et des pratiques*. Rapport de la journée du 18 novembre 2003. Ed. COSTE, Berne, pp. 15-22, disponible à l'adresse internet suivante: http://www.coste.ch/pdf/confi/20031118_Rapport_therapies.residentielles_methadone.pdf
- Uchtenhagen, A. (2003) *Indication - Désir et Réalité* in: *Processus d'indication, comment trouver la thérapie appropriée?* KOSTE-COSTE, document de la journée nationale du 31 octobre. Ed. COSTE, Berne, disponible à l'adresse internet suivante: http://www.coste.ch/pdf/confi/20031031_Intake-Indikation-Triage_Tagungsdokumentation.pdf

REMERCIEMENTS

Nous exprimons nos remerciements

- Au Département de l'action sociale et de la santé (DASS) pour le soutien qu'il apporte à notre activité depuis plus de 25 ans.
- Au Département de l'aménagement et du logement (DAEL) pour la compréhension dont il fait preuve à notre égard.
- Au Département municipal des affaires sociales de la Ville de Genève pour son entrée en matière sur le financement partiel de L'Entracte.
- Au Service des sports de la Ville de Genève pour la mise à disposition des installations sportives.
- A la commune de Troinex pour le soutien qu'elle manifeste à notre résidentiel Toulourenc et à l'offre de travail à nos résident-e-s.
- A la commune de Thônex pour le soutien qu'elle manifeste à notre résidentiel CRMT.
- A l'Eglise arménienne pour l'offre de travail à nos résident-e-s.
- Aux communes d'Aire-la-Ville, Carouge, Choulex, Collex-Bossy, Dardagny, Jussy, Lancy, Laconnex, Meinier, Onex, Plan-les-Ouates, Puplinge, Troinex, Vernier, Versoix, ainsi qu'à M. Attinger, pour dons à ArgoSport.
- A Paulette Jourdan, cheffe comptable de la Fondation Foyer-Handicap et à son équipe pour leurs prestations comptables.

Ces remerciements s'adressent également à toutes les personnes qui de près ou de loin soutiennent notre action. ■

Les personnes suivantes ont collaboré à la réalisation de ce rapport:

Liliane Maury Pasquier, présidente

Les cadres:

Hervé Durnat, chargé de direction a.i.

Coordinateurs/trice: Pierre Mancino, Françoise Déruaz, François Hollinger

Gérald Thévoz, responsable Qualité

Candy Mesnard, secrétaire

La commission du personnel

Réalisation technique:

Maquette: Jean-Claude Blanc

Conception de la couverture: Gita Gojani • Mise en page: Thierry Aujé

Atelier micro-édition du Petit-Lancy

FONDATION FOYER-HANDICAP

CELLES ET CEUX QUI FONT ARGOS*

COMITÉ

Présidente
Liliane MAURY PASQUIER

Vice-président
Laurent DURUZ

Trésorier
Christian FREY

Membres
Line RESTELLINI
Christophe MANI

DIRECTION

c/o Toulourenc
Route de Troinex 68
1256 Troinex
tél. 0041 22 809 62 62
fax 0041 22 809 62 52
Site internet: www.argos.ch
direction@argos.ch

Secrétaire général (*jusqu'au 30.6.04*)
Daniel PERZOFF

Chargé de direction a.i.
Hervé DURGNAT

Secrétaire
Candy MESNARD

Logistique
Serge ENZLER

COMMISSION DU PERSONNEL

Pascal DUPONT, Président
Frédéric RICHTER
Delphine MARANO-FEHLMANN
Madeline BRAND
Gérald THÉVOZ
Laurence GOMEZ

ÉQUIPE DU CRMT

Coordinateur
François HOLLINGER

Secrétaire de l'unité
Angela HERITIER D'AMORE

Educateurs/trices
Hélène BIANNIC
Madeline BRAND
Christine DELADOEY
David GACHET
Laurence GOMEZ-BONETA
Salvatore MARANO
(*jusqu'au 31.7.04*)

Jean PILLIOD
Marion RAVUSSIN
Frédéric RICHTER

Veilleurs/euses
Geneviève CHABLE
Thomas GOHL
Brigitte LANG

ÉQUIPE DU TOULOURENC

Coordinatrice
Françoise DERUAZ

Apprenti employé de commerce
Nicolas WYDLER

Educateurs/trices
Suzanne BARRAS
Annick CAMPART
Marie-France HORBER
Heinz HUBLER
Yves MONNIER
Pierre VON SIEBENTHAL
Claude WEHRLI
Richard ZALISZ

Veilleurs/euses
Samir COLOMB
Serge DE MEURON
Delphine MARANO-FEHLMANN

ÉQUIPE DE L'ENTRACTE

Coordinateur
Pierre MANCINO

Educateurs/trices
Carole DURGNAT-BURRI
Pascal DUPONT
Suzanne MICHAUD

Gérald THÉVOZ
Responsable assurance qualité

PERSONNEL DE NETTOYAGE

Alberto LOPES

ARGOS
Direction
Rte de Troinex 68
1256 Troinex
Tél. 022 809 62 62
Fax 022 809 62 52
direction@argos.ch

L'Entracte
Centre de jour
Avenue de Chamonix 5
1207 Genève
Tél. 022 735 85 35
Fax 022 700 04 74
entracte@argos.ch

CRMT
Centre résidentiel
à moyen terme
Ch. du Bois-des-Arts 38
1226 Thônex
Tél. 022 869 18 80
Fax 022 869 18 81
crmt@argos.ch

Toulourenc
Centre résidentiel
à long terme
Rte de Troinex 68
1256 Troinex
Tél. 022 735 85 35
Fax 022 784 36 97
toulourenc@argos.ch