



LESSONS LEARNED DES PROJETS PILOTES

Nom du projet pilote (PP)	Projet pilote CHUV (VD) https://hopital-addictions.ch/projet-pilote-chuv-vd/
Responsable du PP	Yasser Khazaal
Partenaires hospitaliers	Loïc Menneret (SMA)
Partenaires addictions	Corine Chevaux & Thomas Robertson (pairs-aidants addictions)
Rapport établi par	Mariel Hunziker, Loïc Menneret, Yasser Khazaal
Version	V 1.2
Date	2.10.2025

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> – Évaluer l'apport de la création de deux postes à temps partiel (2x40%) de pairs-aidants en addictions, en équipe mobile et en milieu hospitalier, pour l'accompagnement de personnes souffrant d'addictions. – Expérimenter l'utilisation du Plan de Crise Conjoint (PCC) et des outils de suivi post-hospitalisation. – Faciliter le lien hôpital–ambulatoire et réduire les ruptures de suivi. – Valoriser et intégrer le savoir expérientiel des pairs auprès des équipes hospitalières en addictions.
3 Succès	<i>Pouvez-vous énoncer les 3 principaux succès de ce projet ? (Ce qui a bien fonctionné – en bref)</i> A. Intérêt et adhésion des patients (succès relationnel): climat de confiance, reconnaissance mutuelle, demandes spontanées de rencontres avec les pairs-aidants. B. Complémentarité des profils PAA : capacité à entrer en contact avec des patients (souvent invisibilisés), grâce à la variété des deux parcours et de leurs compétences linguistiques. C. Renforcement de la continuité des soins et du réseau : les pairs facilitent l'orientation vers le réseau ambulatoire, informent sur les groupes de parole POLAD (policlinique du service de



	médecine des addictions) et contribuent à la continuité thérapeutique (avec des suivis post-hospitalisation).
3 Difficultés	<i>Pouvez-vous énoncer les 3 principales difficultés/lacunes/circonstances imprévues de ce projet ? (Ce qui a moins bien fonctionné – en bref)</i> D. Temps de travail limité (40%) (moyens alloués) : Le temps partiel et la demande élevée des patients ont limité leur participation aux colloques interdisciplinaires, en particulier durant les deux derniers mois. Cette contrainte a réduit les possibilités d'échanges formels entre les équipes hospitalières et les pairs-aidants. Cependant, de nombreux échanges informels avec les infirmiers ont permis de maintenir une circulation d'information autour des patients. E. Contraintes hospitalières (fonctionnement des soins aigus) : La logique urgentiste de l'unité limite le temps consacré à la rencontre avec les pairs. La fluctuation du personnel (recours fréquent à l'intérim) rend plus difficile la connaissance du rôle des pairs et la construction de liens professionnels stables. De plus, les séjours souvent courts des patients réduisent les opportunités d'intervention des pairs-aidants. F. Manque d'ancrage institutionnel (reconnaissance et statut) : Le rôle des pairs-aidants reste flou, leur statut peu formalisé et leur accès aux outils institutionnels limité (pas d'accès officiel au dossier patient). Les transmissions se font surtout à l'oral, ce qui réduit la traçabilité et la visibilité de leurs apports, tandis que le vocabulaire institutionnel ne les inclut pas encore pleinement dans l'« équipe soignante ».

CE QUI A BIEN FONCTIONNE

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

Lessons learned A	<i>Pourriez-vous décrire un peu plus dans le détail ce premier succès ?</i> – Les patients accueillent très positivement la pair-aidance, vécue comme un espace non jugeant et de reconnaissance mutuelle de leur vécu. Plusieurs patients demandent des rencontres après le débriefing du matin (après que les pairs-aidants se soient présentés). Il arrive aussi de planifier des rencontres avec un proche. – Les pairs ont aussi accompagné des proches et sont intervenus dans d'autres secteurs de l'hôpital.
Intérêt et adhésion des patients	



- Les PAA favorisent des relations de confiance, perçues comme authentiques et non jugeantes, qui redonnent aux patients une marge de choix et d'autonomie dans leur parcours de soins.
- Les retours positifs des patients montrent qu'il existe une réelle attente et un besoin de pair-aidance en milieu hospitalier.

Quels sont, selon vous, les facteurs qui ont contribué à ce succès ?

- Présentation des pairs pendant le débriefing par les infirmiers ou les pairs eux-mêmes.
- Infirmiers qui recommandent les PAA aux patients.
- Les espaces informels de discussion (jeux, échanges) constituent des leviers propices à une première rencontre.
- « Briefing » ¹ comme moment important pour que les PAA puissent expliquer la pair-aidance et se présenter aux patients.
- Autonomie des pairs : flexibilité dans les rencontres
- Savoir expérientiel de la maladie de la part des PAA

Qu'auriez-vous pu faire différemment ou mieux ?

- Il aurait été également possible de développer, en collaboration avec les PAA, des fiches de présentation des pairs-aidants pour mieux expliquer le parcours des PAA et favoriser une compréhension partagée avec les patients, mais la présentation en face à face est ici plus pertinente.

Que recommanderiez-vous pour d'autres projets similaires ?

- Avoir un moment dans la journée pour que les pairs-aidants puissent se présenter aux patients (comme les moments de briefing).

Quelles erreurs devraient être évitées si l'initiative devait être reproduite ailleurs ?

- Éviter que la présence des pairs-aidants soit invisibilisée lors des briefings, en particulier lorsque l'équipe intérimaire n'est pas familière avec leur rôle, ou lorsque leur absence n'est pas annoncée aux patients.

¹ Temps collectif organisé tous les matins, durant lequel les patients et l'équipe soignante se présentent et partagent une « météo » de leur état du jour ainsi que les informations pertinentes pour l'organisation de la journée. Pour les PAA, le briefing représente une occasion structurée et régulière de se présenter aux patients, de rappeler leur rôle spécifique et de rendre visible leur présence dans l'unité.



	Avez-vous d'autres remarques, précisions à apporter ? – La pair-aidance contribue à redonner le pouvoir d'agir des patients, en leur offrant la possibilité de s'impliquer activement dans leur parcours de soins et de choisir les pairs-aidants qui les accompagnent (-> autonomisation et patient actif dans son parcours de soins). – Un template de suivi des échanges entre PAA et patients est en cours d'élaboration afin de rendre visible la plus-value de leur profession. Au-delà du nombre de patients accompagnés, il permettra de rendre visible la marge de progression entre le premier et le dernier entretien et d'explorer de quelle manière l'expérience de la maladie peut servir à des compétences utiles (visibilité du rôle).
Lessons learned B Complémentarité et diversité des profils PAA	<i>Pourriez-vous décrire un peu plus dans le détail ce second succès ?</i> – La diversité des profils, des parcours et des identités (âge, genre, langues parlées, expériences de rétablissement, formations, ...) favorise l'identification différenciée et permet de rejoindre des patients. – Co-production du savoir : pairs contribuent à enrichir les pratiques des soignants avec leur expérience vécue. Quels sont, selon vous, les facteurs qui ont contribué à ce succès ? – La variété des trajectoires et la complémentarité des profils des pairs-aidants. – Les PAA ont la capacité de rejoindre des patients qui resteraient autrement isolés (ex : un patient hispanophone qui ne pouvait interagir avec beaucoup d'autres a pu établir des liens avec d'autres patients hispanophones grâce à la médiation des pairs). Qu'auriez-vous pu faire différemment ou mieux ? – Mieux valoriser la polyvalence des parcours des PAA lors des colloques et transmissions infirmières. – En même temps, cette diversité hétérogène peut devenir un risque si elle n'est pas accompagnée : sans une culture commune, les approches peuvent diverger (par exemple, l'un adoptant une posture très interventionniste, l'autre davantage centrée sur l'accompagnement). Pour sécuriser le cadre et renforcer leur complémentarité, il est essentiel de prévoir dès le départ une formation initiale partagée : codes hospitaliers, outils



spécifiques comme le PCC, principes de confidentialité et de collaboration interdisciplinaire.

Que recommanderiez-vous pour d'autres projets similaires ?

- Valoriser la complémentarité des profils (en valorisant toutes les dimensions du savoir expérientiel : parcours de rétablissement différents, langues parlées, expériences de genre et d'âge) tout en garantissant une base professionnelle partagée afin d'éviter que le rôle ne soit interprété de manière trop disparate.
- Créer une culture commune des PAA : anticiper le besoin de supervision clinique orientée non seulement sur le vécu émotionnel, mais aussi sur la construction d'un référentiel partagé.

Quelles erreurs devraient être évitées si l'initiative devait être reproduite ailleurs ?

- Limiter la complémentarité à un seul critère : tendance à orienter les patients vers un pair uniquement en fonction de critères visibles (ex : genre, âge) au détriment de la richesse de leurs parcours, ce qui peut conduire à des stigmatisations (ex : orienter systématiquement les personnes en situation de dépendance à l'alcool vers la pair-aidante femme, ou les personnes en situation de dépendance aux substances dites « dures » vers le pair-aidant homme). Ce type d'assignation réductrice peut invisibiliser la richesse et la polyvalence de leurs parcours.

Avez-vous d'autres remarques, précisions à apporter ?

- La complémentarité entre pairs-aidants représente un levier majeur d'adhésion des patients : elle favorise la création de liens de confiance et permet de rejoindre des profils pour toucher un profil plus large, avec des personnes qui resteraient autrement en retrait (ex : un patient ne parlant pas français a pu s'intégrer au groupe des autres patients grâce à l'appui de pairs-aidants hispanophones). Elle permet également de renforcer l'estime de soi des patients (discussions bilingues, reconnaissance du vécu commun, identifications,...).
- Des temps d'échanges réguliers entre PAA (intervision entre eux) afin de partager leurs expériences, confronter leurs pratiques et construire une identité professionnelle commune peuvent se révéler pertinents. La mise en place de mentors (Gael de SYSTMD) pour accompagner les PAA va aussi dans ce sens.



Lessons learned C

Renforcement de la des soins et du réseau

Pourriez-vous décrire un peu plus dans le détail ce troisième succès ?

- Les pairs-aidants ont contribué à renforcer la continuité thérapeutique et à faciliter l'orientation vers le réseau ambulatoire.
- Leur rôle ne s'arrête pas à l'hospitalisation : ils participent aussi au post-suivi en accompagnant les patients après leur sortie.
- Leur action ne se limite pas à informer ou orienter : ils créent un véritable soutien relationnel, qui facilite l'affiliation des patients aux ressources extérieures. Ce rôle favorise la poursuite de la relation après l'hospitalisation et participe à éviter les ruptures de suivi.
- Leur intervention a également été sollicitée dans d'autres secteurs de l'hôpital (psychiatrie générale, unité des Roseaux), sur recommandation des équipes infirmières, ce qui témoigne à la fois de la reconnaissance de leur plus-value par les soignants et de l'élargissement du réseau de soins rendu possible par la pair-aidance.

Quels sont, selon vous, les facteurs qui ont contribué à ce succès ?

- Portes vers l'extérieur : des infirmiers d'autres unités orientent activement les patients vers les PAA, que ce soit au service de psychiatrie générale (PGE) ou à l'unité des Roseaux (programme thérapeutique spécialisé à Cery).
- Bonne connaissance du réseau local : les PAA maîtrisent les ateliers et groupes de parole de la région (Policlinique du Service de médecine des addictions, AA, NA, CA, etc.), ce qui permet d'éviter les ruptures de suivi, d'accompagner le retour à domicile et de créer des liens avec les associations. Créer un soutien relationnel à l'affiliation.

Qu'auriez-vous pu faire différemment ou mieux ?

[non renseigné]

Que recommanderiez-vous pour d'autres projets similaires ?

- Formaliser les partenariats entre l'hôpital et les structures externes, en précisant les cadres de collaboration et la place spécifique des pairs-aidants dans la mise en lien.
- Anticiper la charge émotionnelle propre au travail de pair-aidance.
- Valoriser et structurer les partenariats avec les ressources externes (groupes de parole, associations, services spécialisés), en s'appuyant sur la connaissance fine qu'ont les PAA du terrain.



	Quelles erreurs devraient être évitées si l'initiative devait être reproduite ailleurs ? – Ne pas laisser l'accompagnement sans évaluation structurée. Prévoir un bilan après un certain nombre d'entretiens (par ex. 4), afin de suivre l'évolution et ajuster l'accompagnement.
	Avez-vous d'autres remarques, précisions à apporter ? – Capacité des pairs-aidants à créer des passerelles concrètes entre l'hôpital et le communautaire : C a une grande connaissance du réseau vaudois due à ses nombreuses années de rétablissement, ce qui peut aussi être bénéfique à la connaissance du réseau par T qui est dans le parcours de rétablissement depuis moins d'années. – Une feuille de suivi des échanges entre PAA et les patients, coconstruite avec les PAA, a été mise en place pour rendre compte des orientations vers le réseau et l'impact après l'hospitalisation (traçabilité réseau).

CE QUI A MOINS BIEN FONCTIONNE

Pourriez-vous décrire plus précisément les 3 principales difficultés/lacunes/circonstances imprévues que vous avez énoncées plus haut.

Lessons learned D Temps de travail limité (40%)	Pourriez-vous décrire un peu plus dans le détail ce premier défi/échec ? – Le temps partiel des pairs limite leur présence au sein de l'équipe hospitalière (fragilisant leur intégration dans la dynamique hospitalière et les échanges interdisciplinaires). – Malgré la création des temps fixes de transmission et de coordination entre l'équipe hospitalière et les pairs-aidants (colloque), les pairs-aidants expriment leur besoin de prioriser leur travail à la rencontre avec les patients (courts séjours, demande élevée, temps partiel des pairs) : « le temps pris en colloque infirmier, c'est le temps que je ne prends pas avec les patients ». – Manque de temps amène tendance à négliger les PCC : outil reconnu mais sous-utilisé par les pairs-aidants.
	Quels sont, selon vous, les facteurs qui ont contribué le plus à ces difficultés rencontrées ? – Phase pilote/expérimentale : projet avec un temps limité pour tester l'intégration et évaluer l'impact. – Demande élevée des patients et séjours courts (turn-over rapide des patients).



	– Discussions pendant les colloques tournent beaucoup autour de sujets biomédicaux et somatiques, difficulté à trouver sa place. – Contraintes budgétaires
	Qu'auriez-vous pu faire différemment ou mieux ? – Partager le calendrier des PAA avec l'équipe (Outlook/Gmail) afin d'éviter les absences « surprises ». Alice, infirmière cheffe d'unité de soins, qui assure la supervision, y a déjà accès ; étendre ce partage au reste de l'équipe pourrait peut-être améliorer la coordination.
	Que recommanderiez-vous pour d'autres projets similaires ? – Clarifier dès le départ les modalités de participation des pairs-aidants aux colloques et aux transmissions, afin de trouver un équilibre entre temps clinique avec les patients et temps d'équipe. – Former les PAA aux codes du soin hospitalier : condition d'intégration sans perdre leur spécificité.
	Quelles erreurs devraient être évitées si l'initiative devait être reproduite ailleurs ? [non renseigné]
	Avez-vous d'autres remarques, précisions à apporter ? – Des échanges informels réguliers ont lieu entre les PAA et les infirmiers, permettant le partage d'informations sur les patients et la valorisation du travail des PAA. Alice, infirmière cheffe d'unité de soins, assure un cadre de supervision et contribue à la transmission des informations entre équipe hospitalière et PAA. – Noter que si un temps limité (ou partagé : 40% x2) a pu restreindre leur intégration institutionnelle, il a aussi contribué à être un facteur protecteur contre l'épuisement émotionnel des PAA. – Une possibilité de coanimation a été envisagée lors des ateliers « prévention à la rechute ». L'inclusion prochaine des pairs-aidants dans ces ateliers, aux côtés d'un médecin (qui connaît parfois moins bien les patients que les PAA), pourrait constituer une opportunité pour renforcer le lien entre l'équipe hospitalière, les pairs-aidants et les patients.
Lessons learned E	<i>Pourriez-vous décrire un peu plus dans le détail ce second défi/échec ?</i> – Le rythme soutenu et parfois la brièveté des séjours hospitaliers limitent les possibilités de rencontres répétées entre patients et



Contraintes
hospitalières

pairs-aidants (présents à 40%). Le fort turn-over du personnel, notamment avec les infirmiers intérimaires, fragilise également l'intégration des PAA : leur présence n'est pas toujours annoncée lors des débriefings. Risque de clivage entre équipes : manque de communication pourrait fragiliser la qualité de l'accompagnement des patients et l'intégration des PAA au sein de l'équipe.

- Autre point : Le PCC est reconnu comme pertinent pour soutenir la continuité des soins, mais reste peu utilisé dans le contexte hospitalier, en raison de séjours courts et d'une priorisation d'autres activités.

Quels sont, selon vous, les facteurs qui ont contribué à plus à ces difficultés rencontrées ?

- Logique hospitalière centrée sur l'urgence immédiate et la rapidité d'intervention : la priorité donnée à la stabilisation médicale relègue parfois au second plan les dimensions relationnelles et d'orientation, au cœur du rôle des PAA.
- Les séjours étant souvent courts, les PAA disposent de peu de temps pour rencontrer plusieurs fois les patients et instaurer une relation de confiance.
- La fluctuation du personnel (infirmiers intérimaires), qui ne sont souvent pas familiarisés avec la pair-aidance, fragilise les liens entre l'équipe hospitalière et les pairs-aidants.

Qu'auriez-vous pu faire différemment ou mieux ?

- Mettre en place une fiche de présentation des pairs-aidants, pour sensibiliser régulièrement les nouvelles équipes et compenser le turn-over.
- Outils non adaptés : le manque d'accès aux agendas partagés complique la coordination entre l'équipe et les PAA (par ex. absences ou vacances non annoncées). Une solution simple consisterait à partager leur calendrier Outlook/Gmail avec l'équipe, afin d'améliorer la visibilité et l'organisation — action en cours.

Que recommanderiez-vous pour d'autres projets similaires ?

- Présenter la pair-aidance dès l'admission pour les patients, ce qui est fait ici.
- Le turn-over du personnel (notamment intérimaire) peut compliquer l'intégration des PAA dans les débriefings et les circuits de communication. Les moments de briefing du matin permettent aux PAA de se présenter aux équipes et aux patients.



	Quelles erreurs devraient être évitées si l'initiative devait être reproduite ailleurs ? – Ne pas considérer la pair-aidance comme un « supplément facultatif » mais comme une composante dans le parcours de soins.
	Avez-vous d'autres remarques, précisions à apporter ? – Les pairs-aidants ont récemment obtenu l'accord pour participer aux ateliers de l'unité UHMA, animés par un médecin. Il s'agira d'observer leur participation effective et d'évaluer dans quelle mesure leur savoir expérientiel constitue une plus-value dans ce cadre. – La logique hospitalière centrée sur l'urgence et la rapidité peut reléguer au second plan l'écoute et l'orientation, mais souligne d'autant plus l'utilité des PAA, qui permettent d'apporter du temps relationnel et un lien vers l'extérieur aux patients.
Lessons learned F Manque d'ancrage institutionnel	Pourriez-vous décrire un peu plus dans le détail ce troisième défi/échec ? – Les PAA interviennent encore en marge des dispositifs hospitaliers existants. Leurs transmissions avec les équipes sont principalement orales ou par l'intermédiaire de la supervision. Leur statut reste peu formalisé et ils n'ont pas accès au dossier patient, ce qui peut entraîner une perte d'informations et limite l'intégration de leur savoir expérientiel dans le suivi clinique. – L'absence d'inclusion des PAA dans le vocabulaire institutionnel comme faisant partie de « l'équipe soignante, l'équipe hospitalière », contribue à les maintenir à la périphérie, avec le risque de les faire se sentir satellisés. Quels sont, selon vous, les facteurs qui ont contribué le plus à ces difficultés rencontrées ? – Nouvelle fonction encore en phase d'expérimentation. – Procédures hospitalières principalement construites pour les professions médicales et infirmières. – Hiérarchisation forte propre au système hospitalier (qui peut rendre difficile la reconnaissance égale des savoirs expérientiels). – Absence de cadre juridique et réglementaire clair entretient l'ambiguïté autour de leur rôle, de leur reconnaissance et de leur accès aux outils institutionnels. – Le langage institutionnel reste un enjeu (non-inclusion dans le vocabulaire institutionnel) : les pairs-aidants ne sont pas reconnus comme membres de « l'équipe soignante ». Leur rôle, centré sur



l'aide et l'accompagnement plutôt que sur l'acte de soin, explique en partie cette distinction. Mais cette non-reconnaissance institutionnelle tend à les maintenir en position périphérique, limitant leur intégration pleine et entière dans les dynamiques hospitalières.

Qu'auriez-vous pu faire différemment ou mieux ?

- Ces facteurs relèvent principalement des logiques et limites structurelles du système hospitalier, il ne s'agit donc pas tant de quelque chose qui aurait pu être « mieux fait », que d'un défi structurel à prendre en compte.
- Favoriser dès le départ la présentation des PAA et le partage de leur vécu auprès des équipes, afin d'éviter malentendus ou préjugés (ex. infirmière ayant supposé à tort une addiction passée). Le partage du vécu contribue à légitimer leur rôle en tant que personnes rétablies et à mettre en lumière la plus-value de la pair-aidance dans le parcours de soins.
- Proposer des moments de sensibilisation auprès des équipes (présentation de cas, retours des patients) pour renforcer la compréhension et le rôle des PAA.

Que recommanderiez-vous pour d'autres projets similaires ?

- Assurer des outils alternatifs mis en place (comme des mails CHUV, un agenda et un téléphone professionnel).
- Assurer un accès minimal aux informations cliniques pertinentes (dans le respect du cadre légal et éthique) afin d'éviter une perte d'informations, car blocage juridique (nonaccès au dossier patient).
- Anticiper la résistance culturelle (anciens soignants plus réticents que les jeunes → importance de sensibiliser toute l'équipe).

Quelles erreurs devraient être évitées si l'initiative devait être reproduite ailleurs ?

- Risque que les apports des PAA (comme leur connaissance sur le cas des patients) restent invisibles lorsqu'ils ne peuvent ni accéder aux informations cliniques pertinentes ni consigner leurs propres interventions dans les outils institutionnels (ex : le journal de C qui a arrêté d'être complété car sentiment que ça ne servait à personne).

Avez-vous d'autres remarques, précisions à apporter ?

- Le cahier des charges des PAA est en cours de clarification, étape indispensable pour éviter à la fois la sous-utilisation et la



	sursollicitation ainsi que la disparité de reconnaissance selon les services. – Un template de suivi, coconstruit avec les pairs-aidants, est en cours d'élaboration. Cet outil permettra de documenter concrètement leur contribution et de renforcer la reconnaissance institutionnelle de leur rôle au sein de l'hôpital (reconnaissance institutionnelle).
--	---

Les livrables intermédiaires & finaux – susceptibles d'être utilisés par d'autres projets	
Livable 1	Nom : Rapport d'intervention ComPASM Description : Retracer la préparation de l'équipe à la venue des pairs Disponible sous : https://hopital-addictions.ch/livable_final/rapport-final-de-l'intervention-du-compasm-pour-la-preparation-de-lelma-a-laccueil-des-pairs/
Livable 2	Nom : Cahier des charges v 1.0 Description : Première ébauche amenée à évoluer Disponible sous : https://hopital-addictions.ch/livable_intermed/cahier-des-charges-v1-0/
Livable 3	Nom : Cahier des charges v 2.0 Description : Document plus générique, rédigé à partir du travail effectif des pairs Disponible sous : Sera publié prochainement sous : https://hopital-addictions.ch/projet-pilote-chuv-vd/
Livable 4	Nom : Rapport de recherche « Pair-aidance au sein du Service de médecine des addictions du CHUV (projet-pilote 2024-2026) » Description : Regard quasi-monographique sur l'introduction de la pair-aidance dans un contexte hospitalier Disponible sous : Sera publié prochainement sous : https://hopital-addictions.ch/projet-pilote-chuv-vd/
Livable 5	Nom : Les pairs-aidants en addictions (PAA) – guide à l'attention des futurs employeurs Description : Outil destiné à faciliter l'introduction de la pair-aidance dans le domaine de la prise en charge des addictions. Disponible sous : Sera publié prochainement sous : https://hopital-addictions.ch/production-doutils/
