Centre d'Accueil et de Crise

Une solution concrète à la crise de la santé mentale : des unités à développer sur Paris

Sommaire

Introduction …… 3
Contexte …… 3
Nécessité de développer les CAC …… 4
Une spécificité parisienne à prendre en compte …… 5
Fonctionnement du Centre d'Accueil et de Crise …… 6
Présentation type de l'unité …… 7
Base commune …… 7
Généralités …… 8
Réseau de l'intervention de crise …… 9
Les différents rôles et professions …… 10
Infirmier·e DE et Aide-Soignant·e …… 10
Psychologue …… 13
Psychiatre …… 15
Assistant·e de service sociale …… 17
Secrétaire …… 19
Agent de Service Hospitalier …… 21
Cadre de proximité …… 23
Autres professions …… 25
Le parcours patient …… 27
Le parcours patient dans un secteur sans CAC …… 27
Le parcours patient dans un secteur avec CAC …… 28
Les bénéfices attendus pour le patient et son entourage …… 30
Un parcours de soins coordonné à l'échelle parisienne …… 30
Parcours patient en situation de crise …… 31
Illustration concrète …… 32
Conclusion …… 35

Introduction :

Contexte

Jamais les troubles psychiques n'ont autant été évoqués dans le débat public. Jamais les pouvoirs publics n'ont autant insisté sur la nécessité de prévenir les crises, d'intervenir plus précocement, de rapprocher les soins des besoins, mais sans propositions cohérentes.

La santé mentale a été déclarée Grande Cause nationale pour les années 2025 et 2026 en France, sous le label « Parlons santé mentale ! » dans un contexte où :

- Près d'une personne sur cinq est concernée par un trouble psychique chaque année en France.
- Un jeune sur deux entre 18 et 24 ans est affecté par un problème de santé mentale.
- Une personne sur quatre a le sentiment de ne pas prendre soins de sa santé mentale.
- Un salarié sur quatre se dit en mauvaise santé mentale.
- Une personne sur quatre va souffrir d'un trouble mental dans sa vie. Et je ne vais pas citer toutes les statistiques, sinon on y sera encore demain.

Ces chiffres sont alarmants et en aggravation années après années. Il existe pourtant des moyens d'améliorer cette situation. En effet, le développement des trois domaines de prévention et l'orientation que proposent les Centres d'Accueil et de Crise (CAC) sont des réponses simples et appropriées.

Nécessité de développer les Centres d'Accueil et de Crise (CAC)

Un CAC, est une petite unité psychiatrique. Moins de 10% des secteurs possède un Centre d'Accueil et de Crise. Ils sont méconnues donc, car malheureusement insuffisamment nombreux. Avec un modèle différent du classique et purement médical «signes, diagnostic, traitement», le personnel se recentre d'abord sur «l'accueil» des personnes en souffrance psychique.

Les Centres d'Accueil et de Crise sont ouverts en permanence 7j/7, 24h/24. Ils sont situés dans le ou les secteur(s) desservi(s) ou à leur proximité immédiate. Ils assurent tout de même une évaluation clinique, diagnostic, et mise en place d'un traitement et de soins. Ils impliquent la mobilisation d'une équipe pluriprofessionnelle qui dispense tout un panel de soins ; consultations et entretiens d'évaluation, éventuellement renouvelés, accueil à temps partiel structuré, voire hospitalisation temps plein préférentiellement en service libre, rarement sous contrainte si le tableau clinique l'exige dans une unité qui reste ouverte (et gardant toujours comme objectif la levée rapide de la contrainte, grâce à la mise en confiance dans les soins).

Les CAC ont une efficacité dans plusieurs registres :

1) Ils assurent un effet direct dans les situations d'urgences psychiatriques. Cet outil de prévention secondaire vise à diminuer la portée des risques par une plus grande précocité de l'accès aux soins. La proximité, l'accès direct, la gratuité et la permanence de l'accueil sans conditions, ni programmation en sont les moteurs.

2) Ils permettent de réduire dans une forte proportion le flux des situations psychiatriques jugées urgentes dans les SAU ou le CPOA pour les secteurs concernés.

3) Ils diminuent sensiblement le recours à l'hospitalisation plein temps par leur capacité à mobiliser instantanément une équipe pluriprofessionnelle formée à l'urgence et à la post urgence via des modalités de suivi ambulatoire intensif ("revenez demain").

4) En cas de recours inévitable à une d'hospitalisation à temps plein, le lien initié en situation de crise permet de limiter, sinon d'éviter, le recours aux soins sans consentement. En général, les patients semblent sensibles à cette proposition de prise en charge sur le même site et à proximité de leur domicile.

5) L'articulation étroite avec les secteurs psychiatriques favorise les orientations rapides et adaptées aux modalités de soins les plus adéquates. Pour mémoire, près de 70% de patients orientés par les SAU vers les CMP de secteurs, accompagnés le plus souvent d'un simple courrier d'adressage, n'arrivent jamais dans le lieu de soin qui leur est proposé. Alors qu'à l'inverse, depuis un CAC, le lien se fait sur tout le secteur avec accompagnement même vers les CMP par exemple.

En somme un CAC répond à ces 4 principes simples :

- Proximité : dans la ville, au plus près de la population.

- Permanence de l'accueil : ouvert jour et nuit, toute l'année.

- Prévention : accueillir les situations de crises au plus tôt, identifier de façon précoce les signes d'alerte, le contexte, et les leviers afin de proposer des soins le plus en amont possible de la maladie psychiatrique déclarée.

- Orientation : vers le lieu de soin le plus adapté.

Le meilleur moyen de désengorger les urgences médicales et psychiatriques semble bien de développer la capacité d'accueil au plus près de la population et d'aider tous les secteurs à mettre en place un CAC par secteur (arrêté du 4 juillet 2025) pour **Organiser** à **Proximité,** la **Prévention** et les soins, accessibles en **Permanence**.

C'est ce que rappelle la Recommandation n° 7 de la mission d'information parlementaire sur la prise en charge des urgences psychiatrique de décembre 2024.

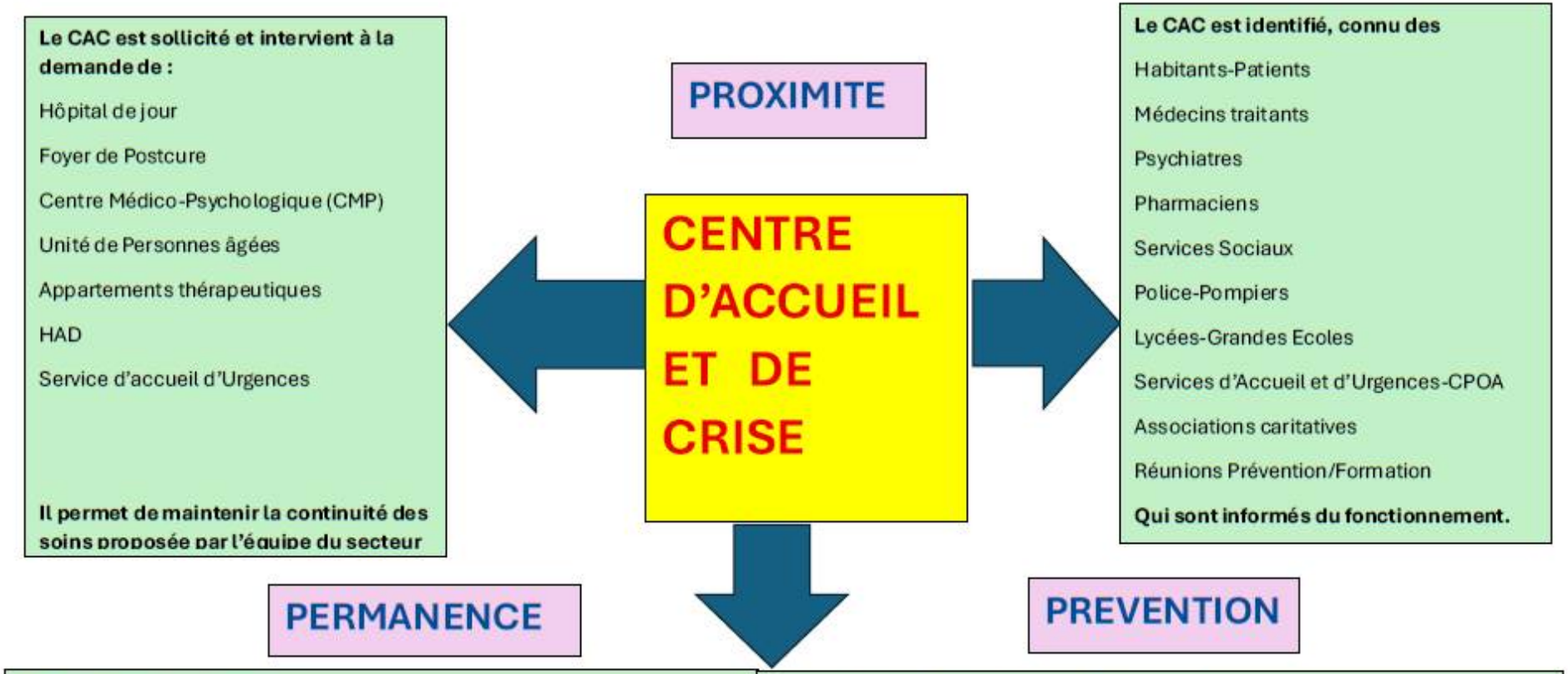
Une spécificité parisienne à prendre en compte

Le contexte parisien présente une particularité qui mérite d'être prise en compte dans la réflexion sur le développement des Centres d'accueil et de crise (CAC). **La vie en solitaire y est particulièrement fréquente** : une part importante des ménages parisiens est constituée d'une seule personne. Cette réalité démographique et sociale peut renforcer les situations d'isolement et modifier les conditions dans lesquelles survient et se gère une situation de crise. Lorsqu'une personne vit seule, elle dispose souvent de moins de ressources immédiates dans son entourage pour repérer une dégradation de son état, l'accompagner dans ses démarches ou faciliter un recours précoce aux soins. Cette spécificité renforce donc l'importance de disposer de **lieux de proximité, facilement identifiables et directement accessibles**, capables d'accueillir une personne au moment où elle en a besoin.

Le développement des CAC à Paris prend une dimension particulière. Il ne s'agit pas seulement de créer une réponse supplémentaire à la crise psychiatrique, mais de proposer **un point d'appui de proximité dans une ville où l'isolement peut rendre plus difficile l'accès spontané aux soins et le maintien du lien avec les dispositifs de secteur**.

Paris dispose par ailleurs déjà de plusieurs expériences de CAC qui constituent des **points d'appui et des modèles reproductibles**. Ces dispositifs offrent une expérience concrète de l'accueil et de la prise en charge des situations de crise et peuvent permettre de construire, à partir de l'existant, un modèle adapté aux différents secteurs de soins psychiatriques parisiens. **L'enjeu est désormais de s'appuyer sur ces expériences pour développer une offre cohérente, accessible et territorialisée à l'échelle de Paris.**

FONCTIONNEMENT D'UN CENTRE D'ACCUEIL ET DE CRISE



Présentation type de l'unité

Base commune

Lieu : au sein du secteur psychiatrique dont il dépend / doit se situer dans le bassin de vie des patients – proche et accessible

Sous la tutelle d'un ou deux secteurs de psychiatrie publique

Personnel essentiel : Psychiatre – IDE – Cadre de santé – Secrétariat – Assistance social – Psychologues – Agent de Service Hospitalier

Personnel envisageable : Pair-aidant – Éducateur spécialisé – Ergothérapeute – Psychomotricien – Art-thérapeute

Outils informatique : Logiciels interne aux structures hospitalières dont il dépend :

En exemple ceux du GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences :

LOGICIEL	FONCTION
Hôpital Manager Logon	Logiciel principal : entrées, transmissions, pancarte et plan de soins (traitements et surveillances) Commande hôtellerie et matériel
Copilote	Commande des traitements à la pharmacie du GHU
Winrest	Commande des repas
Qualnet	Logiciel interne (FEI, gestion documentaire)
Intranet	Réseau interne - Uniquement avec mail GHU
Cyberlab	Logiciel d'accès au résultat de laboratoire du GHU

Généralités

Le CAC est une unité de soins crée pour accompagner le patient **au plus près de son domicile** en préservant son inscription dans son environnement socio-culturel, dès l'apparition des premiers symptômes. Les soins y sont dispensés par une équipe pluridisciplinaire qui est formé à l'**accueil** des situations de crise psychiatrique.

Différents types et séquences de prise en charge sont possibles. Voici les principales, qui peuvent se réaliser dans tout ordre grâce à la **capacité d'adaptation et à la souplesse d'organisation** que permet le CAC :

- Des **consultations programmées ou en urgence**, à tout moment ou sur rendez-vous, auprès d'un·e IDE selon le contexte de l'urgence ressentie : entretien au téléphone, sur site, voire à l'occasion d'une visite à domicile. Cette première évaluation permettra de poser l'indication d'une consultation médicale avec un psychiatre si nécessaire. Ces entretiens avec les patients peuvent impliquer l'entourage proche.

- Une prise en charge à **temps partiel**, peut être intensive, avec des entretiens infirmiers/médicaux/psychologiques, la dispensation d'un traitement, d'un repas thérapeutique, ou bien de l'accompagnement à l'extérieur ou à domicile.

- Un accueil avec possibilité d'une **hospitalisation à temps plein** pour une courte période (de 3 à 7 jours en moyenne) dans une petite unité de quelques lits adaptée pour la crise (entre 3 et 8 lits).

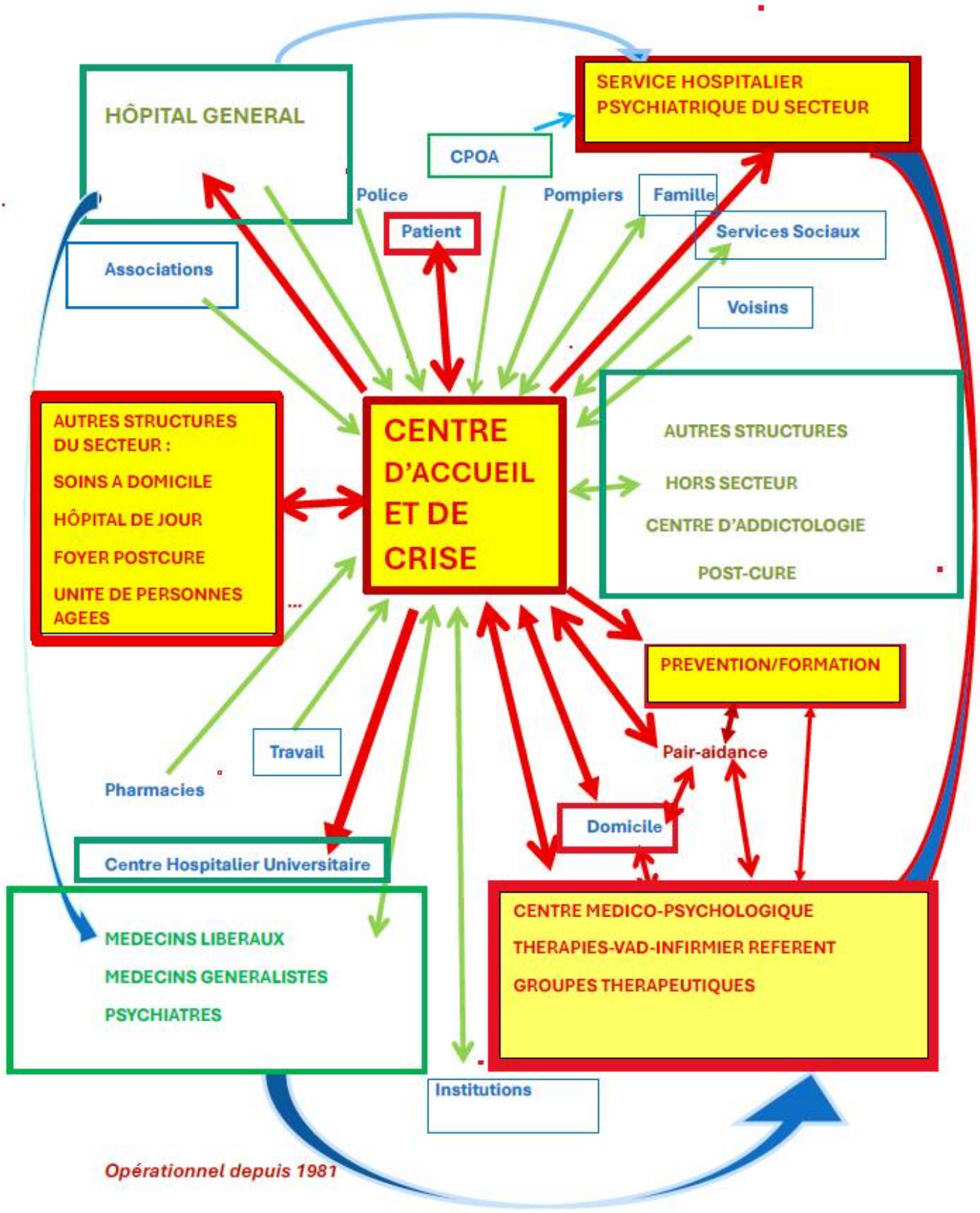
- Une **orientation** du patient vers la structure de soins la mieux adaptée pour la suite (hospitalisation temps plein, Hôpital de Jour, CMP, psychiatre traitant, CSAPA, foyer …). Un **accompagnement** par les soignants vers ces unités maintien la continuité des soins.

- **Aller-vers** : les personnels des CAC font un travail spécifique ambulatoire quand c'est nécessaire en essayant au mieux de ne pas être intrusif pour autant. Aller au domicile des usagers de soins peut parfois aider.

- Un travail de **prévention** des rechutes et d'échanges cliniques avec des réunions régulières sur le secteur (CMP et intra-hospitalier principalement) possiblement en visioconférence entre les équipes.

- Pour l'amélioration de la qualité des prises en charges assurées par les CAC, il est aussi possible d'envisager une **diversification des modalités d'accueils et de soins**, moins prioritaire, comme la mise en place d'activités thérapeutiques complémentaires en individuel ou en groupes : comme une approche corporelle (jonglage, relaxation, ancrage ...) avec un psychomotricien, le développement personnel avec un art-thérapeute, un accompagnement de certaines démarches administratives avec l'assistante sociale ou bien des ateliers ayant une dimension socio-thérapeutique avec des IDE.

LE RESEAU DU CENTRE D'ACCUEIL ET DE CRISE



Les différents rôles et professions :

Infirmier·e DE et Aide-Soignant·e

Les infirmiers diplômés d'État et les aides-soignants occupent une place centrale dans le fonctionnement du CAC. Ils assurent l'accueil, l'accompagnement et le suivi quotidien des patients, contribuent à l'évaluation de leur état clinique et participent à la prévention des situations de crise. Leur présence régulière permet de maintenir un lien de confiance avec les patients, de repérer précocement les signes de déstabilisation et de favoriser la continuité des soins.

En collaboration étroite avec les autres professionnels de l'unité, ils participent à une prise en charge globale, individualisée et coordonnée. La complémentarité entre IDE et AS permet d'articuler les soins techniques, la surveillance clinique, l'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne et les interventions relationnelles. Elle contribue également à soutenir le travail médical et à favoriser une réponse adaptée aux besoins des patients.

- **L'accueil et l'évaluation initiale des patients :** Les IDE participent à l'accueil des patients, à l'évaluation de leur demande et au repérage de leurs besoins immédiats. Ils recueillent les éléments cliniques pertinents, évaluent le degré de vulnérabilité et identifient les éventuels signes de crise ou de décompensation. En lien avec le psychiatre et l'équipe pluridisciplinaire, ils contribuent à déterminer les modalités de prise en charge les plus adaptées. Les AS participent à la qualité de l'accueil, à l'installation des patients et à leur accompagnement dans les espaces de vie de l'unité.
- **Les entretiens infirmiers :** Les IDE réalisent des entretiens formels ou informels, ponctuels ou inscrits dans un suivi régulier. Ces entretiens permettent d'abord d'instaurer l'alliance thérapeutique, d'évaluer les besoins, de recueillir la parole du patient, d'observer l'évolution de son état psychique, de repérer les facteurs de vulnérabilité. Ils contribuent à la réévaluation des objectifs de soins et à l'orientation vers les professionnels ou les dispositifs les plus adaptés. Ils permettent également de soutenir les patients dans les périodes de fragilité et de prévenir les ruptures de suivi.
- **Les entretiens en binôme et le travail clinique partagé :** Les IDE réalisent des entretiens en binôme avec les psychiatres, les psychologues ou d'autres professionnels lorsque la situation le nécessite. Ces temps permettent de croiser les observations, de mieux comprendre les difficultés rencontrées et de construire des réponses thérapeutiques adaptées. Les AS peuvent également apporter leurs observations issues de l'accompagnement quotidien, contribuant ainsi à une compréhension plus globale de la situation du patient.
- **Les entretiens téléphoniques et la continuité du lien :** Les IDE assurent des échanges téléphoniques avec les patients et/ou l'entourage, dans le cadre de suivis programmés ou de demandes ponctuelles ou spontanées. Ces échanges permettent d'écouter, de soutenir, de rassurer et d'évaluer l'évolution de la situation clinique. Ils contribuent au repérage des signes de dégradation, à la réévaluation des besoins et, si nécessaire, à l'organisation

d'une consultation ou d'une orientation. Ils participent ainsi au maintien du lien thérapeutique et à la prévention des ruptures de prise en charge.

- **Les visites à domicile et les accompagnements extérieurs :** Les IDE peuvent réaliser des visites à domicile ou des accompagnements en lien avec les autres professionnels du secteur, selon les indications cliniques et l'organisation du service. Ces interventions permettent d'appréhender les conditions de vie du patient, de mieux comprendre son environnement et de soutenir la continuité des soins. Elles peuvent être particulièrement utiles lors d'une fragilisation clinique, d'une rupture de suivi ou d'un retour à domicile nécessitant un accompagnement renforcé. Les interventions en urgence sont organisées selon les procédures institutionnelles et les ressources disponibles.
- **La prévention et la gestion des situations de crise :** Les IDE participent au repérage précoce des signes de décompensation, des risques suicidaires, des manifestations d'agitation ou de toute autre situation nécessitant une vigilance particulière. Ils évaluent la situation dans le cadre de leurs compétences, alertent le psychiatre et coordonnent avec l'équipe les premières mesures adaptées. Les AS contribuent à la prévention des tensions par une présence attentive, une observation du comportement et une transmission rapide des éléments préoccupants. L'ensemble des professionnels participe à la mise en œuvre des conduites à tenir définies par l'unité, afin de garantir la sécurité des patients, de leurs proches et des équipes.
- **Les traitements et les actes de soins :** Les IDE assurent l'administration et la surveillance des traitements prescrits, selon les besoins cliniques et les modalités de prise en charge. Ils participent à l'évaluation de l'efficacité, de la tolérance et de l'observance thérapeutique, ainsi qu'à l'information du patient sur son traitement. Ils réalisent également les actes relevant de leurs compétences, notamment les injections de traitements retard, les prélèvements sanguins et les électrocardiogrammes, lorsque ces actes sont indiqués et organisés au sein du CAC. Les AS contribuent au confort et à l'accompagnement des patients pendant les soins, dans le respect de leur champ de compétences.
- **L'éducation thérapeutique et l'accompagnement vers l'autonomie :** Les IDE accompagnent les patients et leur entourage dans la compréhension de leurs troubles, de leurs traitements et des facteurs susceptibles de fragiliser leur équilibre psychique. Ils favorisent l'identification des signes précoces de rechute et la connaissance des ressources mobilisables en cas de difficulté. Les AS participent à cet accompagnement par les échanges du quotidien, le soutien à l'autonomie et l'encouragement à la participation aux activités de l'unité.
- **Les repas thérapeutiques et les temps de vie collective :** Les IDE et les AS peuvent partager les repas avec les patients selon l'organisation du CAC. Ces moments constituent des temps privilégiés d'observation clinique, de relation et de médiation. Ils permettent de travailler les interactions sociales, de repérer les difficultés relationnelles ou comportementales et de favoriser un cadre collectif rassurant. Ils contribuent également à maintenir des repères quotidiens et à soutenir la participation des patients à la vie de l'unité.

- **L'hygiène et la propreté de l'environnement :** Les IDE et les AS assurent la propreté et l'entretien de l'environnement immédiat (réfection des lits, hygiène de la chambre, nettoyage et désinfection des bassins, des urinales, des chaises percées et du petit matériel de soin ...). Par ailleurs, quand cela est nécessaire, ils participeront à la réalisation des toilettes (au lit ou au cabinet de toilette), des soins d'hygiène bucco-dentaire, des soins liés à l'incontinence et de l'habillage et globalement à la prévention des infections en respectant les règles d'hygiènes.
- **L'observation clinique et les transmissions :** Les IDE assurent le suivi de l'évolution clinique des patients et veillent à la traçabilité des soins, des entretiens et des événements significatifs dans le dossier patient. Les AS apportent leurs observations concernant le comportement, l'autonomie, les habitudes de vie et les interactions des patients dans les espaces collectifs. La qualité des transmissions orales et écrites entre professionnels permet d'anticiper les difficultés, d'ajuster les accompagnements et de garantir la cohérence de la prise en charge.
- **Le lien avec les autres unités du secteur :** Les IDE participent à la coordination avec les CMP, les unités d'hospitalisation et les autres structures du pôle. Des interventions conjointes, des visites à domicile et des accompagnements peuvent être organisés afin de faciliter les relais et de limiter les ruptures de parcours. Cette collaboration est particulièrement importante lors d'une sortie d'hospitalisation, d'une orientation vers un suivi ambulatoire ou d'une réévaluation des besoins du patient. Les AS contribuent à la continuité de l'accompagnement au sein de l'unité et au partage des informations utiles dans le respect des règles professionnelles.
- **La participation aux réunions cliniques et institutionnelles :** Les IDE participent aux réunions d'équipe, aux synthèses cliniques et aux temps de coordination nécessaires au suivi des patients et au fonctionnement de l'unité. Ils contribuent à l'élaboration et à la réévaluation des projets de soins. Les AS sont associés aux réunions. La participation des différents métiers favorise une approche globale des situations et une meilleure cohérence des pratiques.
- **La participation à la vie institutionnelle et à l'amélioration des pratiques :** Les IDE et les AS contribuent à l'évolution du fonctionnement du CAC, à l'identification des difficultés organisationnelles et à l'amélioration continue de la qualité des soins. Ils participent à la mise en œuvre des protocoles, au respect des droits des patients et au développement d'un environnement accueillant, sécurisant et adapté aux besoins de chacun.

L'organisation du travail des IDE et des AS doit permettre de couvrir les différents temps d'activité du CAC, en tenant compte des accueils non programmés, des consultations, des suivis ambulatoires, des prises en charge à temps partiel et, le cas échéant, des patients hospitalisés à temps complet. Une présence soignante adaptée aux besoins de la journée et de la nuit est indispensable pour garantir la continuité des soins, la réactivité face aux situations de crise et la sécurité des patients.

Le schéma horaire privilégié pour les IDE est de **7 h 30** en journée, afin de favoriser la continuité des soins et les transmissions entre équipes. D'autres organisations,

notamment en journées de **10 ou 12 heures** et en nuits de **10 ou 12 heures**, peuvent être envisagées en fonction des contraintes de fonctionnement, des besoins de couverture et des choix institutionnels. Toute organisation doit permettre de préserver des temps suffisants pour les entretiens, les transmissions, la coordination clinique et les interventions non programmées.

L'effectif cible total est d'environ **quinze IDE**, dont environ un quart affecté aux postes de nuit. Cet effectif doit être ajusté en fonction de l'amplitude d'ouverture du CAC, de sa capacité d'accueil, du niveau de surveillance requis et des modalités de prise en charge proposées. Il doit également permettre de prendre en compte les congés, les absences, les formations et les besoins de remplacement.

L'effectif cible des AS est compris entre **zéro et cinq professionnels**, selon les besoins de l'unité, dans la mesure où ils peuvent compléter le besoin IDE. Leur intervention doit être pensée en complémentarité avec celle des IDE et adaptée aux missions réellement assurées au sein du CAC.

Une répartition des postes entre plusieurs unités du secteur peut être envisagée lorsque cela est pertinent, à condition de garantir une présence suffisante au sein du CAC et de préserver la continuité des prises en charge.

Exemple de répartition sur une journée :

- **6 h 45–14 h 15 :** deux IDE par jour.
- **7 h 30–19 h 30 :** un AS par jour.
- **13 h 45–21 h 15 :** trois IDE par jour.
- **21 h–7 h :** deux IDE par nuit.

Cette répartition constitue un exemple d'organisation à adapter à l'activité réelle, aux capacités d'accueil et aux besoins de surveillance. Elle doit être articulée avec les temps de transmission, les interventions non programmées et les exigences de sécurité, en veillant à ce que les effectifs présents soient suffisants pour assurer les missions prévues à chaque période.

Psychologues

La fonction des psychologues au sein du CAC repose sur plusieurs missions transversales et essentielles au fonctionnement de l'unité. Ils contribuent à l'évaluation et à l'accompagnement psychologique des patients, à l'élaboration clinique des situations complexes et au soutien des équipes soignantes. Leur présence favorise une approche pluridisciplinaire des prises en charge, en complémentarité avec les psychiatres, les infirmiers et les autres professionnels de l'unité.

- **Les consultations psychologiques :** Elles peuvent être proposées aux patients à la demande de l'équipe soignante, du psychiatre ou, selon les modalités définies dans l'unité, à la demande du patient lui-même. Elles permettent d'évaluer les besoins psychologiques, de proposer un espace de parole et d'élaborer un accompagnement adapté à la situation clinique. Ces consultations peuvent être ponctuelles ou s'inscrire dans un suivi thérapeutique.

- **La participation à l'accueil des patients :** Le psychologue peut participer à l'accueil et à l'évaluation initiale des patients en binôme avec un IDE ou un psychiatre. Ce travail permet de croiser les regards cliniques, de mieux comprendre la demande et le contexte de vie du patient, et de contribuer à son orientation vers la prise en charge la plus adaptée.
- **Les entretiens téléphoniques :** Ils permettent de maintenir un lien avec les patients, de leur proposer un soutien psychologique et d'évaluer leurs besoins dans certaines situations de vulnérabilité ou de crise. Ces entretiens peuvent être programmés dans le cadre d'un suivi ou proposés ponctuellement en fonction des besoins repérés par l'équipe, ou enfin spontané, en répondant à un appel téléphonique.
- **Les consultations psychologiques spécifiques :** Des consultations ciblées peuvent être développées en fonction des besoins de la population accueillie. Par exemple, un accompagnement spécifique peut être proposé aux étudiants confrontés à des difficultés psychologiques, ou aux patients parents de bébés, d'enfants ou d'adolescents. Ces prises en charge nécessitent une articulation avec les partenaires concernés, notamment les PMI, les crèches, les CMPP et les équipes de pédopsychiatrie, afin de favoriser une approche globale et cohérente des situations.
- **La prévention et le travail avec les partenaires extérieurs :** Les psychologues peuvent participer à des actions de prévention et de sensibilisation en collaboration avec les partenaires du territoire, notamment les municipalités, les établissements scolaires et les structures médico-sociales. Ces interventions contribuent au repérage précoce des difficultés psychiques, à la promotion de la santé mentale et à l'amélioration des parcours d'accès aux soins, faisant mieux connaître le CAC en particulier.
- **Les réunions d'élaboration clinique :** Les psychologues participent aux réunions pluridisciplinaires et aux temps d'élaboration clinique avec les équipes soignantes. Ils contribuent à l'analyse des situations complexes, à la compréhension des problématiques psychiques et relationnelles et à la réflexion autour des modalités d'accompagnement. Ces temps permettent de soutenir les équipes dans leur pratique et de favoriser une cohérence des interventions auprès des patients.
- **L'organisation et l'animation des réunions institutionnelles :** Les psychologues peuvent organiser, participer et animer les réunions institutionnelles de l'unité, idéalement sur un rythme hebdomadaire. Ces temps contribuent à la réflexion collective sur le fonctionnement de l'unité, les pratiques professionnelles, les difficultés rencontrées et les évolutions nécessaires du dispositif de soins.
- **L'articulation clinique et institutionnelle avec les autres unités du secteur :** Les psychologues participent au développement des liens entre le CAC, les CMP, les unités d'hospitalisation et les autres structures du pôle. Cette collaboration facilite les relais de prise en charge, le partage des éléments cliniques pertinents dans le respect du secret professionnel et la continuité des parcours de soins.
- **L'animation de groupes et de réunions spécifiques :** Les psychologues peuvent contribuer à la mise en place et à l'animation de dispositifs

spécifiques, tels que les réunions soignants-soignés, les groupes de parole ou d'autres espaces de réflexion collective. Ces dispositifs permettent de favoriser l'expression des patients, de soutenir leur participation à la vie de l'unité et de travailler les dynamiques relationnelles au sein du collectif.

L'organisation du temps de travail des psychologues doit permettre de concilier les consultations individuelles, les entretiens ponctuels, les réunions cliniques et institutionnelles, ainsi que les actions de coordination avec les partenaires extérieurs.

Deux postes de psychologues sont souhaitables afin de garantir une présence clinique régulière et de répondre aux besoins transversaux de l'unité. Un schéma horaire de **7 h 30** par journée de travail peut être privilégié pour faciliter la coordination avec les équipes soignantes et assurer une continuité des interventions sur les différents temps d'ouverture du CAC.

La répartition du temps de psychologue peut être partagée avec d'autres unités du secteur, en fonction des besoins et des ressources disponibles. Il est néanmoins souhaitable de garantir **au moins une présence de psychologue sur chaque demi-journée au sein de l'unité**, afin de maintenir un accès régulier à l'expertise psychologique, de soutenir les équipes et de faciliter les interventions auprès des patients nécessitant une évaluation ou un accompagnement spécifique.

Psychiatres

Le rôle du psychiatre est central dans une petite unité de psychiatrie ouverte. Il est responsable de la prise en charge des patients. Il assure l'évaluation clinique, définit et coordonne les projets de soins individualisés, en collaboration étroite avec les autres professionnels de l'unité. Il contribue à la stabilisation de l'état psychique des patients, à la prévention des décompensations et au maintien ou au retour dans le milieu de vie habituel. Il est coordinateur des soins médicaux.

- **Les consultations et entretiens psychiatriques :** Ils permettent d'évaluer l'état clinique du patient, de préciser ou réévaluer le diagnostic, d'apprécier l'évolution des symptômes, d'identifier les facteurs de vulnérabilité et de définir les objectifs thérapeutiques. Ces entretiens peuvent répondre à une demande ponctuelle, s'inscrire dans un suivi régulier ou intervenir dans un contexte de déstabilisation clinique et se font autant que possible en binôme avec IDE ou psychologue.
- **L'évaluation et l'orientation des patients :** Le psychiatre participe à l'évaluation des nouvelles demandes, détermine l'indication d'une prise en charge au sein de l'unité et adapte le niveau de soins aux besoins du patient. Il peut proposer un suivi ambulatoire, une prise en charge à temps partiel, un accompagnement renforcé ou une orientation vers une structure plus adaptée lorsque la situation clinique le nécessite.
- **L'élaboration et le suivi du projet de soins :** Le psychiatre définit, avec le patient et l'équipe pluridisciplinaire, un projet de soins individualisé précisant les objectifs thérapeutiques et les modalités de suivi. Ce projet est réévalué

régulièrement en fonction de l'évolution clinique, de l'autonomie du patient, de son environnement et de ses besoins.

- **La prescription et le suivi des traitements :** Le psychiatre prescrit et adapte les traitements médicaux en fonction de l'état clinique, de leur efficacité, de leur tolérance et des éventuels effets indésirables. Il assure la surveillance médicale nécessaire, demande les examens complémentaires pertinents et travaille avec les infirmiers sur l'observance, l'information du patient et l'éducation thérapeutique.
- **La gestion des situations de crise :** Le psychiatre évalue les situations de décompensation, les risques suicidaires, les manifestations d'agitation ou les autres situations nécessitant une intervention médicale rapide. Il définit la conduite à tenir avec l'équipe, adapte les modalités de soins et organise, si nécessaire, une orientation vers les urgences psychiatriques ou une hospitalisation. L'objectif est de prévenir autant que possible les ruptures de suivi et les hospitalisations évitables, tout en garantissant la sécurité du patient et de son entourage.
- **Les entretiens en binôme et le travail clinique avec l'équipe :** Le psychiatre réalise ses entretiens avec un infirmier, un psychologue ou un autre professionnel afin de croiser les observations, de mieux comprendre la situation du patient et de favoriser une prise en charge cohérente. Les échanges réguliers avec l'équipe permettent de partager les informations cliniques pertinentes, de repérer les signes précoces de décompensation et d'ajuster les interventions.
- **Le lien avec les familles et l'entourage :** Avec l'accord du patient et dans le respect du secret professionnel, le psychiatre peut rencontrer les proches afin de mieux comprendre le contexte de vie, d'apporter des éléments de compréhension sur les troubles psychiques et de soutenir l'entourage. Cette collaboration peut contribuer à prévenir les crises et à favoriser le maintien dans le milieu de vie.
- **La coordination avec les autres unités du pôle et les partenaires extérieurs :** Le psychiatre travaille en lien avec les CMP, les unités d'hospitalisation, les urgences psychiatriques, les médecins généralistes, les psychologues et les professionnels sociaux et médico-sociaux. Cette coordination facilite les relais de prise en charge, les sorties d'hospitalisation, l'accès aux ressources adaptées et la continuité des soins.
- **Les réunions cliniques et institutionnelles :** Le psychiatre participe aux réunions de synthèse, aux réunions pluridisciplinaires et aux temps institutionnels nécessaires au fonctionnement de l'unité. Il contribue à l'analyse des situations complexes, à la définition des stratégies thérapeutiques, à l'élaboration des projets de soins et à l'amélioration des pratiques professionnelles.
- **La participation à l'organisation médicale de l'unité :** Dans une petite structure, le psychiatre contribue à définir les priorités médicales, les modalités d'accès aux consultations, la gestion des demandes non programmées et les procédures à suivre en cas d'urgence. Il participe à

l'adaptation du fonctionnement de l'unité aux besoins de la population accueillie et aux ressources disponibles.

L'organisation du temps médical doit permettre de concilier les consultations programmées, les évaluations non programmées, les échanges avec l'équipe et la coordination avec les partenaires extérieurs. Dans une petite unité, la présence médicale régulière et l'identification de modalités de recours en cas d'absence ou d'urgence sont essentielles pour garantir la continuité et la sécurité des soins.

L'effectif médical cible doit être entre **2 et 4 ETP** sur des horaires de 9h à 18h, ainsi qu'une astreinte médicale prévue pour le soir et les week-ends. Ces médecins peuvent partager une part de leur temps avec les autres unités médicales du secteur.

Assistant·e de service sociale

La fonction de l'assistant de service social au sein du CAC répond à un besoin essentiel d'accompagnement des patients confrontés à des difficultés sociales, administratives, familiales ou professionnelles, particulièrement dans les situations de crise psychiatrique. Son intervention contribue à une prise en charge globale, en prenant en compte les conditions de vie du patient et leur impact sur sa santé psychique. En collaboration étroite avec les psychiatres, les infirmiers, les psychologues et les autres professionnels de l'unité, il participe à la prévention des ruptures de parcours, au maintien des droits et à la recherche de solutions adaptées aux besoins de chaque personne.

- **L'évaluation des besoins sociaux :** L'assistant de service social évalue la situation sociale, familiale, professionnelle, administrative et financière des patients accueillis. Il identifie les difficultés susceptibles de fragiliser leur équilibre psychique ou de compromettre leur prise en charge. Cette évaluation permet de définir les priorités d'intervention et de proposer un accompagnement adapté à la situation de crise et aux besoins repérés.
- **L'accompagnement social individuel :** Il accompagne les patients dans leurs démarches administratives et sociales, notamment concernant l'accès aux droits, les ressources financières, le logement, l'emploi, la formation, la protection sociale et les dispositifs d'accompagnement adaptés. Cet accompagnement vise à réduire les facteurs de vulnérabilité sociale et à favoriser la stabilisation de la situation personnelle du patient, en complémentarité avec les soins psychiatriques.
- **L'intervention dans les situations de crise :** L'assistant de service social intervient lorsque des difficultés sociales aggravent une situation de crise ou compromettent le maintien du patient dans son environnement habituel. Il contribue à rechercher des réponses rapides en cas de risque de rupture d'hébergement, de perte de ressources, d'isolement ou de difficultés familiales majeures. Son intervention permet de prendre en compte les dimensions sociales de la crise et de faciliter la mise en œuvre de solutions adaptées, en coordination avec l'équipe soignante.
- **L'accès aux droits et la prévention des ruptures de parcours :** Il veille à l'ouverture et au maintien des droits sociaux des patients, les accompagne

dans leurs démarches et facilite l'accès aux dispositifs de droit commun ou spécialisés. Il contribue notamment à prévenir les ruptures de droits, les difficultés d'accès aux soins et les situations de précarité susceptibles de compromettre la continuité du suivi psychiatrique.

- **Le lien avec les familles et l'entourage :** Lorsque la situation le justifie et dans le respect du cadre légal et du secret professionnel, l'assistant de service social peut accompagner les patients dans les difficultés rencontrées avec leur entourage. Il peut contribuer à identifier les besoins de soutien familial, à faciliter les démarches nécessaires et à orienter les proches vers les ressources appropriées.
- **La coordination avec les partenaires extérieurs :** Il assure une fonction d'interface et de médiation entre les patients, les services sociaux, les institutions et les organismes partenaires. Il développe les liens avec les services sociaux de secteur, les collectivités territoriales, les organismes de protection sociale, les structures d'hébergement, les dispositifs d'insertion et les associations. Cette coordination permet de mobiliser les ressources disponibles, de lever les obstacles administratifs et sociaux et de favoriser la mise en œuvre des accompagnements nécessaires.
- **Le travail en équipe pluridisciplinaire :** L'assistant de service social participe aux réunions cliniques et aux échanges avec les professionnels du CAC afin de contribuer à une compréhension globale des situations. Il peut participer aux entretiens en binômes. Il apporte un éclairage social sur les difficultés rencontrées par les patients et participe à l'élaboration de réponses coordonnées. Cette collaboration permet d'intégrer les enjeux sociaux au projet de soins et de mieux anticiper les difficultés qui pourraient entraver le suivi.
- **La préparation des relais et des orientations :** Il contribue à organiser les relais avec les services sociaux, les structures médico-sociales et les partenaires du territoire, notamment lors d'une sortie d'hospitalisation, d'un changement de dispositif de soins ou d'une évolution importante de la situation du patient. Il facilite la continuité de l'accompagnement social afin de limiter les ruptures de parcours et de favoriser la stabilité du patient dans son environnement.
- **La prévention et le développement des partenariats :** L'assistant de service social participe à des actions individuelles ou collectives à visée préventive et inclusive. Il contribue au développement des coopérations territoriales dans une logique de réduction des inégalités sociales et environnementales, d'amélioration de l'accès aux droits et de lutte contre l'isolement et l'exclusion.
- **Le respect du cadre professionnel et déontologique :** L'assistant de service social exerce ses missions dans le respect des principes éthiques et déontologiques de sa profession. Il est tenu au secret professionnel et veille au respect des droits, de la dignité, de l'autonomie et du consentement des personnes accompagnées. Il organise ses interventions de manière autonome, tout en maintenant une coordination étroite avec l'équipe pluridisciplinaire.

La présence d'un assistant de service social au sein du CAC est nécessaire pour répondre aux problématiques sociales rencontrées par les patients en situation de crise et permettre une prise en charge globale associant les dimensions sanitaires, psychologiques et sociales.

Un poste d'assistant de service social est souhaitable au sein de l'unité. La répartition du temps de travail peut être partagée avec d'autres unités du secteur, en fonction des besoins et des ressources disponibles. Toutefois, compte tenu de la spécificité des situations rencontrées au CAC, une présence régulière et identifiée au sein de l'unité est indispensable pour assurer la réactivité des interventions et la continuité des accompagnements.

Un temps de présence minimal correspondant à **un mi-temps**, organisé selon un schéma horaire de 7 h 30 par journée travaillée, peut constituer une première base de fonctionnement. **Un poste à temps plein est néanmoins préférable** afin de répondre aux besoins sociaux parfois urgents, d'assurer le suivi des démarches engagées, de développer les partenariats et de garantir une meilleure articulation entre les soins psychiatriques et l'accompagnement social.

Secrétaire

Le secrétariat occupe une place importante dans le fonctionnement du CAC. Il assure la gestion administrative de l'unité, contribue à la fiabilité des informations relatives aux patients et facilite la coordination entre les professionnels, les patients, les familles et les partenaires extérieurs. Il constitue un point d'appui indispensable à l'organisation des soins et permet aux équipes médicales et paramédicales de se consacrer davantage à leurs missions cliniques.

- **L'accueil téléphonique et l'orientation des demandes :** La secrétaire participe à l'accueil téléphonique des patients, des familles et des partenaires. Elle recueille les demandes, identifie leur nature et assure leur transmission aux professionnels concernés. Elle contribue ainsi à faciliter l'accès au dispositif, à fluidifier les échanges et à orienter les sollicitations vers les interlocuteurs adaptés, dans le respect de la confidentialité et des procédures de l'unité.
- **La gestion administrative des dossiers patients :** Elle assure la création, la mise à jour et le classement des dossiers administratifs des patients. Elle veille à la qualité, à la fiabilité et à la disponibilité des informations nécessaires au suivi des prises en charge, dans le respect des règles de confidentialité et d'accès aux données.
- **L'identitovigilance :** Elle participe à la vérification de l'identité des patients et des informations administratives les concernant, conformément aux procédures institutionnelles. Cette mission contribue à sécuriser les prises en charge, à prévenir les erreurs d'identification et à garantir la fiabilité des données enregistrées dans le dossier patient.
- **La gestion des agendas et des rendez-vous :** La secrétaire participe à la gestion et à la coordination des agendas des psychiatres, des psychologues

et des autres professionnels de l'unité. Elle aide à l'organisation des consultations, des rendez-vous et des programmations nécessaires à la prise en charge des patients. Elle contribue également à la gestion des modifications, des annulations et des demandes de rendez-vous non programmés, en lien avec les équipes soignantes.

- **La coordination médico-administrative :** Elle facilite l'organisation des activités médicales et paramédicales, notamment la programmation des consultations, des examens, des hospitalisations et des autres interventions nécessaires au parcours de soins. Elle assure la transmission des informations administratives utiles et contribue à la coordination entre les différents professionnels, unités du secteur et lien avec des cliniques si nécéssaire.
- **La rédaction et la mise en forme des documents :** La secrétaire participe à la conception, à la rédaction, à la saisie et à la mise en forme des courriers, comptes rendus, documents administratifs et autres supports nécessaires au fonctionnement de l'unité. Elle assure la frappe et la présentation des documents dans le respect des procédures institutionnelles et des règles de confidentialité.
- **La gestion du courrier et des documents :** Elle assure la réception, l'enregistrement, le tri, le traitement, la diffusion et l'archivage des courriers, dossiers et documents relevant de son domaine d'activité. Elle veille à leur transmission aux professionnels concernés et contribue à la bonne circulation de l'information au sein de l'unité.
- **La saisie des données d'activité :** Elle participe au recueil et à la saisie des données relatives à l'activité médicale et paramédicale, notamment les informations nécessaires au suivi de l'activité et au codage selon les procédures en vigueur. Cette mission contribue à la traçabilité des prises en charge, au suivi de l'activité du CAC et à la production des données nécessaires au pilotage de l'unité.
- **La participation à l'organisation des réunions :** La secrétaire contribue à la planification et à l'organisation des réunions institutionnelles, cliniques et pluridisciplinaires. Elle peut assurer la gestion des convocations, la réservation des salles, la préparation des documents nécessaires et le suivi administratif associé. Elle participe ainsi au bon fonctionnement institutionnel et à la coordination des équipes.
- **Le lien avec les patients, les familles et les partenaires :** Par sa position centrale dans l'organisation de l'unité, la secrétaire facilite les échanges entre les patients, leurs familles, les professionnels du CAC et les partenaires extérieurs. Elle contribue à la transmission des informations administratives utiles, à l'organisation des relais et à la fluidité des parcours, dans les limites de ses missions et du respect du secret professionnel.
- **La contribution au fonctionnement quotidien de l'unité :** La secrétaire participe à l'identification des besoins administratifs et organisationnels des patients et des familles. Elle contribue à l'amélioration des procédures, à la gestion des priorités et à l'organisation quotidienne du CAC, en collaboration étroite avec l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire.

La présence d'une secrétaire dédiée au CAC est indispensable pour garantir la continuité administrative, la fiabilité des dossiers patients et la coordination des activités de l'unité. Dans un dispositif accueillant des patients en situation de crise, cette fonction contribue également à fluidifier les demandes, à faciliter l'organisation des consultations et à améliorer la disponibilité des professionnels soignants.

Un poste de secrétaire à temps plein est souhaitable au sein de l'unité afin d'assurer une présence administrative régulière et de répondre aux besoins quotidiens du dispositif.

Le schéma horaire proposé est un temps plein **du lundi au vendredi, de 9h à 16h30**. Cette amplitude permet d'assurer la gestion des rendez-vous, le traitement des demandes administratives, la coordination des agendas et le soutien quotidien aux équipes médicales et paramédicales. Les modalités de remplacement et de continuité du secrétariat doivent également être anticipées en cas d'absence, afin de préserver le bon fonctionnement de l'unité.

Agents de service hospitalier

Les agents de service hospitalier occupent une place essentielle dans le fonctionnement quotidien du CAC. Ils contribuent au confort des patients, à la qualité de l'environnement de soins et au maintien de conditions d'hygiène adaptées. Au-delà de leurs missions logistiques et hôtelières, leur présence régulière au sein de l'unité favorise les échanges informels avec les patients et les autres professionnels. Ils participent ainsi à la qualité de l'accueil et à la vie collective de l'unité, en complémentarité avec les équipes soignantes.

- **L'entretien des locaux et des espaces de vie :** Les ASH assurent le nettoyage et l'entretien des chambres des patients hospitalisés à temps complet, des parties communes et des bureaux des professionnels. Ils veillent à maintenir un environnement propre, ordonné et accueillant, contribuant au confort des patients et aux bonnes conditions de travail des équipes.
- **Le respect des règles d'hygiène et de prévention des infections :** Ils réalisent les opérations de nettoyage et de bionettoyage conformément aux protocoles institutionnels en vigueur. Ils appliquent les règles d'hygiène, de prévention des infections associées aux soins et de gestion des produits d'entretien. Leur intervention participe à la prévention des risques infectieux et à la sécurité de l'environnement de soins.
- **La préparation et le service des repas :** Les ASH participent à la préparation et au service des repas, notamment du petit-déjeuner, du déjeuner et du dîner, en collaboration avec les infirmiers et les aides-soignants. Ils veillent au respect des règles d'hygiène alimentaire, à l'organisation des repas et aux conditions matérielles nécessaires à leur bon déroulement. Dans un CAC, les repas « thérapeutiques » constituent également des temps de vie collective qui favorisent les interactions sociales et contribuent au cadre institutionnel améliorant le lien de confiance entre usagers et soignants.
- **La participation à la vie collective et aux échanges informels avec les patients :** Par leur présence régulière dans les espaces communs et lors des

repas, les ASH entretiennent des échanges informels avec les patients. Ces interactions contribuent à créer un environnement accueillant et à favoriser le sentiment de familiarité au sein de l'unité. Sans se substituer aux missions des soignants, ils peuvent également signaler à l'équipe les difficultés ou les changements observés dans le quotidien des patients.

- **La gestion du linge :** Les ASH participent au tri, à la distribution et à la gestion du linge propre, conformément à l'organisation de l'établissement. Lorsque cela est prévu par les procédures de l'unité, ils peuvent également contribuer à l'entretien du linge personnel des patients hospitalisés qui ne disposent pas d'autres solutions, dans le respect des règles d'hygiène et de dignité.
- **La gestion des déchets :** Ils assurent la collecte, le tri et l'évacuation des déchets selon les filières adaptées et les protocoles institutionnels. Cette mission contribue à maintenir la propreté des locaux, à prévenir les risques sanitaires et à garantir le respect des règles de sécurité environnementale.
- **La gestion du matériel et des approvisionnements :** Les ASH peuvent participer à la réception et au rangement des commandes, à la gestion des produits d'entretien et à l'approvisionnement des espaces de vie. Ils contribuent également à la préparation et au rangement du matériel nécessaire au fonctionnement quotidien de l'unité, dans le respect de leurs compétences et des procédures en vigueur.
- **La participation à la vie institutionnelle de l'unité :** Une réelle intégration des ASH à la vie collective du CAC reste souhaitable, notamment par leur participation à certaines réunions institutionnelles ou à des réunions soignants-soignés. Cette participation permet de valoriser leur place dans l'équipe, de partager les observations issues de leur présence quotidienne et de renforcer la cohérence du fonctionnement collectif, dans le respect de la confidentialité et de leur périmètre professionnel.
- **La collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire :** Les ASH travaillent en lien étroit avec les infirmiers, les aides-soignants et les autres professionnels afin d'adapter l'organisation des tâches aux besoins de l'unité. Leur contribution est particulièrement importante pour assurer la continuité des activités hôtelières, maintenir un environnement adapté et faciliter le déroulement des activités quotidiennes.

L'organisation des ASH doit permettre de couvrir les principaux temps d'activité de l'unité, notamment l'entretien des locaux, la préparation et le service des repas ainsi que la gestion du linge et des déchets. Une présence répartie sur la journée est souhaitable afin de garantir la continuité des missions hôtelières et de maintenir un environnement accueillant pour les patients et les professionnels.

Le schéma horaire privilégié est de 7 h 30 par journée de travail. L'effectif cible total de **quatre ASH** est cohérent, afin de permettre une répartition des horaires, d'assurer les missions quotidiennes et de disposer d'une organisation suffisamment souple pour couvrir les besoins du CAC.

Exemple de répartition possible sur une journée :

- **7h–14h30 :** un ASH, pour assurer l'entretien des locaux, les activités du matin et la préparation des espaces de vie.

- **9h30–17h00 :** un second ASH, si les besoins de l'unité le justifient, afin de renforcer l'entretien, le service des repas et les tâches logistiques, sur un temps intermédiaire.
- **12h30–20h :** un dernier ASH, pour assurer les activités de l'après-midi, le service du dîner et la remise en état des espaces utilisés.

Cette organisation constitue une base de fonctionnement à adapter en fonction de la capacité d'accueil, de la présence de patients hospitalisés à temps complet, des besoins d'entretien et des contraintes institutionnelles. L'effectif cible de quatre agents doit également tenir compte des repos, des congés et des absences afin de préserver une couverture suffisante des missions essentielles.

Cadre de proximité

Le cadre de proximité occupe une fonction centrale dans l'organisation et le fonctionnement du CAC. Il assure l'encadrement des équipes, coordonne les activités quotidiennes et veille à la qualité, à la sécurité et à la continuité des prises en charge. En lien étroit avec le médecin responsable de l'unité, l'équipe pluridisciplinaire et l'encadrement supérieur du pôle, il contribue à la mise en œuvre du projet de service, à l'adaptation des organisations aux besoins des patients et au développement d'une dynamique collective. Dans une petite unité de psychiatrie ouverte, sa présence favorise la cohésion des professionnels, la réactivité face aux situations complexes et la fluidité des parcours de soins.

- **L'encadrement et l'animation des équipes :** Le cadre de proximité assure l'encadrement des professionnels placés sous sa responsabilité, notamment les infirmiers, les aides-soignants et les agents de service hospitalier, selon l'organisation institutionnelle. Il accompagne les équipes dans leurs missions quotidiennes, favorise la coopération interprofessionnelle et veille à la répartition adaptée des activités. Il contribue à instaurer un climat de travail propice à la communication, à la confiance et à la qualité des soins.
- **L'organisation et la gestion des ressources humaines :** Il participe à l'élaboration des plannings, à la gestion des absences, à l'organisation des remplacements et à l'adaptation des effectifs aux besoins de fonctionnement de l'unité. Il veille à la continuité des soins et à la présence de compétences adaptées aux différentes activités du CAC. Il contribue également à l'accueil des nouveaux professionnels, à l'encadrement des étudiants et à l'identification des besoins en formation.
- **La coordination de l'activité quotidienne :** Le cadre organise et coordonne les activités de l'unité en tenant compte des consultations, des accueils non programmés, des prises en charge à temps partiel, des suivis ambulatoires et des éventuelles situations de crise. Il facilite la circulation des informations, veille à la cohérence des organisations et soutient les équipes dans la priorisation des demandes et la gestion des situations imprévues.
- **La qualité et la sécurité des soins :** Il veille à l'application des protocoles, des procédures institutionnelles et des bonnes pratiques professionnelles. Il participe à l'identification des risques, à l'analyse des événements indésirables

et à la mise en œuvre d'actions d'amélioration. Il contribue notamment à la prévention des risques liés aux situations de crise, à la sécurisation des locaux et des pratiques, ainsi qu'au respect des droits et de la dignité des patients.

- **La participation à la gestion des situations complexes :** Le cadre accompagne les professionnels confrontés à des situations cliniques ou organisationnelles difficiles. En lien avec le psychiatre et l'équipe pluridisciplinaire, il contribue à organiser la réponse collective, à clarifier les conduites à tenir et à faciliter la mobilisation des ressources nécessaires. Il veille également à ce que les équipes disposent de procédures adaptées pour les situations urgentes et connaissent les modalités de recours aux structures partenaires.
- **L'articulation entre le projet médical et le projet de service :** Le cadre travaille en étroite collaboration avec le médecin responsable afin de traduire les orientations médicales en modalités organisationnelles concrètes. Il participe à la définition des objectifs de fonctionnement, à l'évolution des modalités de prise en charge et à l'adaptation du dispositif aux besoins de la population accueillie. Il contribue à maintenir un équilibre entre les exigences cliniques, les ressources disponibles et les contraintes institutionnelles.
- **La coordination avec les autres unités du secteur :** Le cadre favorise les liens avec les CMP, les unités d'hospitalisation et les autres structures du pôle. Il contribue à l'organisation des relais, à la fluidité des transitions entre dispositifs et à la coordination des interventions auprès des patients suivis par plusieurs équipes. Cette articulation est particulièrement importante pour limiter les ruptures de parcours et garantir la continuité des soins.
- **La gestion administrative et logistique :** Il participe au suivi des moyens matériels, des équipements, des locaux et des besoins logistiques de l'unité. Il veille à ce que les professionnels disposent des ressources nécessaires à leurs missions et coordonne les demandes auprès des services compétents. Il contribue également au suivi de l'activité, à la gestion des indicateurs pertinents et à la préparation des bilans nécessaires au pilotage du dispositif.
- **L'animation des réunions et de la dynamique institutionnelle :** Le cadre organise ou anime les réunions d'équipe, les temps de coordination et les réunions institutionnelles relevant de ses missions. Il favorise les échanges entre professionnels, la réflexion sur les pratiques et la résolution collective des difficultés rencontrées. Il contribue à renforcer la place de chaque métier dans le fonctionnement de l'unité et à développer une culture commune centrée sur les besoins des patients.
- **La conduite du changement et l'amélioration des pratiques :** Le cadre accompagne les évolutions organisationnelles, soutient les initiatives professionnelles et participe à la mise en œuvre de démarches d'amélioration continue. Il identifie les difficultés de fonctionnement, recueille les propositions des équipes et favorise l'évaluation des actions engagées. Il contribue ainsi à adapter le dispositif aux besoins émergents et aux orientations institutionnelles.
- **La communication avec les patients et les familles :** En complémentarité avec les professionnels soignants, le cadre peut intervenir dans certaines

situations nécessitant une médiation, une clarification de l'organisation ou une réponse institutionnelle. Il veille à la prise en compte des observations et des difficultés exprimées par les patients et leurs proches, dans le respect du cadre professionnel, des droits des usagers et de la confidentialité.

- **La participation aux instances et aux projets du pôle :** Le cadre assure le lien avec l'encadrement supérieur et participe aux réunions de coordination, aux groupes de travail et aux projets institutionnels qui concernent l'unité. Il contribue à faire remonter les besoins du terrain, à anticiper les difficultés organisationnelles et à inscrire le fonctionnement du CAC dans une dynamique cohérente à l'échelle du secteur ou plus largement du pôle.

La présence d'un cadre de proximité identifié est utile pour assurer le fonctionnement structuré, réactif et cohérent d'un CAC. La diversité des professionnels, la multiplicité des modalités de prise en charge et la nécessité d'une coordination étroite entre les activités cliniques, administratives et logistiques justifient un encadrement accessible et régulièrement présent dans l'unité.

Un temps de cadre complet dédié au CAC est souhaitable afin de garantir une connaissance fine du fonctionnement quotidien, de soutenir les équipes et d'assurer le suivi des projets et des problématiques organisationnelles. Selon la taille de l'unité et les modalités de mutualisation retenues, cette fonction peut être partagée avec d'autres unités du secteur, à condition de préserver une disponibilité suffisante et une présence identifiée auprès des professionnels.

Une présence régulière sur les jours ouvrés, avec des temps dédiés à l'encadrement, à la coordination clinique et institutionnelle, à la gestion des ressources humaines et au suivi de la qualité, constitue une organisation à privilégier.

Autres professionnels pouvant être envisagé au sein du CAC

D'autres professionnels peuvent contribuer à enrichir l'offre de soins du CAC en fonction des besoins des patients, du projet médical et des ressources disponibles au sein du pôle. Leur intervention, sans être systématiquement indispensable au fonctionnement initial de l'unité, permet de diversifier les approches thérapeutiques, de renforcer l'accompagnement global des patients et de favoriser leur rétablissement, leur autonomie et leur inclusion sociale.

- **L'ergothérapeute :** Il accompagne les patients dans le développement ou la restauration de leur autonomie dans les activités de la vie quotidienne. Il peut proposer des mises en situation, des activités adaptées et des accompagnements visant à identifier les difficultés fonctionnelles, à mobiliser les capacités préservées et à favoriser le maintien dans l'environnement habituel.
- **Le pair-aidant :** Fort de son expérience personnelle du rétablissement en santé mentale, il apporte un soutien complémentaire aux équipes professionnelles. Il favorise l'espoir, l'identification des ressources personnelles et la participation active des patients à leur parcours de soins. Son intervention peut contribuer à lutter contre la stigmatisation, à renforcer le

pouvoir d'agir et à développer une approche davantage centrée sur le rétablissement.

- **L'art-thérapeute :** Il propose des médiations artistiques adaptées aux besoins des patients, à travers différentes formes d'expression, notamment les arts plastiques, la musique ou d'autres pratiques créatives selon sa formation. Ces médiations peuvent favoriser l'expression émotionnelle, la communication, la valorisation des capacités personnelles et la mobilisation de ressources complémentaires dans le parcours thérapeutique.
- **L'éducateur spécialisé :** Il accompagne les patients dans le développement de leur autonomie, de leurs compétences sociales et de leur participation à la vie quotidienne. Il peut contribuer à la mise en place d'activités éducatives, à l'accompagnement dans les démarches d'insertion et au développement des liens avec les ressources sociales, culturelles et médico-sociales du territoire.
- **Le psychomotricien :** Il intervient sur les dimensions corporelles, sensorielles, motrices et relationnelles du fonctionnement psychique. À travers des médiations corporelles adaptées, il peut aider les patients à mieux percevoir leurs sensations, à réguler leurs tensions, à développer leurs capacités de détente et à améliorer leur rapport au corps et à l'environnement.

Ces interventions peuvent être organisées sous forme de consultations individuelles, d'ateliers thérapeutiques, de groupes ou d'interventions ponctuelles, en fonction des objectifs définis avec l'équipe pluridisciplinaire. Une mutualisation des temps professionnels avec d'autres unités du secteur peut être envisagée afin de faciliter leur accès au sein du CAC. Leur mobilisation doit s'inscrire dans un projet de soins cohérent, avec des objectifs identifiés, des modalités d'intervention définies et une articulation régulière avec les équipes médicales et paramédicales.

Le recours à ces professionnels constitue ainsi un levier d'évolution du dispositif, permettant d'adapter progressivement l'offre de soins aux besoins de la population accueillie et de développer des approches complémentaires aux prises en charge psychiatriques et psychologiques conventionnelles.

Parcours patient

La mise en place de Centres d'Accueil et de Crise (CAC) sur l'ensemble des secteurs psychiatriques parisiens permettrait d'améliorer la qualité du parcours patient en proposant une réponse de proximité, identifiable et adaptée aux situations de souffrance psychique aiguë ou de déstabilisation psychiatrique.

Le parcours de soins en psychiatrie peut aujourd'hui être complexe, difficile à comprendre pour les patients et leurs proches, et marqué par des ruptures dans la continuité des prises en charge. La multiplicité des interlocuteurs, des approches thérapeutiques, la diversité des portes d'entrée dans le système de soins et les difficultés à identifier le bon dispositif au bon moment peuvent retarder l'accès à une réponse adaptée. Ces difficultés sont susceptibles d'accentuer le sentiment d'isolement, l'angoisse et la stigmatisation associés aux troubles psychiques.

Le CAC a pour vocation de proposer un point d'entrée clairement identifié, permettant, d'abord d'entrer en contact immédiatement, puis d'évaluer la situation, d'apporter une première réponse clinique et d'organiser une orientation adaptée, évitant l'entrée dans les soins par les SAU (Services d'Accueil des Urgences) déjà saturés et moins bien adaptés. Il constituerait un maillon intermédiaire entre la ville, les CMP, les urgences psychiatriques et les diverses unités d'hospitalisation, en renforçant les liens entre les dispositifs existants.

Le parcours patient dans un secteur sans CAC

En l'absence d'un dispositif de proximité clairement identifié et spécifiquement organisé pour l'accueil des situations de crise, les patients et leurs proches peuvent rencontrer des difficultés pour savoir à qui s'adresser lorsque l'état psychique se dégrade.

Selon la situation, le patient peut solliciter son médecin généraliste, contacter son CMP, se rendre aux urgences générales ou psychiatriques, appeler les services de secours ou rester à domicile sans parvenir à obtenir une réponse adaptée. Le parcours dépend alors de la connaissance qu'a la personne du système de soins, de ses ressources personnelles et familiales, ainsi que de la disponibilité des structures sollicitées.

Cette organisation peut entraîner plusieurs difficultés :

- **Une difficulté d'accès aux soins :** les patients et leurs proches ne savent pas toujours quel interlocuteur contacter, notamment en dehors des consultations programmées ou lorsque la situation nécessite une réponse rapide.
- **Des délais de prise en charge :** l'absence de réponse immédiate ou de solution intermédiaire peut conduire à une aggravation des symptômes avant qu'une évaluation adaptée puisse être réalisée.

- **Un recours aux urgences parfois inadapté :** faute d'alternative facilement identifiable, les urgences générales ou psychiatriques peuvent devenir la principale porte d'entrée, y compris lorsque d'autres modalités d'accompagnement pourraient être envisagées.
- **Des ruptures dans le parcours de soins :** les transitions entre la ville, les CMP, les urgences et les unités d'hospitalisation peuvent être difficiles à organiser, notamment lorsque les informations circulent insuffisamment ou que les relais ne sont pas anticipés. Il faut savoir, pour exemple, que 60 à 70 % des patients qui passent par un SAU, ne se présente jamais au CMP auquel ils ont été adressé.
- **Une charge importante pour les proches :** les familles peuvent se retrouver en première ligne face à une situation de crise, sans savoir comment réagir, vers qui se tourner ou quelles ressources mobiliser. Ainsi, on peut retrouver des réponses comportementales ou émotionnelles disproportionnées, rigide ou inadéquate face à une situation de crise, ce qui peut malheureusement aggraver la situation.
- **Un risque de stigmatisation et de renoncement aux soins :** la complexité du système, la peur du jugement ou de l'hospitalisation et les représentations associées à la psychiatrie peuvent retarder la demande d'aide.
- **Une mobilisation parfois tardive des ressources :** lorsque les difficultés sociales, familiales ou médicales ne sont pas repérées suffisamment tôt, la réponse peut intervenir à un stade où la situation est déjà fortement dégradée avec parfois de la violence.

Ces difficultés ne concernent pas nécessairement tous les patients ni tous les secteurs, mais elles soulignent l'intérêt d'une organisation plus lisible, accessible et coordonnée, capable d'apporter une réponse graduée aux situations de crise.

Le parcours patient dans un secteur avec un CAC

La mise en place d'un CAC sur chaque secteur parisien permettrait de proposer une porte d'entrée de proximité, clairement identifiée et articulée avec les dispositifs de soins existants. Le patient, ses proches ou les professionnels qui l'accompagnent pourraient ainsi solliciter un interlocuteur en mesure d'évaluer la situation, de déterminer le niveau de réponse nécessaire et d'organiser la suite du parcours. Un numéro de téléphone unique pour l'agglomération parisienne pourrait être mis en place.

Le CAC a pour objectif de proposer une réponse rapide, humaine et proportionnée aux besoins, en privilégiant chaque fois que cela est possible une prise en charge adaptée dans le milieu de vie habituel du patient, sans retarder une orientation vers les urgences ou une hospitalisation lorsqu'elle est nécessaire.

Le parcours pourrait s'organiser selon plusieurs étapes :

- **1. Une porte d'entrée clairement identifiée :** le patient, son entourage ou un professionnel de santé peut solliciter le CAC selon des modalités d'accès définies et communiquées à la population, mais sur un modèle d'accueil inconditionnel. L'objectif est de faciliter l'identification du bon interlocuteur et de réduire les difficultés liées à la recherche d'une réponse adaptée.

- **2. Un accueil et une première évaluation :** l'équipe recueille la demande, évalue la situation clinique et les besoins immédiats, repère les facteurs de vulnérabilité et détermine le degré d'urgence. Une première évaluation, qui peut se faire dans les 24h en règle générale, et qui permet de distinguer les situations pouvant être accompagnées par le CAC de celles nécessitant une intervention médicale urgente ou bien d'une orientation vers une autre structure (comme le CMP par exemple).
- **3. Une réponse adaptée et individualisée :** selon les besoins, le patient peut bénéficier d'un entretien infirmier, d'une évaluation psychiatrique, d'un accompagnement psychologique, d'un entretien social ou d'une combinaison de ces interventions. Une réponse téléphonique, une consultation, un suivi rapproché, une courte hospitalisation ou une visite à domicile peuvent être envisagés lorsque l'indication clinique le justifie.
- **4. Une stabilisation et un accompagnement de proximité :** lorsque la situation le demande, le CAC propose un accompagnement sur le temps de la crise, avec des réévaluations régulières et une adaptation des modalités de suivi. L'objectif est de soutenir le patient dans la période de crise, de prévenir une aggravation et de favoriser le maintien dans son environnement habituel lorsque celui-ci est compatible avec sa sécurité et ses besoins de soins.
- **5. Une orientation coordonnée vers le dispositif adapté :** à l'issue de l'évaluation, le CAC organise ou facilite l'orientation vers le CMP, le médecin traitant, une consultation psychiatrique, une structure médico-sociale, les urgences psychiatriques ou une unité d'hospitalisation, selon la situation. Le patient est accompagné dans cette transition afin de limiter les démarches répétées et les risques de rupture.
- **6. Un relais avec les équipes du secteur :** en lien avec les professionnels concernés et dans le respect du secret professionnel, le CAC facilite la transmission des informations nécessaires à la continuité des soins. Des échanges directs entre équipes, des rendez-vous anticipés ou des accompagnements conjoints peuvent être organisés lorsque cela est pertinent.
- **7. Une attention portée à l'après-crise :** lorsque la situation le nécessite, le CAC contribue à anticiper les difficultés susceptibles de réapparaître, à identifier les signes précoces de déstabilisation et à préciser les ressources à mobiliser en cas de nouvelle crise. Cette démarche vise à renforcer l'autonomie du patient et la continuité de son parcours.

Les bénéfices attendus pour le patient et son entourage

La création des CAC permettrait de rendre le parcours de soins plus lisible, plus accessible et davantage centré sur les besoins de la personne.

Les principaux bénéfices attendus sont les suivants :

- **Une meilleure accessibilité aux soins psychiatriques**, grâce à un interlocuteur clairement identifié sur le secteur.
- **Une réponse plus précoce aux situations de crise**, afin de repérer les difficultés et d'intervenir avant leur éventuelle aggravation.
- **Une prise en charge plus humaine et moins stigmatisante**, favorisant l'écoute, l'évaluation individualisée et la participation du patient aux décisions concernant ses soins.
- **Une meilleure articulation entre les dispositifs existants**, notamment les CMP, les urgences, les unités d'hospitalisation, les professionnels libéraux et les partenaires médico-sociaux.
- **Une prévention des ruptures de parcours**, grâce à des relais anticipés, des échanges entre professionnels et un accompagnement adapté aux transitions.
- **Un soutien renforcé aux proches**, en leur permettant d'identifier plus facilement les ressources disponibles et les interlocuteurs à solliciter.
- **Une réponse graduée aux besoins**, permettant de proposer, lorsque la situation le permet, une alternative à un recours systématique aux urgences ou à une hospitalisation, sans compromettre la sécurité du patient.
- **Une meilleure prise en compte des dimensions sociales et environnementales**, grâce à l'intervention coordonnée des professionnels de santé et, lorsque cela est nécessaire, des acteurs sociaux et médico-sociaux.

Un parcours de soins coordonné à l'échelle parisienne

Le déploiement des CAC sur l'ensemble des secteurs psychiatriques parisiens permettrait de renforcer la cohérence territoriale de l'offre de soins. Chaque secteur ou chaque pôle disposerait d'un dispositif identifié, articulé avec les structures existantes et adapté aux besoins de sa population.

Cette organisation nécessiterait de définir des modalités communes d'accès, d'évaluation, d'orientation et de transmission des informations, tout en conservant une souplesse suffisante pour tenir compte des spécificités locales. Elle impliquerait également une coordination étroite avec les urgences psychiatriques, les CMP, les unités d'hospitalisation, les professionnels de ville et les partenaires sociaux et médico-sociaux.

Cette organisation permettrait de réserver davantage le CPOA aux situations nécessitant réellement son niveau de recours et sa fonction d'orientation régionale, et les SAU aux situations nécessitant une évaluation ou une prise en charge somatique urgente, plutôt que de les utiliser comme lieux d'attente prolongée pour des patients dont la problématique est essentiellement psychiatrique. Le principe n'est donc pas de « transférer » la charge du CPOA ou des SAU vers les CAC, mais de répartir la réponse selon le niveau de gravité et le besoin de soins, avec une capacité réelle de prise en charge de crise au plus près du patient.

Cette logique est cohérente avec les orientations nationales, qui prévoient une organisation territoriale de la réponse aux urgences psychiatriques, l'intervention des professionnels de psychiatrie auprès des services d'urgence et le recours aux centres de crise et aux capacités d'hospitalisation de courte durée.

L'objectif ne serait pas de créer des structures supplémentaire isolées, mais de renforcer les liens entre les dispositifs existants afin de construire un parcours plus continu, compréhensible, cohérent et sécurisant pour les patients.

Le CAC doit ainsi être pensé comme un point d'appui dans le parcours de soins psychiatriques : une porte d'entrée identifiable en période de crise, un lieu d'évaluation et d'accompagnement, et un facilitateur des relais entre les professionnels. En améliorant la lisibilité du système et la coordination des interventions, il pourrait contribuer à une prise en charge plus précoce, plus adaptée et plus respectueuse des besoins des personnes en souffrance psychique.

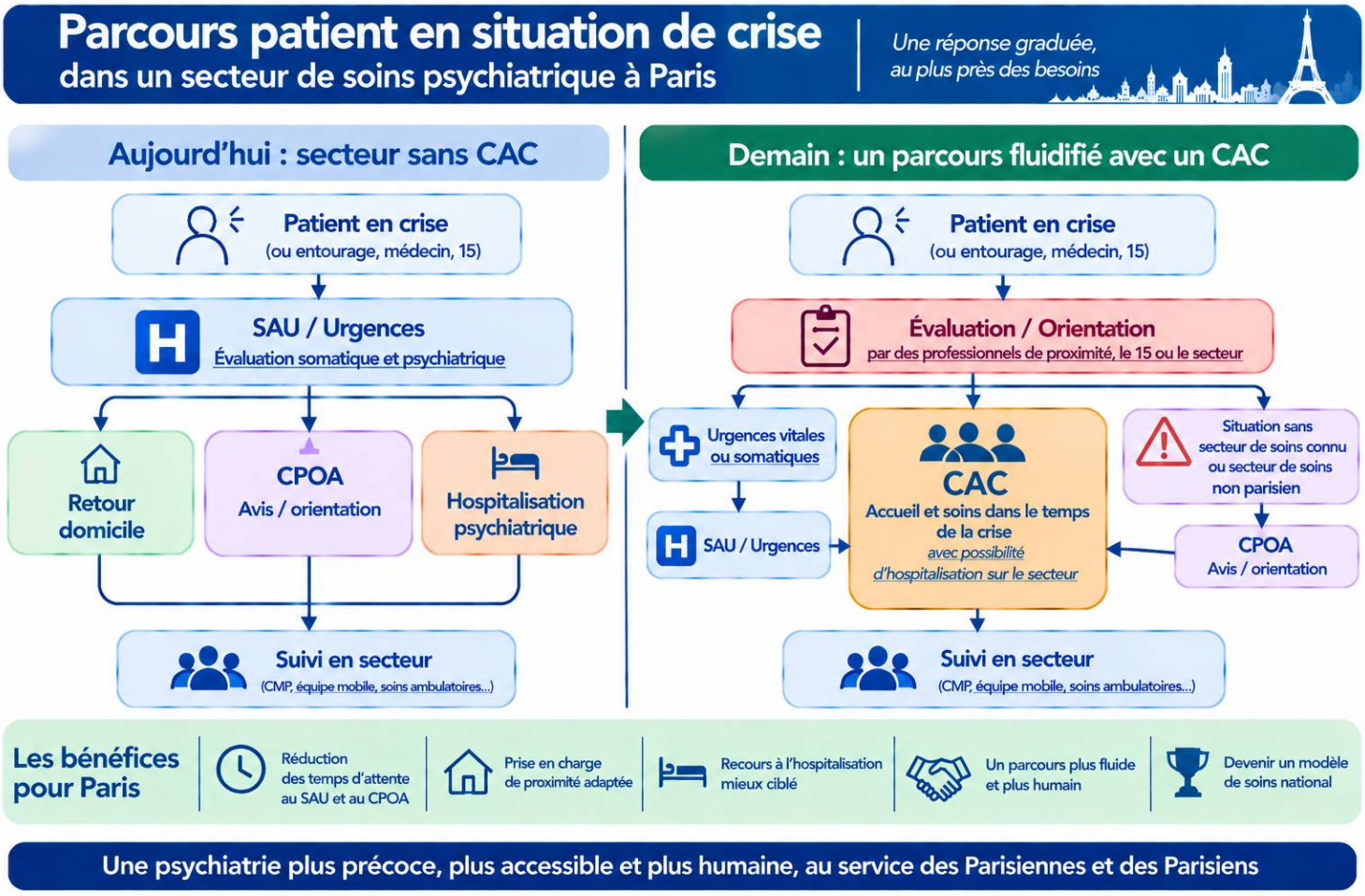


Illustration concrète : parcours d'un patient avant et après la mise en place d'un CAC

Situation clinique

Monsieur A., 32 ans, vit seul à Paris. Il est suivi depuis plusieurs années par un CMP de son secteur pour des troubles psychiatriques nécessitant un accompagnement régulier. Il bénéficie d'un traitement médicamenteux et rencontre ponctuellement son psychiatre ainsi que son infirmier référent.

Depuis plusieurs semaines, son état psychique se dégrade progressivement. Il dort de moins en moins, s'isole, répond moins aux sollicitations de ses proches et commence à éprouver des difficultés à assurer les actes de la vie quotidienne. Il manque un rendez-vous au CMP et ne répond plus aux appels de son infirmier référent. Sa sœur, inquiète, constate un changement important de comportement et craint une aggravation de son état.

Elle ne sait pas précisément vers qui se tourner. Elle hésite à contacter les urgences, qu'elle associe à une situation extrême, mais ne parvient pas non plus à obtenir rapidement une réponse auprès des interlocuteurs habituels du CMP. Monsieur A., de son côté, ne se sent pas capable d'entreprendre seul les démarches nécessaires pour demander de l'aide.

Cette situation illustre les difficultés auxquelles peuvent être confrontés les patients et leurs proches lorsqu'une crise se développe progressivement, sans qu'un interlocuteur d'entrée clairement identifiée permette d'organiser rapidement une évaluation et un accompagnement adaptés.

Le parcours sans CAC

La sœur de Monsieur A. contacte le CMP afin de signaler la dégradation de son état. L'équipe tente de joindre le patient, mais celui-ci reste difficilement joignable. Une consultation est proposée, sans certitude qu'il puisse s'y rendre.

En l'absence d'une réponse suffisamment rapide et compte tenu de l'évolution de la situation, les proches peuvent se retrouver seuls face à leurs inquiétudes. Ils doivent chercher eux-mêmes le bon interlocuteur et déterminer s'il convient de solliciter le médecin traitant, le CMP, les urgences psychiatriques ou les services de secours.

Si l'état de Monsieur A. continue de se dégrader, une intervention en urgence ou une hospitalisation peut finalement devenir nécessaire. Cette orientation peut être parfaitement justifiée sur le plan clinique, mais elle intervient alors dans un contexte où les difficultés se sont accumulées et où les possibilités d'intervention précoce ont pu être limitées.

Ce parcours met en évidence plusieurs points de fragilité : la difficulté à joindre le patient, l'incertitude des proches, l'absence éventuelle de solution intermédiaire rapidement mobilisable et le risque de rupture entre le suivi habituel et la réponse à la crise.

Il ne signifie pas que les dispositifs existants sont incapables de répondre à cette situation, mais souligne l'intérêt d'un dispositif complémentaire facilitant l'évaluation et la coordination, et proposant un accueil rapide et inconditionnel.

Le parcours avec un CAC

La sœur de Monsieur A. a identifié le CAC comme un interlocuteur à contacter lorsqu'une personne présente une dégradation de son état psychique. Elle peut transmettre ses inquiétudes à l'équipe, qui recueille les éléments utiles et évalue le degré d'urgence de la situation rapidement.

L'équipe du CAC prend contact avec le CMP afin de recueillir les informations nécessaires à la compréhension de la situation, ce qui est facilité et rendu fluide par le travail commun des structures. Une évaluation clinique est organisée selon les besoins, en lien avec le psychiatre et les professionnels concernés.

Si l'état de Monsieur A. le permet, une première rencontre peut être proposée au CAC. Si son état rend le déplacement difficile, une visite à domicile peut être envisagée en commun avec le CMP si nécessaire. En présence de signes de gravité nécessitant des soins urgents, une orientation immédiate vers un SAU, le CAC ou l'unité d'hospitalisation peut alors être organisée.

Lors de la rencontre, l'équipe évalue l'état psychique du patient, ses besoins immédiats, son adhésion aux soins, son environnement et les éventuelles difficultés sociales associées. Le psychiatre peut réévaluer l'indication thérapeutique et les modalités de suivi. L'infirmier contribue à l'évaluation clinique, au soutien relationnel et à l'organisation des interventions nécessaires. L'alliance thérapeutique est facilité par le lien qui peut déjà exister entre le patient et l'équipe du CAC et/ou du CMP.

Un accompagnement rapproché peut ensuite être proposé si la situation le permet : entretiens infirmiers, réévaluation médicale, échanges téléphoniques, coordination avec le CMP et mobilisation des proches avec l'accord du patient. Si des difficultés sociales ou administratives aggravent la situation, l'assistant de service social peut également intervenir.

Le CAC ne se substitue pas au CMP, qui conserve sa place dans le suivi au long cours. Il facilite plutôt la réponse à la crise et le lien avec l'équipe référente. Un relais est organisé afin que Monsieur A. puisse poursuivre ses soins dans un cadre adapté une fois la situation stabilisée.

Les bénéfices attendus

Dans cette situation, le CAC pourrait permettre :

- **Une identification plus simple de l'interlocuteur à contacter**, pour le patient, ses proches et les professionnels dans le cas d'apparition d'une situation de crise.
- **Un repérage plus précoce de la dégradation clinique**, grâce à une évaluation organisée à partir du signalement et des éléments disponibles.
- **Une réponse adaptée au degré d'urgence**, allant d'un accompagnement rapproché à une orientation urgente lorsque cela est nécessaire.
- **Un soutien aux proches**, qui disposent d'un interlocuteur pour transmettre leurs inquiétudes et contribuer, dans un cadre approprié, à la prise en charge.
- **Une meilleure coordination entre les professionnels**, notamment entre le CAC et le CMP, afin de limiter les ruptures de suivi.
- **Une prise en compte globale de la situation**, intégrant les dimensions médicales, psychologiques, relationnelles et sociales.

- **Une possibilité de prévenir certaines aggravations**, lorsque l'intervention précoce est cliniquement adaptée et permet d'éviter une évolution vers une crise plus sévère.

Conclusion

Cet exemple illustre l'intérêt d'un CAC comme dispositif de prévention de proximité complémentaire aux structures existantes. En proposant un point d'accueil identifiable, une évaluation adaptée et une coordination renforcée, il contribue à intervenir plus précocement dans certaines situations de dégradation psychique, à soutenir les proches et à faciliter la continuité des soins.

Le CAC s'inscrit ainsi dans une logique de soins gradués, de prévention des ruptures de parcours et d'amélioration de l'accessibilité des soins psychiatriques. Il permet à chaque patient de bénéficier, au bon moment, des soins correspondant à ses besoins. Grâce aux interventions précoces, les rechutes et les hospitalisations sont réduites, limitant les risques d'isolement et de contention.

Conclusion

Un Centre d'accueil et de crise n'est pas un luxe : c'est un investissement rationnel, pour une psychiatrie plus accessible, plus humaine et plus efficiente.

Intervenir précocement, au moment où la crise survient, permet souvent d'éviter son aggravation, de limiter le recours aux dispositifs les plus lourds et de prévenir les ruptures de parcours. Chaque personne accueillie dans un lieu ouvert, accessible et non stigmatisant est une personne à laquelle on offre une véritable possibilité de soins avant que la situation ne se dégrade.

Dans une société confrontée à l'augmentation des fragilités psychiques, aux inégalités sociales, à l'isolement et à l'épuisement, nous devons repenser la manière dont nous répondons aux situations de crise. Les soins sont d'autant plus efficaces qu'ils peuvent être proposés au bon moment, au bon endroit et au plus près de la population.

Le CAC répond précisément à cette exigence. Il offre un lieu clairement identifié, accessible sans délai, où une équipe spécialisée peut accueillir, évaluer, apaiser et orienter. Il constitue une interface entre la population, les professionnels de proximité, les CMP, les services d'urgence, le CPOA et l'hospitalisation. Il permet ainsi de mieux utiliser chaque maillon de la chaîne de soins, en réservant les dispositifs les plus lourds aux situations qui le nécessitent réellement.

Alors que les parcours psychiatriques sont devenus trop souvent complexes, fragmentés et difficiles à comprendre pour les patients comme pour leurs proches, le CAC apporte une réponse simple : un lieu où l'on peut venir quand on ne sait plus vers qui se tourner.

Son développement représente donc bien davantage que la création d'une structure supplémentaire. Il s'agit de réinvestir la proximité, de prévenir plutôt que subir la crise, de réduire la pression sur les SAU et le CPOA et de redonner de la continuité aux parcours de soins.

Dans le contexte actuel de tension de la psychiatrie publique et de pénurie de professionnels, cette approche constitue une réponse pragmatique, soutenable et profondément humaniste.

Paris a aujourd'hui l'opportunité de porter cette évolution : faire du Centre d'Accueil et de Crise un véritable pilier de la réponse territoriale aux crises psychiatriques et démontrer qu'une psychiatrie publique plus précoce, plus accessible et plus humaine est possible.