

Les équipes mobiles en psychiatrie (EMP)


Des équipes labélisées mobiles se sont multipliées depuis une quinzaine d'années en France¹. On se concentrera uniquement sur celles intervenant dans le domaine de la santé (à l'exclusion par exemple des équipes mobiles de sécurité scolaire) et plus particulièrement à celles spécialisées en psychiatrie, à l'exclusion par exemple des équipes mobiles de soins palliatifs ou de gériatrie. De même, la notion de mobilité utilisée ici fait référence aux déplacements à l'extérieur des structures de l'établissement de rattachement de l'équipe. Le nombre d'équipes mobiles en psychiatrie (EMP) augmente à partir des années 2000, avec des circulaires, des appels à projet des ARS, et autres documents officiels qui les recommandent, réglementent et/ou financent, par exemple, pour la psychiatrie-précarité (EMPP)², pour l'autisme³, pour les soins somatiques⁴. La mobilité n'est pas leur

seule caractéristique distinctive, car les équipes de secteur faisant des visites à domicile et des accompagnements sont également mobiles, sans pour autant être ainsi labélisées. Les EMP sont également caractérisées par la transversalité de leurs champs d'intervention, par leur objectif, par le public auquel elles s'adressent et par le mode de légitimation de leurs interventions.

Comme exemple de transversalité, les questions liées à l'adolescence, au vieillissement ou à la précarité ne sont pas exclusives à la psychiatrie ni à aucune discipline en particulier. Elles concernent plusieurs dispositifs sans en être le cœur de métier et nécessitent un travail de la part des acteurs pour qualifier les situations et définir ainsi qui est légitime pour intervenir : dans quelle mesure joue l'aspect social, somatique, culturel ou psychiatrique ? On peut dire que les EMP sont spécialisées dans l'imbrication de dimensions et dans l'articulation d'acteurs. Ainsi, elles sont à la fois spécialisées (en psychiatrie) et « despécialisées », car s'occupant de ce qui peut être considéré comme marginal au cœur de métier de la psychiatrie (les aspects sociaux ou somatiques, par exemple)⁵. C'est une façon de concilier la prise en compte des particularités de ces populations au sein des structures du droit commun, donc sans créer des filières. En effet, ces équipes ont pour objectif de favoriser l'accès, le retour et le maintien dans ces structures et non

pas de se substituer à elles. Pour cela, elles fonctionnent le plus souvent comme experts (évaluation, conseil et orientation) ou comme une passerelle (suivi et accompagnement pour favoriser la concrétisation de l'orientation) et plus rarement pour une prise en charge à part entière.

C'est pourquoi les EMP s'adressent à un public composé non seulement des usagers (personne âgée, en situation de précarité, autiste, adolescent) mais surtout des partenaires (les professionnels du social, du médico-social, l'entourage). Car outre leurs spécificités propres, ces populations ont en commun le nombre important d'intervenants impliqués avec peu d'articulation entre eux, ainsi qu'un défaut de demande, voire un refus de soins.

Or, habituellement, ce qui légitime une prise en charge par la psychiatrie est le fait qu'une demande de soin soit exprimée en présence de la personne à soigner dans un lieu de soin, même si la demande est formulée par un tiers (entourage, police, autre professionnel) [50]. Ce n'est qu'après que les équipes de secteur interviennent en dehors des lieux de soin, toujours en référence à une demande ainsi exprimée. La grande nouveauté des EMP est donc cette légitimité à intervenir en l'absence d'une telle demande, à aller vers les personnes afin de susciter une demande ou du moins obtenir un accord pour les faire venir, si nécessaire, vers les soins. Ainsi, ces populations qui restaient sans soins ou qui y accédaient dans des conditions difficiles, notamment par des hospitalisations sans consentement, sans préparation, sans articulation entre les acteurs concernés, peuvent bénéficier de soins plus adaptés et de prises en charge mieux coordonnées. 

1. Nous ne disposons pas des chiffres exacts concernant le nombre de ces équipes, mais elles ont été créées pour la plupart à partir des appels à projets, qui eux datent d'après 2005. Prenons l'exemple des EMPP qui étaient une quinzaine jusqu'à la circulaire de 2005 et qui étaient 110 en 2012. (Legros M., Bauer D., Goyaux N., *Rapport du groupe de travail « Santé et accès aux soins » Pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins*. EHESP-ONPES, DGOS, DGS, 2012).

2. Circulaire du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.

3. Ministère de la santé, de la jeunesse des sports et de la vie associative, Ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité. Plan autisme 2008-2010.

4. Courrier de la DHOS aux ARS avec cahier des charges pour lancement d'appel à projet afin de créer 40 PASS en psychiatrie, 2009.

5. La composition de ces équipes est extrêmement variable, à l'instar des équipes de secteur. Par exemple, les EMPP ont toutes des infirmiers et au moins un temps partiel de psychiatre mais elles peuvent avoir des assistants sociaux, éducateurs spécialisés, aides médico-psychologiques, psychologues.

Ana Marquès
Chargée d'études,
Établissement
public de santé
Ville-Évrard

renouvellement urbain et de la lutte contre le saturnisme. Les déterminants de santé peuvent alors faire l'objet de politiques contractualisées sur un mode volontariste (politique de la ville, rénovation urbaine, prévention de la délinquance, insertion) avec l'État.

À l'image des premières politiques contractuelles des années 1980, pour l'insertion des jeunes sans emploi, la prévention de la délinquance ou le développement social des quartiers, l'État va appeler les élus locaux à s'engager dans des programmes territorialisés par