



LESSONS LEARNED DES PROJETS PILOTES

Nom du projet pilote (PP)	Projet pilote RHNE-CNP (NE) / AXE2 https://hopital-addictions.ch/projet-pilote-rhne-cnp-ne/
Responsable du PP	Jean-Marie Coste
Partenaires hospitalier	Lurdes Da Costa (CNP)
Partenaires addictions	Isabelle Streit, (Sophie Chapatte, Herminia Oliveira) (Liaison Addiction Neuchâtel)
Rapport établi par	Jean-Marie Coste, Streit Isabelle
Version	V1
Date	23.07.2025

Le projet pilote (en bref)

Objectifs du PP (selon charte)	<i>Pouvez-vous rappeler quels étaient – pour vous – les principaux objectifs du projet pilote ?</i> – Mettre à disposition des patients éligibles des prestations de consultation addictologique (en particulier orientation et intervention brève) – Mettre à disposition de l'équipe de soins un appui spécialisé (conseils, sensibilisation à la thématique addictions) – Améliorer auprès des professionnels et des patients leur connaissance du réseau cantonal addictions
3 Succès	<i>Pouvez-vous énoncer les 3 principaux succès de ce projet ? (Ce qui a bien fonctionné – en bref)</i> A. Nombre important de patients adressés à la liaison addiction, (et qui concerne les trois services hospitaliers psychiatriques). B. Intervention de liaison bien accueillie par la patientèle C. Identification d'Addiction Neuchâtel comme partenaire pour les suivis addictions (adressage spontanée des situations).
3 Difficultés	<i>Pouvez-vous énoncer les 3 principale difficultés/lacunes/circonstances imprévues de ce projet ? (Ce qui a moins bien fonctionné – en bref)</i> D. Court séjour hospitalier ne permettant pas de toucher l'ensemble des patients E. Perte d'information suite au retour de la prestation de liaison par oral à l'équipe F. Lourdeur institutionnelle pour la flexibilité du projet (quand besoin d'adaptation ou d'évolution)

CE QUI A BIEN FONCTIONNÉ

Pourriez-vous décrire plus précisément les 3 principaux succès que vous avez énoncé plus haut.

Lessons learned A	<i>Pourriez-vous décrire un peu plus dans le détail ce premier succès ?</i> – Nombre important de patients adressés à la liaison addiction, en moyenne 3 nouvelles personnes sont annoncées à chaque visite hebdomadaire, touchant un panel large de type de demandes (orientation, premier contact, intervention brève, information...).
--------------------------	---



	Quels sont, selon vous, les facteurs qui ont contribué à ce succès ? – La population cible nécessitant une intervention de liaison est mieux identifiée par les équipes soignantes CNP. – La visite régulière à heure fixe (avant on ne passait qu'à leurs demandes et pour des demandes très spécifiques et limitées) a favorisé la sensibilisation à la thématique addiction et a permis de développer une routine d'identification des situations addiction – Avoir une personne de liaison bien identifiée par les équipes facilite la communication en lien avec la prestation
	Qu'auriez-vous pu faire différemment ou mieux ? [non renseigné]
	Que recommanderiez-vous pour d'autres projets similaires ? – Identification d'une personne de liaison présente sur le terrain (personne de contact) – Jour fixe de passage, ligne téléphonique identifiée ou adresse email pour les autres jours de la semaine (sans passage de liaison)
	Quelles erreurs devraient être évitées si l'initiative devait être reproduite ailleurs ? [non renseigné]
	Avez-vous d'autres remarques, précisons à apporter ? [non renseigné]
Lessons learned B	Pourriez-vous décrire un peu plus dans le détail ce second succès ? – Intervention de liaison bien accueillie par la patientèle
	Quels sont, selon vous, les facteurs qui ont contribué à ce succès ? – Les équipes soignantes sont sensibilisées et connaissent les enjeux de la liaison (ils font un 1er tri entre les patients trop décompensés ou réfractaires à tout contact, et ceux qui sont éligibles, ce qui permet d'avoir des personnes concernées par l'intervention). La connaissance des équipes soignantes sur la prestation de liaison s'est principalement faite par les passages réguliers des collègues de liaison, et par la revue des patients qui se fait avant les visites. – L'identification personnalisées de l'infirmier-ère de liaison addiction, par les soignants hospitaliers, favorisent l'indication à la liaison, avec un discours positif auprès du patient lors de l'indication (on sait qui sera la personne qui prodiguera l'intervention de liaison et on a confiance en ses compétences).
	Qu'auriez-vous pu faire différemment ou mieux ? – Flyer d'information sur la prestation de liaison destiné aux patients (pas sûr que cela aurait aidé, les patients semblent ok sans ça).
	Que recommanderiez-vous pour d'autres projets similaires ? – Inclure avant les visites de liaison, une revue des patients faites avec des personnes de référence du service (infirmiers spécialisé, icus, infirmier de contact pour les questions addiction...) afin de favoriser la connaissance de la prestation par l'équipe soignante.
	Quelles erreurs devraient être évitées si l'initiative devait être reproduite ailleurs ?



	– Ne pas prévoir un moment avec les équipes (revue) et limiter l'intervention à une prestation de liaison auprès des patients sans contact avec les équipes (importance aussi du retour).
	Avez-vous d'autres remarques, précisons à apporter ? [non renseigné]
Lessons learned C	Pourriez-vous décrire un peu plus dans le détail ce troisième succès ? – Identification d'Addiction Neuchâtel comme partenaire pour les suivis addictions (cela a permis notamment d'adresser des patients spontanément à Addiction Neuchâtel, même hors intervention de liaison).
	Quels sont, selon vous, les facteurs qui ont contribué à ce succès ? – La régularité des liens avec les équipes soignantes par une personne identifiée d'Addiction NE (une personne bien identifiée, qui assume la majorité des interventions) – Le temps d'échange et d'Intervention avec l'équipe soignante (revue des situations des personnes hospitalisées présentant un problème d'addiction) permet une connaissance de la structure Addiction NE.
	Qu'auriez-vous pu faire différemment ou mieux ? [non renseigné]
	Que recommanderiez-vous pour d'autres projets similaires ? – Mise à disposition de flyers pour le service sur les offres d'Addiction NE – Formation distillée par les spécialistes d'Addiction NE sur les questions d'Addiction au sein de l'hôpital (cela permet certes de connaître l'addiction, mais surtout d'identifier les partenaires cantonaux.)
	Quelles erreurs devraient être évitées si l'initiative devait être reproduite ailleurs ? [non renseigné]
	Avez-vous d'autres remarques, précisons à apporter ? [non renseigné]

CE QUI A MOINS BIEN FONCTIONNÉ

Pourriez-vous décrire plus précisément 3 principale difficultés/lacunes/circonstances imprévues que vous avez énoncé plus haut.

Lessons learned D	Pourriez-vous décrire un peu plus dans le détail ce premier défi/échec ? – Court séjour hospitalier ne permettant pas de toucher l'ensemble des patients
	Quels sont, selon vous, les facteurs qui ont contribué le plus à ces difficultés rencontrées ? – Nouvelles restrictions économiques des séjours hospitaliers (séjours raccourcis) – Présence de l'équipe de liaison qu'un demi-jour par semaine – Lourdeur des procédures dans les institutions qui manquent d'agilité pour intervenir ou signaler une situation hors procédure (hors jour de passage...).
	Qu'auriez-vous pu faire différemment ou mieux ? – Assurer une présence un autre jour /ou intervenir ponctuellement selon demande (mais manque de ressources pour le faire)



	– Établir une procédure d'appel tél. post-hospitalisation avec accord préalable du patient qui permettrait d'avoir un contact téléphonique avec les patients intéressés qui seraient déjà sortis. Que recommanderiez-vous pour d'autres projets similaires ? – Réfléchir à des appels téléphoniques post-hospitalisation – Présentation formelle de l'offre de liaison addictologique aux équipes soignantes (lors de colloques etc.) Quelles erreurs devraient être évitées si l'initiative devait être reproduite ailleurs ? [non renseigné] Avez-vous d'autres remarques, précisons à apporter ? [non renseigné]
Lessons learned E	<i>Pourriez-vous décrire un peu plus dans le détail ce second défi/échec ?</i> – Perte d'information suite au retour de la prestation de liaison à l'équipe qui se fait oralement (et possiblement pas transmis aux personnes de référence du patient s'ils ne sont pas présents lors de la restitution)
	Quels sont, selon vous, les facteurs qui ont contribué à plus à ces difficultés rencontrées ? – Intervention d'une institution externe au monde hospitalier (nous n'avons pas les mêmes logiciels/accès pour le dossier patient, ni forcément la même politique de communication/transmission d'infos) – Pas ou peu de réflexions préalables (avant-projet) sur le mode de communication post- intervention de liaison
	Qu'auriez-vous pu faire différemment ou mieux ? – Imaginez de déposer une note de suivi dans le dossier patient sous « transmissions infirmières » Que recommanderiez-vous pour d'autres projets similaires ? – Aborder la question des transmissions (écrites/orales) post intervention de liaison et définir le mode opératoire (transcription écrite ? transcription écrite dans certains cas ? ...). Quelles erreurs devraient être évitées si l'initiative devait être reproduite ailleurs ? [non renseigné] Avez-vous d'autres remarques, précisons à apporter ? [non renseigné]
	<i>Pourriez-vous décrire un peu plus dans le détail ce troisième défi/échec ?</i> – Lourdeur institutionnelle pour la flexibilité du projet (qui peut altérer les besoins d'adaptation ou d'évolution)
	Quels sont, selon vous, les facteurs qui ont contribué le plus à ces difficultés rencontrées ? – Système hospitalier complexe, avec différents niveaux hiérarchiques (chaque modification de la procédure peut devenir un casse-tête), intervention de liaison active dans différents services hospitaliers (communication complexe car



	différents acteurs concernés par la même prestation, parfois système/attentes différentes ...)
	Qu'auriez-vous pu faire différemment ou mieux ? – Prévoir avec la direction hospitalière des évaluations périodiques du projet – Prendre peut-être un peu plus de temps pour définir le modèle et ses aspects opérationnels avant-projet
	Que recommanderiez-vous pour d'autres projets similaires ? – Établir des évaluations post –projet (beaucoup de petites mises à jour opérationnelles apparaissent une fois le projet activé, des évaluations planifiées permettraient de modifier les procédures facilement. Celles –ci se font aujourd'hui, pour l'axe 2, de manière informelle. – Bien définir avant-projet les modalités opérationnelles, le faire de concert avec des représentants des équipes concernées (constitué un projet stratégique, ce qui a été fait, mais aussi opérationnel)
	Quelles erreurs devraient être évitées si l'initiative devait être reproduite ailleurs ? [non renseigné]
	Avez-vous d'autres remarques, précisons à apporter ? [non renseigné]

Les livrables intermédiaires & finaux – susceptibles d'être utilisés par d'autres projet

Livrable 1	Nom : Formations addictions Description : Les formations proposées dans le cadre du projet pilote seront consolidées et intégrées à des modules mis à disposition par « Hôpital et Addictions » Prochainement disponible sous : https://hopital-addictions.ch/formations-page/
-------------------	---
