



LESSONS LEARNED DES PROJETS PILOTES

Nom du projet pilote (PP)	Projet pilote RHNE/CNP (NE) / AXE 1 https://hopital-addictions.ch/projet-pilote-rhne-cnp-ne/
Responsable du PP	Jean-Marie Coste
Partenaires hospitalier	Karim Bourbia (CNP) / Marie-Laure Jacquot-Pegeot. (RHNe)
Partenaires addictions	Marie-Anne Lebon, Marisa Marques, Eric Sicardi, Gabriel Hidalgo (Liaison Addiction Neuchâtel)]
Rapport établi par	Jean-Marie Coste, Eric Sicardi, Karim Bourbia (+ discussion collective)
Version	V1
Date	24.07.2025

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 (évaluation, intervention brève, orientation) – Mettre à disposition de l'équipe de soins un appui spécialisé (expertise, conseils, sensibilisation) – Améliorer auprès des professionnels et des patients leur connaissance du réseau cantonal addictions Résultats attendus : – Facilitation d'accès aux soins ambulatoires et résidentiels spécialisés en addiction – Amélioration de la collaboration tripartite (CNP-RHNE-AN) – Amélioration de la qualité de la prise en charge intra-hospitalière et de sa continuité
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 identifiés et adressés à la consultation de liaison B. Facilitation des collaborations interinstitutionnelles C. Nombre important de patients qui ont été suivis en consultation ambulatoire à Addiction NE post-consultation de liaison (Sensibilisation du personnel soignant de RHNE à la problématique addiction via le passage des équipes liaison addiction)



3 Difficultés	Pouvez-vous énoncer les 3 principale difficultés/lacunes/circonstances imprévues de ce projet ? (Ce qui a moins bien fonctionné – en bref) D. Positionnement complexe des intervenants de liaison face aux soins aigus, car vitesses des besoins distincts entre les soins aigus versus approche motivationnelle/plus lente, (risque d'insatisfaction du réseau, besoin de synchroniser les attentes diverses...) E. Durée de séjours hospitaliers courte qui limite les possibilités d'intervention de liaison (passage qu'une fois par semaine) F. Peu de patients identifiés avec un trouble de l'usage modéré pour une intervention précoce (Transmission d'information complexe – restriction liée au secret professionnel et outils informatiques...)
----------------------	--

CE QUI A BIEN FONCTIONNÉ

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

Lessons learned A	Pourriez-vous décrire un peu plus dans le détail ce premier succès ? – Nombre de patients identifiés et adressés à la consultation – Nous avons vu environ 10-12 patients par mois, et par sites hospitaliers (NE – CDF), à raison d'une demi-journée d'intervention par semaine depuis le début de la liaison, alors qu'il n'y avait pour ainsi dire presque aucune demande de consultation sur site hospitalier adressée à Addiction Neuchâtel auparavant, et que les consultations de liaison addiction que nous proposons se distinguent des consultations de liaison psychiatriques qui préexistaient et qui sont adressées au service de liaison psychiatrique du CNP. Quels sont, selon vous, les facteurs qui ont contribué à ce succès ? – Intérêt des équipes soignantes assez démunies et peu formées aux médecines des addictions – Implication globale des différents corps de métiers (médicaux et paramédicaux) dans les unités de soin (= tout le monde se sent concerné) – Mise en place d'une large communication des équipes d'addictologie au sein des structures hospitalières afin d'être identifiés par tous et de créer un lien de confiance avec les équipes soignantes. Qu'auriez-vous pu faire différemment ou mieux ? – Plus de préparation et d'information auprès des équipes en amont de la mise en place de la liaison. Que recommanderiez-vous pour d'autres projets similaires ? – Prendre du temps pour informer largement les équipes et apporter des éléments de formation a minima avant de déployer les interventions de liaison – Éventuellement création d'un flyer en amont transmettant la mission et les buts de la liaison addiction aux équipes soignantes. (N.B. il y a eu une communication de la liaison en amont du démarrage, sous forme d'une présentation à un colloque général médical. Un flyer n'a pas été réalisé en amont du projet, car nous voulions d'abord éprouver notre projet (et sa forme) et l'adapter à nos expériences au besoin, avant de fixer les infos dans un flyer (qui est prévu ultérieurement).
--------------------------	---



	Quelles erreurs devraient être évitées si l'initiative devait être reproduite ailleurs ? – CF. question précédente.
	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 ? – Facilitation des collaborations interinstitutionnelles (Meilleure connaissance des équipes de soins et adressage spontanée de demandes en lien avec un problème d'addiction) – Détail : Le fait d'avoir des échanges réguliers entre le personnel des institutions partenaires a permis d'apprendre à mieux se connaître, à communiquer de façon plus fluide, à identifier plus facilement les personnes ressources, à permettre un adressage plus ciblé
	Quels sont, selon vous, les facteurs qui ont contribué à ce succès ? – Les échanges verbaux en présentiel qui permettent une meilleure communication et de mieux préciser les demandes d'interventions – Identification des personnes ressources dans les services, identification claire des intervenants de AN – Les réajustements opérés au fil du projet, suite aux réunions d'équipe projet, d'après les feedbacks reçus – L'investissement des collaborateurs dans le projet
	Qu'auriez-vous pu faire différemment ou mieux ? – Mieux informer en amont du projet les équipes soignantes, peut-être plus particulièrement les infirmiers/ères des services
	Que recommanderiez-vous pour d'autres projets similaires ? – Que les différents intervenants impliqués dans le projet apprennent à se connaître avant la mise en place du projet – Qu'une fiche explicative/flyer soit disponible avant le lancement effectif du projet et facilement « trouvable » – De bien identifier les besoins/difficultés si possible en amont
	Quelles erreurs devraient être évitées si l'initiative devait être reproduite ailleurs ? – Éviter la création d'un double « order management » car confusion possible pour le personnel demandeur (l'order management est le document qui permet d'indiquer la prestation de liaison), il y a eu temporairement deux order management, avec deux voies de communication distinctes, une qui passait d'abord par la liaison psychiatrique (pour un tri de la demande) et un autre directement au service d'AN. On craignait un mauvais adressage des patients par les services hospitaliers et l'idée de faire un tri préalable par la liaison psychiatrique, qui est présente tous les jours, semblait raisonnable. Mais dans les faits, les services adressent au bon endroit les demandes (bonne distinction entre addiction versus psychiatrique et demande urgente), et comme il existe une articulation (moment contact de la semaine) entre la liaison psychiatrique et la liaison addiction, les éventuelles erreurs d'adressage sont corrigées à ce moment-là.



	Avez-vous d'autres remarques, précisons à apporter ? – Projet stimulant à réaliser
Lessons learned C	Pourriez-vous décrire un peu plus dans le détail ce troisième succès ? – Nombre important de patients qui ont été suivis en consultation ambulatoire à Addiction NE post-consultation de liaison
	Quels sont, selon vous, les facteurs qui ont contribué à ce succès ? – Le facteur principal est qu'on nous a adressé beaucoup de situations (cf premier succès), des situations en lien avec une problématique alcool, mais aussi toutes substances. Et parmi ces situations, plusieurs patients-es, étaient connu.es de nos services mais en « drop-out ». Le contact avec la liaison qui fait partie de l'institution AN a facilité la reprise du suivi. – Le fait que l'infirmier de liaison puisse personnellement revoir la personne en ambulatoire, dans le cas d'un patient qui n'était pas connu/suivi de l'ambulatoire par un autre professionnel, favorise la demande pour un suivi, le patient se sentant en confiance est prêt à revoir la personne qui l'a vu dans le cadre hospitalier.
	Qu'auriez-vous pu faire différemment ou mieux ? – Comme nous avons plusieurs sites de consultation ambulatoire (4), bien informer les sites ambulatoires de la consultation de liaison et avoir des contacts privilégiés avec les infirmiers de liaison pour la passation de situations.
	Que recommanderiez-vous pour d'autres projets similaires ? – Favoriser le lien entre infirmier de liaison et consultation ambulatoire.
	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 ? – Positionnement complexe des intervenants face aux soins aigus car vitesses des besoins distincts entre les soins aigus versus approche motivationnelle/plus lente, risque d'insatisfaction du réseau, besoin de synchroniser les attentes diverses – Ce n'est pas un échec mais un challenge...
	Quels sont, selon vous, les facteurs qui ont contribué le plus à ces difficultés rencontrées ? – Besoin des soins aigu d'avoir des réponses ou des moyens d'action à court terme pour la prise en charge de leurs patients ... – ...vs la position des soignants en addictologie qui implique un accompagnement des patients à leur rythme (approche motivationnelle, approche du rétablissement...). L'intervenant en addictologie doit donc parvenir à se



	positionner dans ce découplage des vitesses de prise en charge afin de répondre au mieux aux besoins des soignants hospitaliers tout en permettant le respect du rythme des patients. – Acceptation des limites des soins/de l'intervention quand il n'y a pas d'adhésion du patient au projet thérapeutique – Méconnaissance parfois du corps soignant sur certains aspects addictologiques
	Qu'auriez-vous pu faire différemment ou mieux ? – Information/formation en amont des interventions afin de préciser nos méthodes et notre mission Que recommanderiez-vous pour d'autres projets similaires ? – Recenser assez précisément les besoins des équipes soignantes en amont des interventions et échanger sur ce que nous pouvons faire et ce que nous ne pouvons pas faire. Quelles erreurs devraient être évitées si l'initiative devait être reproduite ailleurs ? – Cf questions précédentes
	Avez-vous d'autres remarques, précisons à apporter ? [non renseigné]
Lessons learned E	Pourriez-vous décrire un peu plus dans le détail ce second défi/échec ? – Difficulté : Durée de séjours hospitaliers courte qui limite les possibilités d'intervention de liaison (passage qu'une fois par semaine de la liaison) Quels sont, selon vous, les facteurs qui ont contribué à plus à ces difficultés rencontrées ? – Tendance générale en hospitalier à réduire au maximum les durées de séjour des patients, toutes problématiques confondues – Les assurances maladie calculent une durée de séjour standard par pathologie sans tenir compte des spécificités des patients – Tendance à la réduction des lits qui met une pression sur le nombre de places disponibles et poussent à sortir les patients au plus vite Qu'auriez-vous pu faire différemment ou mieux ? – Avoir une plus grande flexibilité quant au moment de l'intervention du personnel de AN – Disposer de plus de moyens humains pour la liaison Que recommanderiez-vous pour d'autres projets similaires ? – D'essayer de connaître les besoins en matière d'intervention « liaison addiction » au moyen de statistiques – Effectuer des dépistages « addiction » à l'entrée des patients à l'hôpital de manière plus fine afin de pouvoir intervenir plus vite – Les séjours étant courts, revoir le mode d'adressage, peut-être mettre l'accent sur l'information sur les possibilités de suivi ambulatoire si impossibilité de passer voir le patient dans le temps de l'hospitalisation (+ idée d'un appel téléphonique addicto, avec accord du patient, s'il sort avant la consultation de liaison).



	Quelles erreurs devraient être évitées si l'initiative devait être reproduite ailleurs ? – Mieux anticiper les demandes d'intervention « liaison-addiction » si séjour hospitalier bref – Au vu des difficultés à intervenir dans un laps de temps court et au vu du faible pourcentage de temps alloué à la liaison-addictologique (0,5 EPT), peut-être intégrer un plus large panel de service (comme la chirurgie) où les patients restent plus longtemps, ce qui laisserait le temps d'aller les voir
	Avez-vous d'autres remarques, précisons à apporter ? [non renseigné]
Lessons learned F	Pourriez-vous décrire un peu plus dans le détail ce troisième défi/échec ? – Peu de patients identifiés avec un trouble de l'usage modéré pour une intervention précoce
	Quels sont, selon vous, les facteurs qui ont contribué le plus à ces difficultés rencontrées ? – Difficulté de repérage par le personnel hospitalier des patients « peu bruyants » cliniquement et qui ne demandent rien au niveau addictologique – Méconnaissance du personnel soignant du bénéfice de l'intervention brève et des modèles addictologiques incluant aussi des personnes souhaitant gérer leur consommation (croyance que si le patient ne veut pas tout arrêter, il n'y a rien à faire). – Réponse hospitalière aux demandes urgentes plutôt que préventive (manque de temps, mission...).
	Qu'auriez-vous pu faire différemment ou mieux ? – Sensibilisation des équipes sur les bénéfices de l'intervention brève (projet en cours) – Plus Impliquer le personnel infirmier (en plus du médical) qui est plus proche des patients et qui peut entrer en contact sur d'autres aspects « moins bruyants » avec la patientèle (ce qui ouvre la discussion sur la consommation) – Flyer adressé aux services qui expliquent la prestation d'intervention brève.
	Que recommanderiez-vous pour d'autres projets similaires ? – Inclure les aspects information et formation en amont...
	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/>
