

GUIDE DE TRANSFÉRABILITÉ



# LA RECHERCHE- ACTION CAPU

CONSULTATION  
ALCOOL  
POST-URGENCE

GUIDE DE TRANSFÉRABILITÉ  
**LA RECHERCHE-ACTION CAPU**  
CONSULTATION ALCOOL POST-URGENCE

---

*Directeur de publication* : Nicolas Bonnet  
*Coordination* : Marianne Hochet

---

Nous remercions sincèrement l'équipe de l'hôpital Fernand-Widal/ AP-HP pour sa collaboration dans le déploiement de ce projet, depuis la prise en main du protocole jusqu'à la mise en place des formations et leurs riches retours d'expériences.

Nous remercions également l'ensemble des équipes hospitalières impliquées dans ce projet, pour leur participation et leur investissement, et sans qui ce guide n'aurait pu voir le jour.

## TABLE DES MATIÈRES

Préambule .....	2
Présentation du guide .....	3
Glossaire .....	4
<b>I • Présentation de la recherche-action CAPU .....</b>	<b>5</b>
1   Données sur l'alcool .....	5
2   Consultation alcool post-urgence .....	6
3   Origine de la recherche-action .....	6
4   Action pilote .....	7
5   Intérêt de la CAPU pour les publics cibles .....	8
<b>II • Mise en place de la CAPU .....</b>	<b>9</b>
1   Adhésion .....	9
2   Mise en œuvre .....	10
> Le binôme médecin déléguant·e/IDE délégué·e .....	10
> La formation .....	12
> L'adhésion au protocole .....	19
> Les modalités pratiques de mise en place de la consultation .....	19
3   Application .....	20
4   Évaluation .....	25
5   Calendrier du projet .....	25
<b>III • Retours d'expériences .....</b>	<b>26</b>
1   Intérêt de la CAPU pour les établissements engagés .....	26
2   Points de vigilance .....	28
3   Leviers et facteurs aidants .....	29
<b>IV • Idées reçues .....</b>	<b>31</b>
<b>V • Ressources .....</b>	<b>34</b>
1   Les ressources du RESPADD spécifiques à la CAPU .....	34
2   Les ressources complémentaires du RESPADD .....	35
3   Les autres ressources disponibles .....	35
<b>Annexe • Fiche mémo .....</b>	<b>36</b>



## PRÉAMBULE

**N**ous sommes aujourd'hui face à des constats frappants, notamment concernant notre système de santé. Il est dès à présent nécessaire de trouver des solutions pour le faire évoluer et ainsi répondre aux besoins de chacun-e, patient-e-s comme professionnel-le-s, de façon équitable et rapide. Notamment, nous devons rapidement proposer plus de temps médical, pour répondre à la demande et combler les déserts médicaux, et ainsi permettre aux médecins de se dédier aux situations les plus alarmantes. Dans ce sens, il faudrait envisager de décharger les médecins de certaines activités, ce qui peut passer par la délégation d'actes à d'autres professionnel-le-s de santé, paramédicaux par exemple, comme les infirmier-ère-s.

Nous devons également repérer et prendre en charge plus précocement les usager-ère-s souffrant de leur consommation de substances psychoactives. En effet, le retard d'accès aux soins diminue les chances de guérison et augmente considérablement le risque de conséquences sanitaires comme sociales.

Ainsi, ce guide propose la description et un retour d'expérience sur une nouvelle consultation, menée par des infirmier-ère-s diplômé-e-s d'État, en partenariat avec les médecins et les urgentistes, à destination de patient-e-s présentant des troubles dus à l'usage d'alcool. Cette consultation permet, tant de proposer rapidement des soins et une orientation à un-e usager-ère, que de décharger du temps médical, de faire monter les infirmier-ère-s en compétences et de soulager les services d'accueil des urgences.

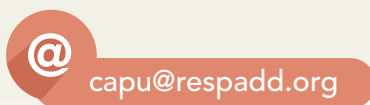
## PRÉSENTATION DU GUIDE

Ce guide est à destination de toute équipe souhaitant s'informer sur la consultation alcool post-urgence, notamment dans l'objectif de l'instaurer dans son établissement. Cela peut être à l'initiative de l'équipe d'addictologie, du service d'accueil des urgences ou de la direction des soins.

Vous trouverez dans ce guide un historique de cette consultation, sa description ainsi que des retours des établissements pilotes dans lesquels elle a été mise en place. Plusieurs conseils et recommandations vous sont également proposés pour anticiper au mieux les questions que peut soulever cette consultation et sa mise en œuvre. Enfin, des supports et ressources sont à votre disposition pour vous projeter dans ce projet avec les éléments nécessaires.

Par ailleurs, ce guide vous permettra de bien comprendre les enjeux de cette consultation, les étapes qui la constituent, les professionnel·le·s qui doivent s'y engager et le rôle de chacun·e.

En complément de ce guide, et pour toute question ou information spécifique à la CAPU, nous vous invitons à contacter l'équipe du RESPADD à l'adresse suivante :



# GLOSSAIRE

- **AUDIT** ..... Alcohol use disorder identification test
- **CAPU** ..... Consultation alcool post-urgence
- **IDE** ..... Infirmier-ère diplômé-e d'État
- **SAU** ..... Service d'accueil des urgences
- **TUA** ..... Trouble dû à l'usage d'alcool
- **CSAPA** Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
- **HDJ** ..... Hôpital de jour
- **ELSA** ..... Équipe de liaison et de soins en addictologie

Dans le présent guide de transférabilité CAPU, est désigné-e par :

- « **l'IDE délégué-e** », l'infirmier-ère en charge de la CAPU, qui a été formé-e pour assurer la CAPU et a signé le protocole de coopération ;
- « **le/la médecin délégué-e** », le/la médecin addictologue responsable de la CAPU, qui est garant-e de son bon déroulement et a signé le protocole de coopération.

## PROTOCOLE DE COOPÉRATION

« L'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009 permet la mise en place, à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels sur le terrain, de transferts d'actes ou d'activités de soins et de réorganisations des modes d'intervention auprès des patients. Ces initiatives locales prennent la forme d'un protocole de coopération qui est transmis à l'ARS. Celle-ci vérifie la cohérence du projet avec le besoin de santé régional, avant de le soumettre à la validation de la HAS. La mission de la HAS consiste à vérifier que ces protocoles apportent une garantie de qualité et sécurité des soins aux patients. Sur la base de cet avis, l'ARS autorise ou non, par arrêté, la mise en œuvre de ces protocoles. »



Le protocole de coopération du projet CAPU a été publié au Journal officiel de la République française (JORF) du 18 juin 2020. Il est autorisé par l'arrêté du 11 juin 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Première consultation d'alcoologie par un-e infirmier-ère, pour des patient-e-s adressé-e-s par un service des urgences ».

# I PRÉSENTATION DE LA RECHERCHE-ACTION CAPU

## 1 | DONNÉES SUR L'ALCOOL

### L'ALCOOL, C'EST :

- 87 % des Français-es qui déclarent boire de l'alcool au moins une fois par an ;
- 24 % des Français-es qui consomment au-delà des repères de consommation à moindre risque chaque semaine ;
- plus de 2 verres d'alcool consommés chaque jour par habitant-e en moyenne ;
- 41 000 décès par an ;
- la 2<sup>e</sup> cause de décès évitables, après le tabac ;
- l'augmentation du risque de cancers, d'accidents vasculaires cérébraux hémorragiques et de troubles du rythme cardiaque ;
- un coût sociétal annuel de 102 milliards d'euros ;
- 3,6 % des dépenses hospitalières ;
- 10 % des Français-es qui présentent un trouble dû à son usage ;
- 30 % des patient-e-s hospitalisé-e-s dans des services d'accueil des urgences qui le sont pour une problématique liée à son usage.



FIGURE 1 : LES REPÈRES DE CONSOMMATION À MOINDRE RISQUE EN FRANCE

## 2 | CONSULTATIONS ALCOOL POST-URGENCE

Il s'agit d'une prise en charge :

- par un-e infirmier-ère diplômé-e d'État (IDE),
- dans la semaine et sans rendez-vous,
- d'un-e patient-e orienté-e par un service d'accueil des urgences (SAU),
- nécessitant un accès rapide à des soins en addictologie,
- sans perte de chance,
- pour une consommation d'alcool à risque,
- lors d'une consultation unique d'orientation.

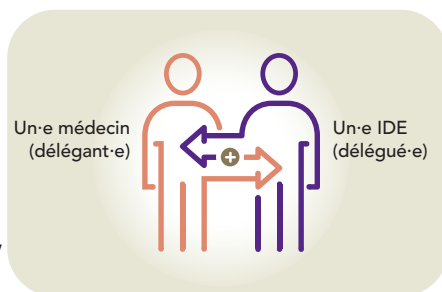


FIGURE 2 : LE BINÔME MÉDECIN DÉLÉGUANT-E/IDE DÉLÉGUÉ-E DANS LA CAPU

La mise en place de cette consultation repose sur un binôme médecin déléguant-e/IDE délégué-e.

## 3 | ORIGINE DE LA RECHERCHE-ACTION

La consultation de post-urgence apparaît à l'hôpital Fernand-Widal/AP-HP en 2017 où une consultation dédiée au trouble dû à l'usage d'alcool (TUA) est créée. Cette consultation répond à une problématique de terrain liée à un fort taux de précarité et de consommation d'alcool dans le nord de Paris et notamment aux alentours de la Gare du Nord. Cette consultation post-urgence est alors menée par des IDE, spécifiquement formé-e-s à la prise en charge de patient-e-s souffrant de TUA, en binôme avec des médecins. Les résultats obtenus sont très positifs, beaucoup de patient-e-s y sont pris-e-s en charge et la coordination avec le SAU se met bien en place. Les résultats montrent également que la consultation de post-urgence est une porte d'entrée vers les soins pour plus de la moitié des patient-e-s accueilli-e-s qui souffrent pourtant d'un trouble dû à l'usage d'alcool sévère et ancien.

Fortes de ces résultats prometteurs et encourageants, l'équipe d'addictologie de Fernand-Widal/AP-HP rédige un protocole de coopération précisant le cadre de cette consultation, le rôle de chacun-e des intervenant-e-s, le contexte de sa mise en place, les possibilités d'issues pour le/la patient-e, les actes qui sont délégués dans ce cadre aux IDE et les situations qui doivent imposer le retour à une prise en charge classique.



Ce protocole est validé par la Haute Autorité de santé (HAS) puis publié au JORF par arrêté du 11 juin 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Première consultation d'alcoologie par un·e infirmier·ère, pour des patient·e·s adressé·e·s par un service des urgences ».

Dès lors, tout établissement souhaitant mettre en place la procédure de soin décrite dans le protocole de coopération doit s'inscrire pour cela auprès de l'Agence régionale de santé (ARS) en précisant les professionnel·le·s de santé qui s'y engagent.

## 4 | ACTION PILOTE

L'expérimentation à l'hôpital Fernand-Widal/AP-HP a permis de montrer que la consultation post-urgence répond à un vrai besoin de terrain pour maximiser les chances de prise en charge, raccourcir le temps entre l'apparition des troubles et l'entrée dans un parcours de soin et pour systématiser le repérage des consommations à risque et nocives.

De plus, elle semble également répondre à un besoin des établissements de santé pour réduire le recours itératif aux SAU, valoriser le travail infirmier et faire monter les IDE en compétences, dégager du temps médical, réduire le temps entre la demande de prise en charge par le/la patient·e et la prise en charge effective.

Il est ainsi apparu comme essentiel de pouvoir accompagner le déploiement et la mise en place de consultations similaires répondant aux exigences du protocole de coopération au niveau national. En effet, cela permet tant d'assurer une bonne lecture du protocole et un déploiement efficace et homogène que de proposer une communication soutenue sur l'existence de ce protocole pour le faire connaître et adopter le plus largement possible.

C'est cette recherche-action portant sur le déploiement national qui se nomme CAPU : Consultation alcool post-urgence.



FIGURE 3 : LE LOGO CAPU

La recherche-action CAPU est ainsi financée dans le cadre de l'appel à projet « Mobilisation de la société civile » par le Fonds de lutte contre les addictions entre 2019 et 2022. Elle est coordonnée par le RESPADD.

Elle est inspirée du protocole de coopération de l'équipe de l'unité d'addictologie ambulatoire de l'hôpital Fernand-Widal/AP-HP.

L'objectif général de cette recherche-action est **DE CONTRIBUER À RÉDUIRE LA MORBI-MORTALITÉ LIÉE À L'ALCOOL.**

Les objectifs spécifiques sont :

- **OBJECTIF 1** : faciliter la montée en compétences des IDE impliqué·e·s dans la CAPU ;
- **OBJECTIF 2** : favoriser le repérage et l'orientation des patient·e·s à risque par les urgentistes ;
- **OBJECTIF 3** : limiter le recours récurrent aux SAU et contribuer au désengorgement des urgences.



Dans le cadre de la recherche-action CAPU, l'objectif poursuivi par la convention initiale était l'adhésion de 15 établissements au protocole de coopération.

## 5 | INTÉRÊT DE LA CAPU POUR LES PUBLICS CIBLES

••• **Pour les patient·e·s présentant un TUA**, le protocole permet d'améliorer la prise en charge en facilitant l'accessibilité au premier rendez-vous en addictologie et en proposant un accompagnement et une orientation individualisée et précoce.

••• **Pour le/la médecin déléguant·e**, le protocole permet d'optimiser le temps médical pour le centrer sur la prise en charge de situations complexes et/ou d'un plus grand nombre de patient·e·s.

••• **Pour l'IDE délégué·e**, le protocole permet d'étendre et de diversifier les champs d'activité par l'acquisition de nouvelles compétences, grâce à la formation théorique et pratique et à l'accompagnement proposé par le/la médecin déléguant·e et l'équipe de recherche du RESPADD. Cela permet ainsi d'améliorer l'attractivité du métier et de fidéliser les professionnel·le·s dans la spécialité. Le protocole conduit ainsi à une meilleure reconnaissance de l'expertise infirmière.

••• **Pour les urgentistes**, le protocole permet de diffuser des outils standardisés et validés de repérage pour favoriser leur utilisation systématique.

## II | MISE EN PLACE DE LA CAPU

### 1 | ADHÉSION

Pour mettre en place la CAPU, les établissements de santé doivent répondre à certains critères d'adhésion définis dans le protocole de coopération et détaillés ci-dessous.

#### CRITÈRES D'ADHÉSION AU PROTOCOLE

##### POUR L'ÉTABLISSEMENT

- Un service d'accueil des urgences
- Un binôme médecin/IDE
- Un temps dédié et un box pour la consultation
- la mise en place de la CAPU au moins 5 demi-journées par semaine
- Au moins un lit fléché en addictologie
- Un travail en lien étroit avec le RESPADD



##### POUR LE/LA MÉDECIN

- Des compétences en addictologie
- De la disponibilité et de l'investissement
- La participation à la formation théorique
- La formation, l'accompagnement et le suivi de l'IDE



##### POUR L'IDE

- Au moins 3 ans d'exercice dans le domaine de l'addictologie ou des urgences
- De la disponibilité et de l'investissement
- La participation aux formations (théorique et pratique)



FIGURE 4 : LES CRITÈRES D'ADHÉSION AU PROTOCOLE

## 2 | MISE EN ŒUVRE

### 1 | Le binôme médecin délégrant-e/IDE délégué-e

Une fois les critères d'adhésion vérifiés, la deuxième étape est de définir le binôme médecin délégrant-e/IDE délégué-e. Les encarts ci-dessous détaillent les attentes du protocole pour les deux professionnel-le-s impliqué-e-s dans la CAPU.

#### L'IDE DÉLÉGUÉ-E

L'IDE délégué-e signe le protocole de coopération et suit une formation théorique et pratique pour prendre en charge les patient-e-s dans le cadre de la CAPU. La mise en place de la consultation lui revient.



#### COMPÉTENCES ET SAVOIR-FAIRE

- Identifier les critères d'inclusion et de non-inclusion des patient-e-s.
- Identifier le degré d'urgence de la prise en charge en addictologie à partir des données (cliniques, paracliniques et résultats des tests).
- Interpréter les résultats des échelles validées (Cushman, EVA et AUDIT).
- Prescrire des examens (biologiques, ECG, éthylotest) selon un protocole défini et interpréter leurs résultats.
- Orienter vers le mode de prise en charge adapté.
- Identifier toute situation inhabituelle et alerter le/la médecin délégrant-e de la CAPU.

#### DISPONIBILITÉ

- L'IDE délégué-e est joignable sur les horaires d'ouverture de la CAPU dans l'établissement et peut se rendre disponible.

#### PRATIQUE CLINIQUE

- Une activité minimale de 50 consultations annuelles par IDE délégué-e doit être réalisée.
- L'IDE délégué-e s'engage à maintenir ses compétences en se tenant informé-e des évolutions des pratiques : participation à des conférences et séminaires, suivi de formations, lecture de la bibliographie, etc.

## LE/LA MÉDECIN DÉLÉGANT·E

Le/la médecin délégrant·e signe le protocole de coopération et suit la formation théorique avec l'IDE délégué·e. Il/elle est responsable de la CAPU.



### DISPONIBILITÉ

- Le/la médecin délégrant·e est joignable sur les horaires d'ouverture de la CAPU dans l'établissement et peut se rendre disponible si l'IDE délégué·e le/la sollicite.
- En cas d'absence de l'IDE délégué·e, la consultation est assurée par le/la médecin délégrant·e.
- En cas d'absence du/de la médecin délégrant·e, la consultation ne peut pas être mise en place, la stratégie habituelle de prise en charge est alors mise en œuvre.

### PRATIQUE CLINIQUE

- Le/la médecin délégrant·e s'engage à suivre une formation, au minimum une fois par an, en addictologie.
- Le/la médecin délégrant·e s'engage à maintenir ses compétences en se tenant informé·e des évolutions des pratiques : participation à des conférences et séminaires, suivi de formations, lecture de la bibliographie, etc.

### ACCOMPAGNEMENT

- Le/la médecin délégrant·e accompagne l'IDE délégué·e lors de la formation théorique. Il/elle met également en place la formation pratique de l'IDE délégué·e et son suivi.
- Le/la médecin délégrant·e exerce un suivi de l'activité de l'IDE délégué·e par une revue des conclusions des consultations réalisées par ce·tte dernier·ère, et enregistrées dans les dossiers patients, lors de réunions hebdomadaires.

## 2 | La formation

Pour mettre en place la CAPU, l'IDE délégué-e doit avoir suivi une formation complète, déclinée en deux parties : la formation théorique et la formation pratique.

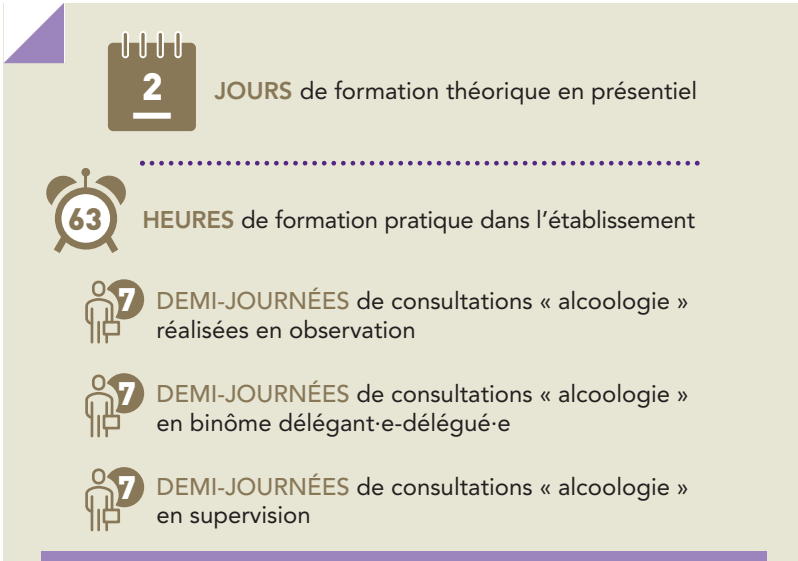


FIGURE 5 : LE DISPOSITIF DE FORMATION CAPU

Les compétences à acquérir par l'IDE délégué-e lors de la formation sont :

- s'approprier un protocole de coopération : identifier les critères d'adhésion au protocole et savoir mener l'évaluation du dispositif ;
- savoir identifier les critères d'inclusion et de non-inclusion des patient-e-s ;
- être en capacité d'identifier le degré d'urgence de la prise en charge en alcoologie à partir de l'interprétation des données cliniques et paracliniques et des résultats des tests ;
- connaître et être capable de prescrire les examens de biologie nécessaires à la prise en charge et au suivi des patient-e-s ;
- être en capacité d'orienter vers le mode de prise en charge de la consommation adéquat.



**Dans le projet pilote CAPU, les formations ont été déclinées selon les modalités présentées ci-dessous. Celles-ci peuvent être adaptées à condition de respecter les exigences du protocole de coopération.**

## A LA FORMATION THÉORIQUE

<b>FORMATEUR</b>	Médecin déléguant-e/RESPADD
<b>DURÉE</b>	14 heures soit 2 jours de formation
<b>HORAIRES</b>	Libres
<b>LIEU</b>	Établissement de santé du binôme
<b>NOMBRE de PARTICIPANTS</b>	2 à 3
<b>PUBLIC</b>	IDE délégué-e-s

FIGURE 6 : LES MODALITÉS DE LA FORMATION THÉORIQUE PENDANT LE PROJET PILOTE CAPU

	Jour 1	Objectifs
9 h – 10 h 30	<b>BLOC 1</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Présentation de la formation et du projet.</li> <li>• Tour de table.</li> <li>• Retour d'expérience d'un établissement engagé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rappeler les enjeux et attendus du projet.</li> <li>• Créer une dynamique de groupe.</li> <li>• Comprendre la CAPU grâce à un exemple.</li> </ul>
10 h 45 – 13 h	<b>BLOC 2</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exercice sur des situations, repérer les signes de gravité, les critères d'inclusion.</li> <li>• Restitution.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vérifier l'éligibilité du/de la patient-e.</li> <li>• Savoir mener un entretien.</li> <li>• Savoir utiliser des échelles + examens.</li> <li>• Savoir orienter le/la patient-e.</li> </ul>
14 h – 15 h 30	<b>BLOC 3</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Théorie sur les signes de gravité.</li> <li>• Jeux de rôles sur des situations proposées.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Repérer les complications, situations d'urgences addictologiques et psychiatriques.</li> <li>• Comprendre le rôle des déléguant-e-s.</li> </ul>
15 h 45 – 17 h	<b>BLOC 4</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Restitution des jeux de rôles.</li> <li>• Exercice sur comment mettre en place la CAPU.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Définir un plan de mise en place du projet selon les contraintes et caractéristiques de son établissement.</li> </ul>

FIGURE 7 : LE PROGRAMME TYPE DU PREMIER JOUR DE FORMATION THÉORIQUE

	Jour 2	Objectifs
9 h – 10 h 45	<b>BLOC 5</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Restitution de l'exercice.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajuster le plan d'actions.</li> </ul>
11 h – 12 h 30	<b>BLOC 6</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Théorie sur l'évaluation de la consultation, le suivi du protocole et la valorisation (IDE, projet innovant, accès aux soins).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Savoir évaluer le projet dans son établissement.</li> </ul>
13 h 30 – 15 h 30	<b>BLOC 7</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jeux de rôles sur des situations rencontrées.</li> <li>• Restitution.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en pratique ce qui a été vu pendant la formation.</li> </ul>
15 h 45 – 17 h	<b>BLOC 8</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Point sur la formation pratique.</li> <li>• Point sur le calendrier.</li> <li>• QCM.</li> <li>• Bilan de la formation et formulaire d'évaluation.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévoir la suite du projet.</li> <li>• Évaluer la formation.</li> </ul>

FIGURE 8 : LE PROGRAMME TYPE DU SECOND JOUR DE FORMATION THÉORIQUE

À la fin des deux journées de formation théorique, les connaissances acquises par l'IDE délégué-e sont évaluées par un questionnaire à choix multiples (QCM). Si un score suffisant est atteint à ce QCM, la partie théorique de la formation est validée et une attestation est alors remise à l'IDE délégué-e.

Si ce score n'est pas atteint, l'IDE délégué-e pourra assister à une seconde session de formation ou répondre à un second questionnaire pour valider la formation théorique.



## B LA FORMATION PRATIQUE

Dès la validation de la formation théorique, la formation pratique peut débuter et se poursuivre dans un délai de 3 mois.

<b>FORMATEUR</b>	Médecin délégué-e
<b>DURÉE</b>	63 heures de formation, soit 21 demi-journées
<b>HORAIRES</b>	Libres
<b>ÉCHÉANCE</b>	Dans les 3 mois suivant la formation théorique
<b>LIEU</b>	Établissement de santé du binôme
<b>NOMBRE de PARTICIPANTS</b>	1/2
<b>PUBLIC</b>	IDE délégué-e-s

FIGURE 9 : LES MODALITÉS DE LA FORMATION PRATIQUE PENDANT LE PROJET PILOTE CAPU

### PROGRAMME DE LA FORMATION

<b>Partie 1</b>	7 demi-journées de consultations « alcoologie » réalisées en observation avec un minimum de 10 patient-e-s au total.
<b>Partie 2</b>	7 demi-journées de consultations « alcoologie » en binôme avec un minimum de 10 patient-e-s au total.
<b>Partie 3</b>	7 demi-journées de consultations « alcoologie » en supervision avec un minimum de 10 patient-e-s au total.

FIGURE 10 : LE PROGRAMME DE LA FORMATION PRATIQUE

Si, au terme des 7 demi-journées, le total de 10 patient-e-s vu-e-s pour chacune des parties n'est pas atteint, il faudra poursuivre les consultations pour atteindre ce minimum.

La formation pratique doit permettre à l'IDE délégué-e d'acquérir les compétences présentées dans le tableau ci-après.

## TABLEAU D'ACQUISITION DES COMPÉTENCES

Compétence	Activité	Détail de la compétence	Acquis
Mettre en place une consultation dans le cadre d'un protocole de coopération	Organisation de la CAPU	Comprendre le dispositif CAPU, son articulation, ses acteurs	
		Connaître les outils CAPU et savoir les utiliser	
		Gérer le matériel, les dispositifs médicaux, les produits	
Évaluer une situation clinique	Accueil du/de la patient·e	Vérifier l'éligibilité du/de la patient·e	
		Informé·e sur le protocole de coopération	
		Recueillir le consentement du/de la patient·e	
	Recueil de données	Récupérer le compte rendu des urgences	
		Remplir le dossier de consultation	
	Évaluation clinique et recherche des complications médicales et psychiatriques	Évaluer l'état clinique du/de la patient·e (historique, examen clinique et évaluation alcoologique)	
		Interpréter les résultats de l'évaluation clinique	
		Savoir mener un entretien addictologique	
	Détection et gestion des situations d'urgences	Évaluer l'urgence addictologique, alcoologique	
		Reconnaître les situations d'urgences somatiques et psychiatriques	
		Faire appel au/à la médecin déléguant·e en situation d'urgence	

## TABLEAU D'ACQUISITION DES COMPÉTENCES

Compétence	Activité	Détail de la compétence	Acquis
<b>Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique</b>	<b>Utilisation et interprétation des scores d'évaluation</b>	Calculer et interpréter le score de Cushman	
		Mesurer et interpréter le score EVA	
		Calculer et interpréter le score AUDIT	
	<b>Prescription et interprétation d'examen biologiques et complémentaires</b>	Prescrire des examens biologiques si nécessaire	
		Interpréter les résultats des examens prescrits	
		Prescrire un ECG si nécessaire et contacter le/la médecin déléguant-e pour l'interpréter	
		Prescrire et réaliser un éthylotest si nécessaire	
		Interpréter un éthylotest	
	<b>Concevoir un projet de soins adapté au/à la patient-e</b>	<b>Définition de l'orientation du/de la patient-e dans les délais et lieux les plus adaptés à sa prise en charge</b>	Connaître les structures addictologiques du territoire de santé et les procédures d'adressage
Évaluer le degré d'urgence de la prise en charge			
Prendre en compte le projet du/de la patient-e			
Définir un projet de soins personnalisé			
Organiser une hospitalisation pour sevrage			

## TABLEAU D'ACQUISITION DES COMPÉTENCES

Compétence	Activité	Détail de la compétence	Acquis
Concevoir un projet de soins adapté au/à la patient·e	Information du/de la patient·e	Informé le/la patient·e sur le parcours de soins choisi	
		Informé le/la patient·e sur la consommation d'alcool	
		Remettre de la documentation au/à la patient·e	
Transmettre l'information	Communication entre professionnel·le·s de santé	Relayer l'information auprès des structures d'accueil (fiche de liaison)	
		Transmettre l'information au sein de l'équipe (médecin délégué·e, staffs, etc.)	
Mesurer l'efficacité du dispositif	Suivi des patient·e·s	Contacté les structures d'accueil des patient·e·s	
	Inclusion dans les soins	Effectué un retour sur l'inclusion des patient·e·s dans des parcours de soins	

La formation pratique est validée par le/la médecin délégué·e en concordance avec l'IDE délégué·e sur la base du déroulement des 21 demi-journées de consultation en autonomisation progressive. Une attestation d'acquisition des compétences est alors établie par le/la médecin délégué·e qui la remet à l'IDE délégué·e.

**Dès lors, l'IDE délégué·e peut commencer les consultations.**

Une activité minimale de 50 consultations annuelles par l'IDE délégué·e est nécessaire au maintien des compétences. Si l'IDE délégué·e ne valide pas ce niveau d'activité annuel (congé maternité, maladie, autre affectation, etc.), il/elle devra effectuer une nouvelle formation pratique de 42 heures de consultations (soit 14 demi-journées dont 7 en binôme et 7 en supervision) avant de reprendre ses fonctions d'IDE délégué·e.

### 3 | L'adhésion au protocole

Après avoir suivi la formation, le binôme formé par l'IDE délégué-e et le/la médecin déléguant-e s'engage à mettre en place la CAPU au sein de l'établissement dans lequel il exerce en se conformant au protocole de coopération « Première consultation d'alcoologie par un-e infirmier-ère, pour des patient-e-s adressé-e-s par un service des urgences ».

Pour adhérer officiellement au protocole de coopération, l'équipe engagée doit se faire connaître auprès de l'ARS locale en passant par la procédure d'adhésion en ligne. À la suite de cette adhésion, les consultations peuvent débiter. Dans la suite du projet, tout changement dans l'équipe de la CAPU doit également être signalé en ligne.

#### VALORISATION FINANCIÈRE

Comme indiqué par le décret n° 2019-934 et suivant le montant fixé par arrêté, les IDE délégué-e-s reçoivent une prime de 100 € bruts mensuels.



### 4 | Les modalités pratiques de mise en place de la consultation

#### A IMPLIQUER LE SAU

Tou-te-s les patient-e-s reçu-e-s en CAPU doivent avoir été orienté-e-s depuis le SAU. C'est pourquoi il est essentiel de communiquer avec les professionnel-le-s du SAU et de leur donner les ressources nécessaires pour mener à bien le projet. Il est ainsi important de :

- les informer du déploiement de la consultation et de les impliquer dans sa mise en place,
- leur montrer les intérêts d'un tel dispositif pour eux et pour les patient-e-s,
- leur expliquer leur rôle et mission dans le projet,
  - > procéder au repérage systématique des consommations d'alcool,
  - > poser les questions de l'AUDIT court,
  - > informer et orienter les patient-e-s vers la CAPU,
- les rassurer sur le temps à consacrer au projet,
- leur présenter les ressources à leur disposition,
- les prévenir que le retour aux urgences est une orientation possible de la CAPU et leur expliquer pourquoi et dans quel cas.

En début de projet, il sera essentiel de prévoir des temps d'échanges réguliers pour évaluer la mise en place du projet, les difficultés rencontrées et les ajustements à apporter.

## B TROUVER DES PARTENAIRES LOCAUX

En aval de la consultation, plusieurs orientations sont possibles dont le recours à d'autres structures d'addictologie. Ainsi, en amont de la mise en place de la consultation, il est nécessaire d'identifier les structures d'aval sur le territoire :

- CSAPA,
- HDJ,
- professionnel-le-s de ville,
- microstructures médicales,
- etc.

## C PRÉVOIR LA CONSULTATION

En amont de la mise en place de la consultation, il faudra :

- trouver un box de consultation qui puisse être disponible sur toutes les plages horaires d'ouverture de la CAPU ;
- définir les plages horaires d'ouverture de la CAPU ;
- obtenir le matériel nécessaire à l'IDE ;
- se procurer les outils CAPU (dossiers de consultation, etc.) ;
- prévenir l'accueil des modalités d'accueil des patient-e-s CAPU et leur fournir le numéro à contacter quand un-e patient-e se présente.

# 3 | APPLICATION

### LORSQU'UN-E PATIENT-E SE PRÉSENTE POUR LA CAPU :

- il/elle est reçu-e à l'accueil de l'établissement ;
- qui contacte l'IDE délégué-e pour l'informer de l'arrivée d'un-e patient-e ;
- le/la patient-e est informé-e du délai avant la prise en charge par l'IDE.



### LES PRÉREQUIS POUR QU'UN-E PATIENT-E INTÈGRE LA CAPU :

- répondre aux 9 critères d'inclusion, et notamment avoir été orienté-e par un SAU ;
- avoir donné son consentement pour la prise en charge IDE.



## Fiche d'information et de consentement du/de la patient-e

Madame, Monsieur,

Vous avez bénéficié d'une hospitalisation aux urgences pour un problème de santé et à cette occasion votre consommation d'alcool a pu être évaluée.

L'équipe soignante des urgences vous a recommandé de vous rendre rapidement à notre consultation pour une évaluation et une orientation addictologique.

Cette consultation sera menée par un-e infirmier-ère, spécialement formé-e pour cela, qui pourra faire appel à un-e médecin addictologue référent-e dans certaines situations définies par le protocole de prise en charge.

À l'issue de cette consultation, il/elle vous orientera vers la prise en charge médicale adaptée à votre situation.

Le protocole<sup>(1)</sup> de prise en charge a été spécifiquement autorisé par la Haute Autorité de santé ainsi que par la direction de l'hôpital. Le détail de ce protocole peut vous être remis sur simple demande.

Votre consentement oral vous sera demandé avant toute prise en charge dans ce cadre et sera consigné dans votre dossier. Il vous sera bien entendu possible de revenir sur votre accord.

Si l'infirmier-ère le juge souhaitable ou encore si vous refusez d'être pris-e en charge dans le cadre de ce protocole, le/la médecin sera appelé-e. Attention, cela peut générer une attente supplémentaire. Dans ce cas, nous vous remercions de le signaler à l'infirmier-ère.

Consentement du/de la patient-e

Oui

Non



Date

Personne qui a informé le/la patient-e et recueilli son consentement :

- Nom, prénom .....
- Qualité .....
- Signature .....

M/Mme ..... *cadre de santé*










Dr ..... ,  
*médecin responsable de la CAPU*




**Le/la patient-e ne donne pas son consentement et refuse la prise en charge dans le cadre du protocole de coopération.**

(1) Cette organisation est inscrite dans le Code de la santé publique (article L 1011-1 ; L 4011-3).

FIGURE 11 : FICHE DE RECUEIL DU CONSENTEMENT DU/DE LA PATIENT-E

CRITÈRES D'INCLUSION DU/DE LA PATIENT·E			
1	Majeure	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non 
2	Absence de grossesse	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non 
3	Orienté·e depuis un SAU	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non 
4	Trouble dû à l'usage d'alcool	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non 
5	Absence de demande de prise en charge pour une autre substance	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non 
6	Patient·e autonome (absence de mesure sociale en cours : sauvegarde de justice, curatelle, tutelle, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non 
7	Absence de signes de gravité somatiques nécessitant une prise en charge immédiate par le/la déléguant·e en vue d'un retour vers le SAU	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non 
8	Absence de signes de pathologies psychiatriques décompensées et/ou de confusion	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non 
9	Absence d'hospitalisation ou d'orientation vers un autre service/structure médicale à l'issue de l'hospitalisation au SAU	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non 



**Le/la patient·e présente au moins un des 9 critères ne permettant pas son inclusion dans le projet CAPU et sa prise en charge dans le cadre du protocole de coopération.**

FIGURE 12 : LES 9 CRITÈRES D'INCLUSION DU/DE LA PATIENT·E

Si le/la patient·e est éligible à la consultation, c'est-à-dire qu'il/elle répond à tous les critères d'inclusion et accepte le protocole de prise en charge, la consultation peut se poursuivre selon le déroulé présenté dans l'affiche ci-contre.

Celle-ci reprend les étapes de la prise en charge du/de la patient·e depuis son accueil au service d'accueil des urgences jusqu'à l'orientation proposée par l'IDE délégué·e



en fin de consultation. Cette prise en charge se déroule en 4 étapes et peut nécessiter, à tout moment, l'intervention du/de la médecin délégué.e.

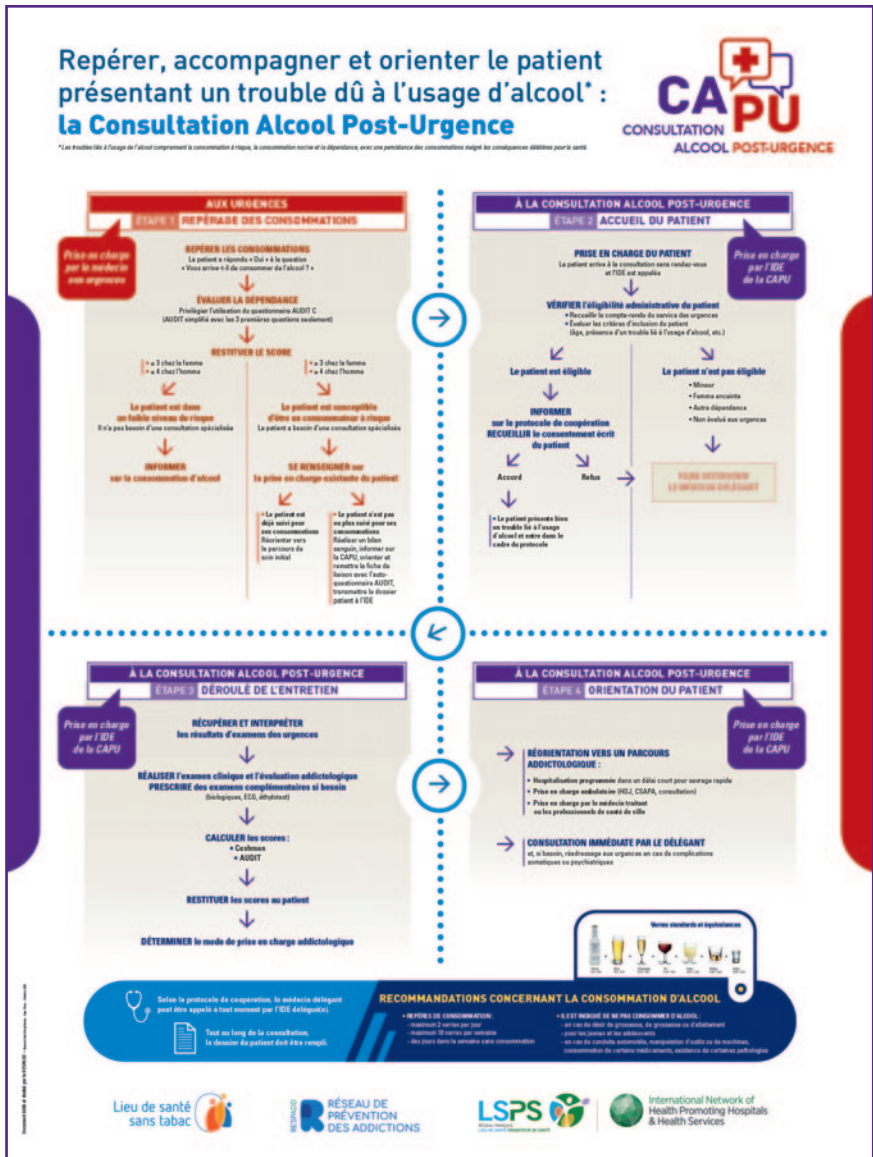


FIGURE 13 : AFFICHE DE LA CONSULTATION CAPU

La prise en charge du/de la patient·e dans le cadre du protocole de coopération de la CAPU prend fin dès lors que :

- la consultation est conclue par une proposition d'orientation ;
- l'IDE délégué·e demande l'intervention du/de la médecin délégué·e (non-inclusion du/de la patient·e, critère d'alerte, etc.) ;
- le/la patient·e demande l'intervention directe du/de la médecin délégué·e.



### LES ACTES DÉLÉGUÉS À L'IDE DANS LE CADRE DU PROTOCOLE DE COOPÉRATION :

- **repérage** des patient·e·s nécessitant une hospitalisation pour sevrage rapide ou une prise en charge différée,
- **interprétation** des résultats des échelles cliniques validées (Cushman, AUDIT, DSM 5),
- **prescription** des examens (biologiques, ECG, éthylo-test),
- **interprétation** des résultats des examens biologiques,
- **orientation** vers le mode de prise en charge adapté.



### LES SITUATIONS DANS LESQUELLES APPELER LE/LA MÉDECIN DÉLÉGUÉ·E

(cf. Annexe p. 36 : Fiche mémo) :

- inéligibilité ou refus du protocole,
- situation d'urgence,
- dégradation de l'état de santé somatique ou psychiatrique du/de la patient·e,
- interprétation ECG,
- doutes sur l'interprétation d'un examen ou sur l'orientation à proposer.

## 4 | ÉVALUATION

Pour permettre l'évaluation de la consultation, et pour chaque patient·e, l'IDE délégué·e complète le dossier de consultation et remet le questionnaire de satisfaction.

Cela permet notamment d'évaluer :

- le nombre de CAPU réalisées chaque année,
- le pourcentage de patient·e-s se présentant en CAPU et y étant éligible, ce qui peut permettre d'ajuster au besoin l'orientation faite depuis le SAU,
- le pourcentage d'intervention du/de la médecin déléguant·e sur les CAPU réalisées,
- les orientations préconisées,
- le taux d'acceptation de l'orientation proposée,
- la satisfaction des patient·e-s en fin de CAPU,
- le suivi du/de la patient·e, avec une échéance à 6 mois ou 1 an.

## 5 | CALENDRIER DU PROJET

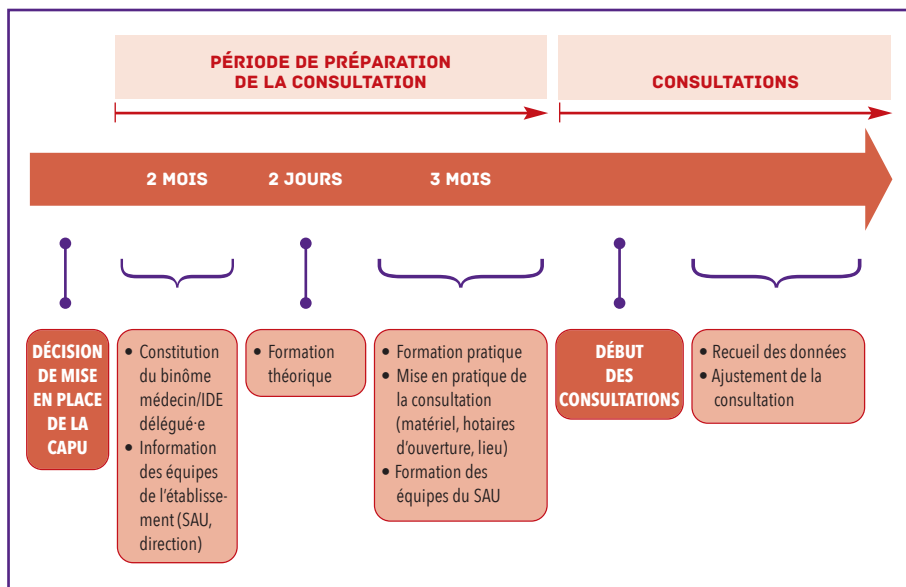


FIGURE 14 : CALENDRIER DU PROJET

## 1 | L'INTÉRÊT DE LA CAPU POUR LES ÉTABLISSEMENTS ENGAGÉS

Pour les équipes engagées dans le projet pilote, les intérêts principaux de la CAPU sont :

### Pour les établissements

- Participer à un projet innovant,
- Élargir l'offre de soins et proposer de nouveaux parcours de soins pour les patient·e·s,
- Créer du lien entre les services d'addictologie et les services d'accueil des urgences,
- Former les urgentistes au repérage des consommations d'alcool pour améliorer la prise en charge et éviter le recours récurrent au SAU,
- Systématiser le repérage et l'orientation vers la CAPU, notamment grâce à la fiche de liaison qui est maintenant régulièrement remise par le SAU aux patient·e·s repéré·e·s comme ayant des consommations à risque,
- Décharger le SAU en réorientant vers des filières spécialisées.

### Pour les IDE délégué·e·s

- Permettre la montée en compétences, valorisant et reconnaissant un travail déjà souvent effectué,
- Favoriser la gestion et la mise en place seul·e d'une consultation, renforçant l'autonomie et les compétences infirmières.

### Pour les médecins déléguant·e·s

- Décharger d'un temps médical soit pour diminuer le temps de travail soit pour le réorienter vers des situations plus difficiles.

### Pour les patient·e·s

- Faciliter l'accès à des consultations en addictologie, tant en matière de lieu que d'horaires d'ouverture et d'accessibilité sans rendez-vous,
- Favoriser l'aisance liée à une consultation infirmière pour se confier,
- Permettre la co-construction de l'orientation entre IDE et patient·e qui conduit à une probabilité élevée d'acceptation du parcours de soin identifié.

## LA CAPU À FERNAND-WIDAL/AP-HP

- 160 CAPU par an
- Une porte d'entrée vers les soins addictologiques pour plus de la moitié des patient-e-s
- Des patient-e-s présentant un trouble dû à l'usage d'alcool sévère (AUDIT moyen = 30) et ancien (10 ans)



Sur les patient-e-s reçu-e-s :

- 22 % sont hospitalisé-e-s d'urgence,
- 27 % se voient programmer une hospitalisation,
- 51 % se voient proposer un suivi ambulatoire.

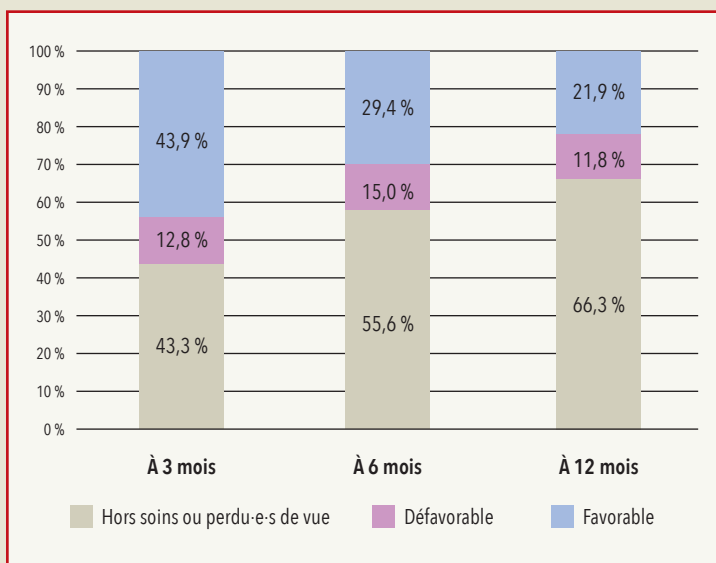


FIGURE 15 : SUIVI ET ÉVOLUTION DES PATIENTE-S REÇU-E-S EN CONSULTATION POST-URGENCE À FERNAND-WIDAL/AP-HP

.....,.....

## 2 | POINTS DE VIGILANCE

### 1 | Mobiliser le SAU

La mobilisation des urgentistes est impérative dans ce projet, car c'est sur eux/elles que repose le repérage et l'orientation vers la CAPU et donc *a fortiori sa pérennisation*. Il est donc primordial de prévoir, en amont de la mise en place de la consultation, des temps d'échange suffisants avec les urgentistes. Cela doit permettre de les mobiliser sur la question du repérage, les sensibiliser à l'importance de la prise en charge et les informer du rôle que joue l'alcool dans les admissions aux urgences. Des sessions de formations seront aussi nécessaires pour coordonner les actions des urgentistes avec celles du binôme de la CAPU, pour rassurer les urgentistes sur l'investissement que représente ce projet et anticiper les difficultés qui pourraient être rencontrées.

### 2 | Organiser la consultation

Pour mettre en place la consultation en elle-même, plusieurs éléments pratiques sont à anticiper, comme le fait de trouver un box de consultation fixe dans lequel mettre en place la CAPU, savoir où localiser cette consultation et notamment à quelle distance du SAU et/ou du service d'addictologie. Il est aussi nécessaire de réfléchir aux besoins de matériel pour réaliser les différents examens autorisés dans cette consultation et d'anticiper les horaires d'ouverture de la consultation, pour qu'elle soit ouverte suffisamment régulièrement pour les patient-e-s sans contraindre l'organisation des équipes.

### 3 | Trouver du temps

La nécessité de réorganiser les calendriers des parties prenantes, d'adapter les temps de formation, éventuellement en scindant les différentes séances, a aussi parfois été mentionnée comme un point de vigilance. Ainsi, prévoir des temps pour se former, pour créer la consultation, pour informer la direction, former les urgentistes, sont des éléments essentiels en amont du projet.

### 4 | Adhérer au protocole

Enfin, l'adhésion à un protocole de coopération est assez rare pour un établissement et la méthodologie est donc parfois méconnue, autant des établissements eux-mêmes que des ARS qui reçoivent ces inscriptions. L'adhésion au protocole a souvent été longue et difficile pour les établissements de santé. Un accompagnement du RESPADD a été nécessaire sur ce point également.

## 5 | Comprendre la CAPU

Une des réactions fréquentes des établissements intéressés par la CAPU était d'interroger la différence entre cette consultation CAPU et ce qui existait déjà par ailleurs, comme les infirmier·ère·s en pratique avancée ou les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA). Un temps est donc nécessaire pour bien expliquer le protocole de coopération et sa complémentarité avec l'existant.

## 6 | S'assurer de l'éligibilité

Un autre point de vigilance à anticiper dans le recrutement des établissements de santé est la validation des critères d'adhésion. En effet, pour répondre aux exigences du protocole de coopération, l'établissement ainsi que les professionnel·le·s investi·e·s doivent répondre à certains critères qui ne sont pas toujours vérifiés. Par exemple, rares sont les établissements avec à la fois un service d'accueil des urgences, des lits fléchés en addictologie et des IDE ayant au moins 3 ans d'expérience en addictologie.

## 7 | S'assurer d'une file active suffisante

Pour maintenir le niveau de compétence requis, les IDE délégué·e·s doivent assurer un minimum de 50 consultations annuelles. Si ce chiffre n'est pas atteint, un nouveau temps de formation sera impératif. Ainsi, il est important, avant de former des IDE, de vérifier que la file active puisse être suffisante pour pérenniser cette consultation.

---

# 3 | LEVIERS ET FACTEURS AIDANTS

Pour les établissements engagés, les principaux leviers permettant la mise en place du projet sont :

- la bonne communication et la bonne acceptation du projet par le SAU,
- l'engagement pluriprofessionnel des médecins addictologues, IDE, cadres et urgentistes,
- la volonté de la gouvernance (direction générale, direction des soins) de permettre la mise en place de ces consultations,
- la conviction de l'intérêt de cette prise en charge,
- l'habitude déjà existante des médecins de déléguer certains actes aux IDE,
- la présence de ressources, humaines et matérielles, existantes dans l'établissement,
- la disponibilité d'un box de consultation,
- l'anticipation et l'adaptation des différentes étapes,
- l'informatisation des outils et notamment du dossier de consultation,
- la communication avec le RESPADD et l'utilisation des ressources proposées.

## LES PRINCIPAUX RÉSULTATS DE LA PHASE PILOTE



### Sur le projet pilote :

- 10 établissements se sont engagés dans le projet CAPU, représentant 6 régions françaises ;
- 29 professionnel·le·s ont été formé·e·s, 11 médecins et 18 IDE ;
- 4 établissements ont commencé les consultations dans les délais prévus ;
- 4 établissements ont rencontré des difficultés retardant la mise en place du projet et sont en cours de déploiement ;
- 2 établissements ont été contraints d'interrompre, un temps au moins, la mise en place du projet en lien avec des difficultés internes (refonte du SAU, renouvellement des équipes, etc.).

En 2022, 46 dossiers de patient·e·s ont été collectés par les 4 établissements les plus avancés dans le projet.

Parmi les patient·e·s :

- l'âge moyen est de 45 ans ;
- 90 % sont des hommes ;
- la quasi-totalité répondait aux critères d'inclusion et a pu bénéficier de la consultation ;
- le score moyen obtenu à l'AUDIT est de 24, variant de 13 à 34 ;
- pour 78 %, l'orientation vers la CAPU a été faite dès la première venue aux urgences dans l'année ;
- dans 23 % des cas, l'intervention du/de la médecin a été nécessaire.

Plusieurs observations ont été émises par les établissements ayant mis en place la consultation. Ainsi, nous avons observé que la plupart des patient·e·s reçu·e·s en CAPU sont des patient·e·s s'étant présenté·e·s aux SAU pour leur consommation d'alcool ou des conséquences directes (chutes, alcoolisation sur la voie publique, etc.), voire explicitement pour demander de l'aide à ce sujet. Il est ainsi intéressant de questionner le repérage fait aux urgences, est-il suffisant pour que des patient·e·s accueilli·e·s pour une autre problématique puisse néanmoins aborder le sujet des consommations d'alcool ? Ce repérage est-il bien systématisé ou reste-t-il opportuniste ?

Pour les patient·e·s, l'orientation proposée en fin de CAPU a été acceptée dans la totalité des cas. Les orientations proposées sont en premier lieu des consultations avec un·e médecin addictologue, en deuxième le recours à une structure spécialisée, essentiellement un CSAPA, et enfin une hospitalisation pour sevrage ou le retour vers le/la médecin traitant·e.

Les patient·e·s ayant complété le questionnaire de satisfaction ont témoigné de leur appréciation de la consultation, de la prise en charge infirmière et de l'orientation proposée.



## IV | IDÉES REÇUES

### « NOTRE ÉTABLISSEMENT BÉNÉFICIE DÉJÀ D'UNE ELSA, LA CAPU N'APPORTERAIT RIEN DE PLUS. »



➤ CAPU et ELSA sont complémentaires pour plusieurs raisons :

- l'ELSA est, la plupart du temps, ouverte en semaine et dans la journée. Les patient·e·s présent·e·s le week-end ou la nuit ne peuvent alors souvent pas en bénéficier. La CAPU est ouverte sur des plages horaires régulières durant lesquelles les patient·e·s peuvent se présenter sans rendez-vous au moment qui leur convient ;
- en ELSA, ce sont les soignant·e·s qui se rendent auprès des patient·e·s. Dans la CAPU c'est l'inverse, la démarche est différente ;
- par ailleurs, le protocole de coopération régissant la CAPU permet la délégation d'actes à l'IDE qui ne sont pas pratiqués en ELSA.

### « IL EST PRÉFÉRABLE DE LOCALISER LA CAPU LOIN DU SAU. »



➤ Ni trop loin ni trop près. Nous avons remarqué avec les établissements pilotes que quand la CAPU est trop loin du SAU (dans une autre ville, un autre établissement) les patient·e·s s'y rendent moins, cela crée peut-être une discontinuité dans le parcours de soins, une occasion physique de s'en extraire pour ceux/celles qui ne seraient pas complètement convaincu·e·s. À l'inverse, organiser la CAPU trop proche du SAU serait confusant, car la CAPU n'est pas un service d'urgences et le/la patient·e peut s'y rendre dans les jours, semaines qui suivent son passage aux urgences. Il est donc préférable de dissocier physiquement CAPU et SAU.

Finalement, organiser la CAPU proche du service d'addictologie semble le plus cohérent et le plus pratique pour les patient·e·s et professionnel·le·s.

### « LA CAPU, C'EST CE QUE L'ON FAIT DÉJÀ DANS NOTRE ÉQUIPE. »

➤ La CAPU est une consultation unique, menée en autonomie par un·e IDE formé·e pour cela et qui se voit déléguer des actes médicaux qui sont normalement réservés au/à la médecin. Ça n'est pas ce qui est mis en place couramment en addictologie.



Si votre pratique se rapproche de celle de la CAPU, vous avez tout intérêt à adhérer au protocole, cela permettra de valider l'acquisition de compétences spécifiques pour l'IDE et de les valoriser financièrement.

## « EN CAPU, ON PEUT PRENDRE EN CHARGE UN·E PATIENT·E SOUFFRANT DE POLYCONSUMMATION. »



- ▶ Un·e patient·e souffrant de polyconsommation peut se présenter et être accueilli·e en CAPU. Néanmoins, seule la consommation d'alcool pourra être prise en charge dans ce contexte. S'agissant des autres consommations, un autre parcours de soins devra être mis en place. Si le/la patient·e se présente en CAPU explicitement pour être pris·e en charge pour une autre consommation, il est nécessaire d'appeler le/la médecin déléguant·e qui intervient alors.

## « SI ON MET EN PLACE UNE CAPU, IL VAUT MIEUX IMPLIQUER PLUSIEURS IDE DÈS LE DÉBUT. »



- ▶ La question d'impliquer plusieurs IDE dans un même établissement sur la CAPU, avec un·e ou deux médecins déléguant·e·s référent·e·s, s'est posée à plusieurs reprises. En effet, cela permet d'élargir les horaires d'ouverture, de répartir le travail entre plusieurs personnels, de permettre des échanges entre IDE et aussi de s'assurer de la pérennité des consultations si un·e IDE quittait l'établissement. Néanmoins, un problème majeur se pose. Pour maintenir le niveau de compétence requis pour une IDE CAPU, il est nécessaire de mettre en place une activité minimale de 50 CAPU par an. Ainsi, avant même de connaître la file active de sa CAPU, il est difficile de savoir si suffisamment de patient·e·s se présenteront pour deux IDE ou plus. Dans un premier temps, il est sans doute préférable d'investir un·e IDE ou d'être certain d'une file active suffisante.

## « METTRE EN PLACE UNE CAPU CONTRAINT À RÉDUIRE UNE PARTIE DE NOTRE ACTIVITÉ ACTUELLE. »



- ▶ L'activité générée par la CAPU ne doit pas nuire à une autre activité déjà en place dans l'unité. En effet, lorsqu'un·e patient·e se présente à l'accueil de l'établissement pour la CAPU, l'IDE est prévenu·e et indique en retour le temps d'attente en fonction de son activité en cours. Ainsi, nul besoin de contraindre son agenda sur les plages horaires d'ouverture de la CAPU, l'IDE organise son temps comme auparavant en s'assurant simplement de pouvoir se rendre disponible rapidement si un·e patient·e se présente pour la CAPU. Il faut donc néanmoins que l'IDE délégué·e et le/la médecin déléguant·e soient présent·e·s sur site aux horaires d'ouverture de la CAPU.

### « NOS IDE POSSÈDENT DÉJÀ LES COMPÉTENCES DEMANDÉES DANS LA CAPU, PAS BESOIN D'UNE FORMATION SPÉCIFIQUE. »

- Pour déployer la CAPU, il est obligatoire de suivre la formation adéquate qui permet l'adhésion au protocole. Sans cette formation, les actes permis par la CAPU ne sont pas autorisés à l'IDE et la consultation ne peut pas être mise en place.



En revanche, il est tout à fait possible que les IDE exerçant dans votre service soient déjà compétent·e·s pour accompagner des patient·e·s souffrant d'un TUA, la formation permettra alors d'officialiser l'acquisition de ces compétences et de les mettre à jour.

### « LA MISE EN PLACE DE LA CAPU PERMET DE FINANCER UN NOUVEAU POSTE IDE. »

- Mettre en place la CAPU ne signifie pas obtenir des financements pour le faire. Le seul apport financier prévu par le protocole de coopération est la valorisation du travail infirmier.

Il est toutefois possible, et cela a été le cas pour certains établissements, de demander un soutien financier, à son ARS notamment, pour l'embauche d'un·e IDE ayant le profil demandé pour la CAPU et permettant ainsi sa mise en place.



### « SI UN·E PATIENT·E N'EST PAS ÉLIGIBLE À LA CAPU, ON APPELLE LE/LA MÉDECIN TRAITANT·E QUI PROPOSE AU/À LA PATIENT·E UNE PRISE EN CHARGE CLASSIQUE. »

- En effet, si le/la patient·e ne répond pas aux critères d'inclusion de la CAPU, ou refuse la prise en charge selon ce protocole, l'IDE délégué·e appelle le/la médecin déléguant·e qui propose alors au/à la patient·e le retour vers un parcours de soins classique et par exemple la prise d'un rendez-vous pour une consultation médicale.



### « UN DEUXIÈME RENDEZ-VOUS EN CAPU EST UNE DES ORIENTATIONS POSSIBLES EN FIN DE PREMIÈRE RENCONTRE. »

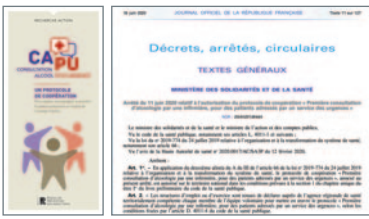

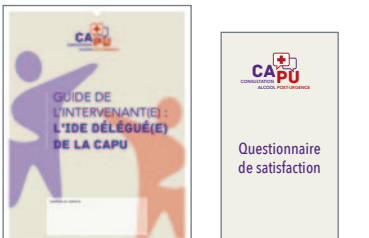

- La CAPU est une consultation unique d'orientation qui ne peut jamais être suivie d'une seconde, sans quoi la situation échappe au cadre du protocole de coopération.

Les orientations possibles en fin de CAPU sont :

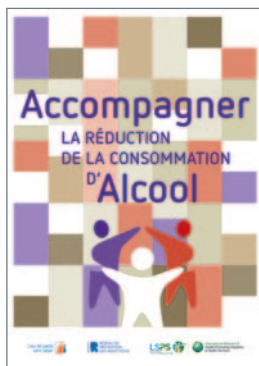
- l'hospitalisation programmée,
- la prise en charge ambulatoire,
- la prise en charge par le/la médecin traitant·e ou les professionnel·le·s de santé de ville.



## 1 | LES RESSOURCES DU RESPADD SPÉCIFIQUES À LA CAPU

OBJECTIF	OUTIL	PUBLIC CIBLE	VISUEL
Information	Protocole de coopération	Directions, professionnel-le-s de santé en addictologie et professionnels de santé du SAU	
	Document de présentation		
	Dépliant CAPU	Directions hospitalières	
	Lettre d'information		
Déploiement des consultations	Affiche	Binôme médecin déléguant-e/IDE délégué-e	
	Fiche mémo	IDE délégué-e-s	
	Dossier de consultation	Binôme médecin déléguant-e/IDE délégué-e	
	Fiche de compte rendu des consultations	Binôme médecin déléguant-e/IDE délégué-e	
	Fiche d'orientation des patient-e-s depuis le SAU	Professionnel-le-s de santé du SAU	
	Fiche d'orientation des patient-e-s depuis la CAPU	Binôme médecin déléguant-e/IDE délégué-e	
Suivi des formations	Guide de l'intervenant-e	IDE délégué-e-s	
	Diaporama de formation	Binôme médecin déléguant-e/IDE délégué-e	
Évaluation	Questionnaire de satisfaction patient-e-s	Patient-e-s reçu-e-s en CAPU	
	Questionnaire de satisfaction des IDE	IDE délégué-e-s	

## 2 | LES RESSOURCES COMPLÉMENTAIRES DU RESPADD



### LE LIVRET « ACCOMPAGNER LA RÉDUCTION DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL »

- À destination des patient·e·s/du grand public.
- À remettre en fin de consultation.

Regroupe des informations clés sur les risques de la consommation d'alcool, des possibilités d'évaluation de son niveau de dépendance et des astuces pour réduire sa consommation.



### LE QUESTIONNAIRE AUDIT

- À destination des patient·e·s/du grand public.
- À remettre en amont de la consultation.

Permet de réfléchir à sa consommation et à ses conséquences, d'évaluer son niveau de dépendance et d'engager un changement de consommation.

## 3 | D'AUTRES RESSOURCES DISPONIBLES



# ANNEXE

## Fiche mémo



Médecin déléguant

Nom/Prénom :

N° :

### FICHE MÉMO IDE CAPU

#### LES CRITÈRES D'INCLUSION DU PATIENT



##### CRITÈRES D'INCLUSION

- Être majeur(e),
- Avoir consulté le service d'accueil des urgences et avoir été orienté(e) vers la CAPU,
- Avoir un trouble lié à l'usage d'alcool diagnostiqué,
- Ne pas avoir été hospitalisé(e) ou orienté(e) vers un autre service/structure médicale, quel que soit le motif, à l'issue de l'hospitalisation aux urgences,
- Avoir été informé(e) du protocole de coopération et du mode de prise en charge et avoir donné son consentement éclairé.

##### CRITÈRES DE NON-INCLUSION

- Être mineur(e),
- Être majeur(e) protégé(e) (sauvegarde de justice, curatelle, tutelle, etc.),
- Être enceinte,
- Demander une prise en charge pour une autre substance que l'alcool,
- Refuser d'être pris(e) en charge dans le cadre de ce protocole,
- Présenter des signes de gravité, quels qu'ils soient, nécessitant une prise en charge immédiate par le médecin déléguant en vue d'un retour vers le service de médecine des urgences,
- Présenter des signes de pathologies psychiatriques décompensées et/ou de confusion.

#### LES SITUATIONS DANS LESQUELLES APPELER LE DÉLÉGUANT

La présence d'au moins un des critères ci-dessous impose de contacter le médecin déléguant.

\*\*\* Si le patient présente au moins un des critères de non-inclusion en CAPU (voir ci-dessus).

\*\*\* En cas d'urgence médicale :

- T° ≥ 39 °C,
- TA systolique ≥ 160 mm HG,
- TA diastolique ≥ 100 mm HG,
- FR ≥ 20 battements par minute,
- Saturation en oxygène ≤ 90 %,
- Amaigrissement important (> 20 % du dernier poids connu),
- Score de Cushman ≥ 14,
- Patient agité,
- Patient confus,
- Patient désorienté dans le temps et l'espace,
- EVA ≥ 6.

••• Si les résultats des examens complémentaires montrent :

- Anémie : Hb  $\leq$  12 g/dl,
- Hyper ou hypokaliémie par rapport aux normes du laboratoire,
- TP  $\leq$  70 %,
- Cytolyse  $\geq$  3 fois les taux normaux, soit chez les hommes ASAT > 90 U/l et ALAT > 105 U/l et chez les femmes ASAT > 75 U/l et ALAT > 90 U/l,
- Pancréatite aiguë biologique avec lipasémie > 3 fois la normale du laboratoire,

••• Si un ECG a été réalisé et doit être interprété.

••• À tout moment si :

- L'IDE délégué(e) a un doute sur l'interprétation des résultats et/ou sur la décision d'orientation,
- L'état de santé somatique ou psychiatrique du patient se dégrade.

### L'AUDIT

Pour l'AUDIT complet, une consommation problématique d'alcool est définie par un score :

- $\geq$  8 pour un homme,
- $\geq$  7 pour une femme.

### LE CUSHMAN

- Score < 7 : état clinique contrôlé
- Score 7 à 14 : sevrage modéré
- Score > 14 : sevrage sévère

### L'ORIENTATION

#### Hospitalisation programmée en médecine addictologique dans un délai court (< 15 j)

- Risque élevé de complication médicale lors du sevrage d'alcool,
- Antécédent de complication médicale lors d'un sevrage préalable,
- Et/ou score d'AUDIT > 30.

#### Prise en charge ambulatoire (HDJ, CSAPA, consultation)

- Absence de risque élevé de complication médicale lors du sevrage,
- Demande du patient d'un sevrage en ambulatoire,
- Et/ou 15 < score d'AUDIT < 30.

#### Prise en charge par le médecin traitant ou les professionnels de santé de ville

- Absence de complication médicale,
- L'objectif du patient n'est pas l'abstinence dans l'immédiat,
- Et/ou 8 < score d'AUDIT < 15,
- Médecin/structure plus proche du domicile du patient.

  
**CAPU**  
CONSULTATION  
ALCOOL POST-URGENCE



RESPADD  RÉSEAU DE  
PRÉVENTION  
DES ADDICTIONS

RESPADD | Réseau de prévention des addictions  
[contact@respadd.org](mailto:contact@respadd.org)  
[commande@respadd.org](mailto:commande@respadd.org)  
[www.respadd.org](http://www.respadd.org)



ISBN 978-2-490727-14-8

