



L'EMSP

L'Equipe Mobile de Soins Palliatifs

L'EMSP en 30 secondes

L'**Équipe mobile de soins palliatifs (EMSP)** est une équipe pluriprofessionnelle spécialisée qui apporte une expertise palliative auprès des patients, de leurs proches et surtout des professionnels qui les accompagnent.

Elle est généralement rattachée à un établissement de santé et intervient dans ses différents services. Mais sa vocation est également territoriale : selon son organisation, elle peut intervenir auprès d'autres établissements sanitaires, d'EHPAD et d'autres établissements médico-sociaux, ainsi qu'au domicile. Le développement de cette activité « hors les murs » constitue aujourd'hui un axe important de la politique nationale des soins palliatifs.

Sa particularité est essentielle : **l'EMSP n'a pas vocation à se substituer à l'équipe qui assure habituellement les soins**. Elle apporte son expertise, aide à évaluer une situation, conseille, soutient la réflexion et accompagne les professionnels, le patient et ses proches.

Elle contribue également à la diffusion de la culture palliative, à la sensibilisation et à la formation des professionnels.

En une phrase : l'EMSP déplace l'expertise palliative vers la personne et ceux qui l'accompagnent, sans prendre leur place.

Mise à jour : 09/09/2026





Avant d'aller plus loin ... Ce que l'EMSP n'est pas !

❌ « L'EMSP vient faire les soins palliatifs à la place de l'équipe »

Non. L'un de ses principes est la non-substitution. Le médecin et les professionnels qui accompagnent habituellement le patient restent responsables de sa prise en charge. L'EMSP apporte une expertise complémentaire.

❌ « On appelle l'EMSP uniquement lorsqu'une personne est en train de mourir »

Non. La démarche palliative peut être introduite bien avant les derniers jours de vie et coexister avec d'autres traitements. La politique actuelle cherche d'ailleurs à favoriser une mobilisation plus précoce de l'expertise palliative dans les parcours.

❌ « Une EMSP est une petite USP qui se déplace »

Non. Une unité de soins palliatifs (USP) accueille et soigne directement des patients dans des lits dédiés. L'EMSP est une équipe mobile d'expertise et d'appui : elle ne constitue pas une unité d'hospitalisation.

❌ « S'il existe des LISP, l'EMSP ne sert plus à rien »

Non. Les lits identifiés de soins palliatifs permettent une prise en charge palliative renforcée dans certains services. L'EMSP peut précisément apporter son expertise aux équipes de ces services.

❌ « L'EMSP intervient lorsque l'USP est pleine »

Pas seulement. Elle peut soutenir un service qui conserve temporairement un patient en attente d'une solution, mais ce n'est pas sa raison d'être. Beaucoup de patients accompagnés avec l'appui d'une EMSP n'ont pas vocation à être hospitalisés en USP.

❌ « Une équipe mobile intervient forcément à l'extérieur de l'hôpital »

Non. Une part importante de l'activité des EMSP demeure réalisée dans leur établissement de rattachement. « Mobile » signifie d'abord que l'équipe va vers le patient et les professionnels, y compris à l'intérieur de l'hôpital.

À retenir : l'EMSP n'est ni un lit, ni une unité, ni une équipe de remplacement. C'est une expertise mobile.

Pourquoi l'EMSP ?

Apporter l'expertise sans déplacer systématiquement la personne

Une situation palliative ne nécessite pas nécessairement le transfert du patient vers une unité spécialisée.

Une personne hospitalisée en oncologie peut présenter des symptômes difficiles à équilibrer. Une équipe d'EHPAD peut s'interroger sur l'évolution de la situation d'un résident. Un médecin traitant peut être confronté au maintien à domicile d'une personne dont les besoins deviennent plus complexes. Une équipe peut également avoir besoin d'un appui face à une décision difficile ou pour accompagner les proches.

Dans ces situations, **l'expertise peut venir jusqu'à la personne plutôt que la personne jusqu'à l'expertise.**

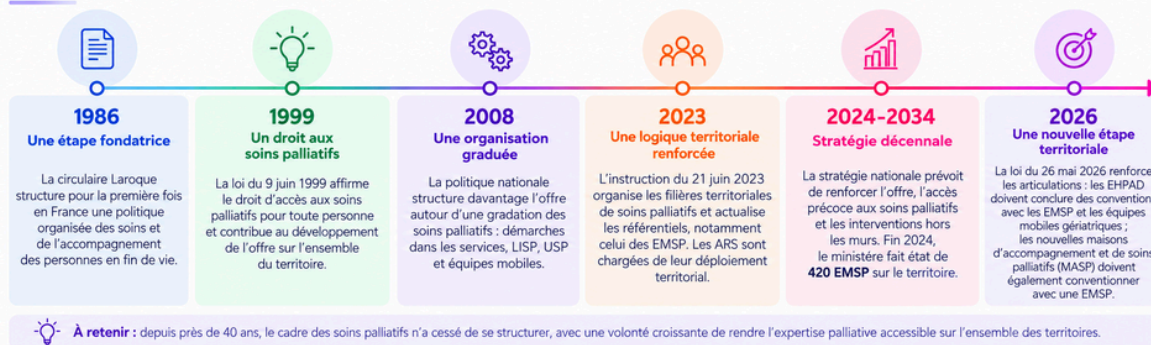
L'EMSP intervient ainsi dans l'évaluation de situations complexes, le conseil thérapeutique, l'accompagnement du patient et de ses proches, la réflexion éthique, l'anticipation du parcours et le soutien des professionnels.

Elle poursuit parallèlement une autre mission essentielle : **diffuser les compétences et la culture palliatives auprès des équipes qu'elle accompagne.**



Une évolution progressive

Des droits, des ressources et des coopérations renforcés pour mieux accompagner



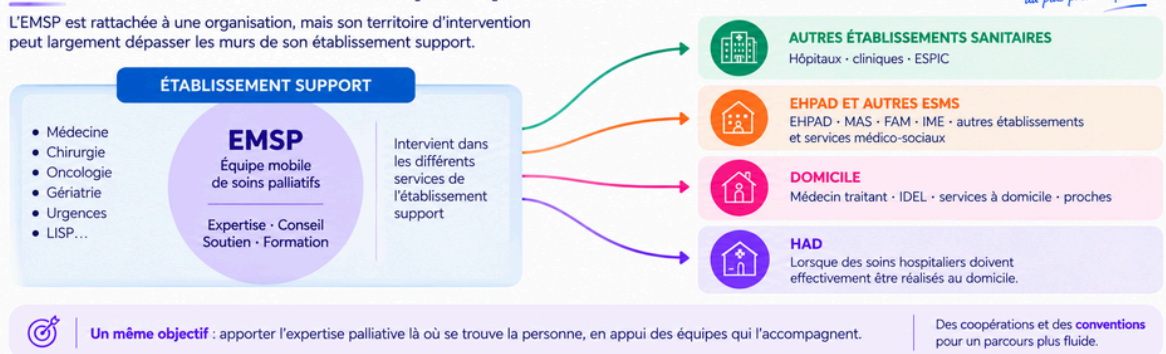
L'EMSP : Pour qui et comment ?

Rattachée à un établissement ... mais évolue également en dehors

L'EMSP est rattachée à une organisation, mais son territoire d'intervention peut largement dépasser les murs de son établissement support.

Un territoire d'intervention qui dépasse les murs

L'EMSP est rattachée à une organisation, mais son territoire d'intervention peut largement dépasser les murs de son établissement support.



L'intervention extérieure repose sur les organisations territoriales, les partenariats et, dans de nombreuses situations, sur des conventions. **Toutes les EMSP n'ont donc pas exactement le même territoire ni la même activité hors les murs.**

Cette territorialisation est renforcée par la loi du 26 mai 2026. Les établissements et services pour personnes âgées concernés doivent désormais conclure des conventions avec les EMSP et les équipes mobiles gériatriques. Plus largement, les projets d'établissement ou de service concernés doivent intégrer un volet relatif à l'accompagnement et aux soins palliatifs précisant notamment les procédures de coordination avec les EMSP.

Et au domicile ?

Le patient à domicile ne relève pas automatiquement d'une EMSP parce qu'un diagnostic grave a été posé. Selon les territoires, la sollicitation peut notamment provenir du médecin traitant ou des professionnels accompagnant la personne. Certaines organisations permettent une première demande du patient ou de ses proches, avec une articulation ensuite organisée avec le médecin.

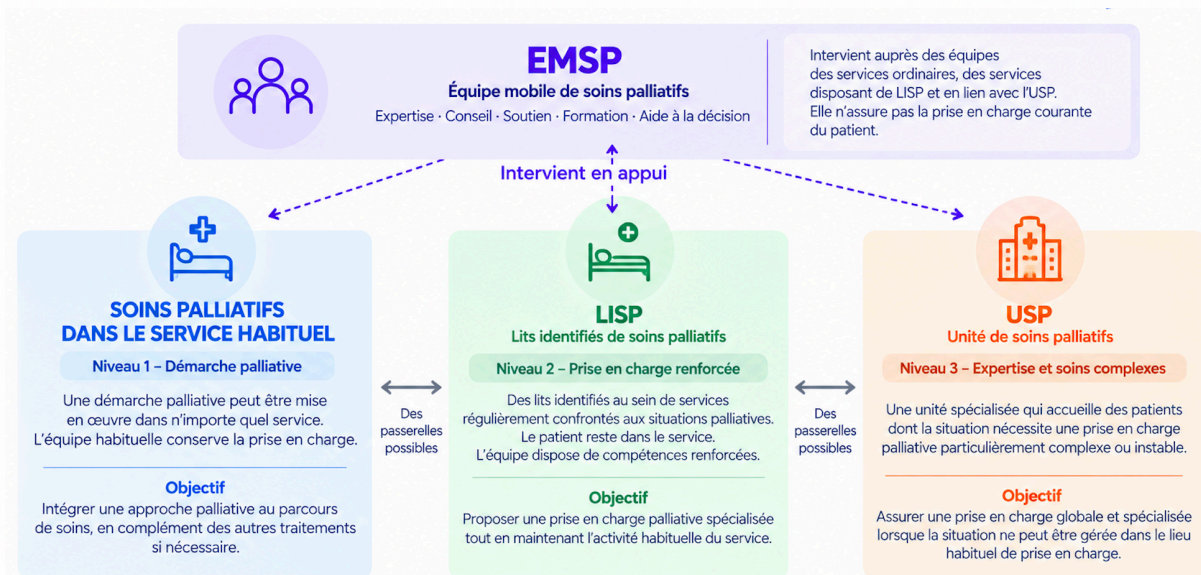
L'EMSP apporte alors son expertise **sans devenir l'équipe effectrice des soins quotidiens**. Elle peut travailler avec le médecin traitant, les infirmiers libéraux, les services à domicile, le DAC ou l'HAD selon les besoins.

La loi de 2026 renforce encore cette logique en organisant territorialement l'accès aux soins palliatifs à domicile et en prévoyant des protocoles communs entre EMSP et autres intervenants, notamment médecins et infirmiers libéraux.



EMSP, LISP, USP : ne mélangeons pas tout !

Il ne s'agit pas de trois étapes obligatoires successives.



Une personne peut rester dans un service ordinaire avec l'appui de l'EMSP, être accompagnée dans un LISP, être directement admise en USP depuis son domicile ou un EHPAD, ou encore revenir vers son lieu de vie lorsque sa situation le permet.

L'USP répond notamment à des situations de **forte complexité ou instabilité** : symptômes difficiles à contrôler, souffrance psychologique importante, problématiques socio-familiales complexes, questionnements éthiques majeurs ou impossibilité de maintenir une prise en charge adaptée dans le lieu habituel.

Quel poids des EMSP en France ?

Les EMSP constituent aujourd'hui une composante importante de l'offre de soins palliatifs française.

La DREES recensait **413 EMSP rattachées à des établissements de santé en 2023**. Parmi elles, **331 étaient rattachées au secteur public**, 66 au privé non lucratif et 16 au privé lucratif : environ **8 EMSP hospitalières sur 10 sont donc portées par un établissement public**.

Fin 2024, le ministère faisait état de **420 EMSP** dans le cadre du premier bilan de la stratégie décennale des soins d'accompagnement. Les périmètres statistiques n'étant pas nécessairement strictement identiques, ces deux chiffres permettent surtout de retenir un ordre de grandeur : **un peu plus de 400 équipes à l'échelle nationale**.

Mais le nombre d'équipes ne raconte qu'une partie de l'histoire. L'EMSP est historiquement une ressource hospitalière : les données nationales disponibles montrent que l'activité demeure majoritairement réalisée dans l'établissement de rattachement, même si le développement du **hors-les-murs** est désormais clairement recherché. Les EMSP peuvent ainsi intervenir dans d'autres établissements sanitaires, des EHPAD et autres ESMS ou au domicile. Le référentiel national prévoit d'ailleurs que leur activité soit suivie en distinguant ces différents lieux d'intervention.

Cette dimension territoriale devrait encore progresser. La loi du **26 mai 2026** renforce l'articulation des EHPAD avec les EMSP et prévoit également que les nouvelles maisons d'accompagnement et de soins palliatifs conventionnent avec elles.



Trois situations pour comprendre

Situation 1 – L'expertise vient dans le service

Pierre est hospitalisé en oncologie. Son équipe rencontre des difficultés pour équilibrer certains symptômes et souhaite réinterroger avec lui les objectifs de sa prise en charge.

L'EMSP intervient auprès de Pierre et de l'équipe.

Ce que montre la situation : solliciter l'EMSP ne signifie pas transférer le patient. Pierre peut rester dans son service et son équipe continue de le prendre en charge.

Situation 2 – L'EMSP arrive en EHPAD

L'état de Madeleine évolue. Son médecin traitant et l'équipe de l'EHPAD s'interrogent sur ses symptômes, l'évolution du projet de soins et l'accompagnement de ses proches.

L'EMSP avec laquelle l'établissement est conventionné est sollicitée.

Ce que montre la situation : l'expertise palliative peut être mobilisée dans le lieu de vie sans se substituer au médecin traitant ni aux professionnels de l'EHPAD.

Situation 3 – Rester à domicile

Robert souhaite rester chez lui malgré l'évolution de sa maladie. Ses symptômes deviennent plus complexes et les professionnels qui l'accompagnent ont besoin d'un appui spécialisé.

L'EMSP peut intervenir au domicile en articulation avec le médecin traitant et les autres intervenants. Si l'état de Robert nécessite des soins hospitaliers réalisables chez lui, une HAD peut parallèlement être mobilisée.

Ce que montre la situation : EMSP et HAD peuvent intervenir autour d'une même personne, mais elles n'exercent pas la même fonction : **l'une apporte principalement expertise et appui ; l'autre réalise des soins hospitaliers à domicile.**

Ce qu'il faut retenir

**L'EMSP APPORTE
UNE EXPERTISE,
ELLE NE SE SUBSTITUE PAS.**

L'équipe habituelle
reste au cœur
de la prise en charge.

**« MOBILE »
NE SIGNIFIE PAS
UNIQUEMENT
« HORS DE L'HÔPITAL ».**

L'équipe peut intervenir
dans son établissement
support comme
sur son territoire.

**EMSP, LISP ET USP
SONT COMPLÉMENTAIRES.**

Ce sont des ressources
différentes d'une offre
graduée, et non les étapes
obligatoires d'un parcours.



Regard Fluxiens

Une convention ne fait pas une intervention

L'EMSP est un dispositif assez singulier. Son expertise est généralement hébergée par un établissement de santé — public dans environ huit cas sur dix pour les EMSP hospitalières en 2023 — mais elle est de plus en plus appelée à **dépasser les murs de cet établissement**.

Elle peut intervenir dans les autres services de son hôpital, auprès d'un service disposant de LISP, dans un autre établissement sanitaire, une clinique, un EHPAD ou un autre ESMS, au domicile, en articulation avec l'HAD, le médecin traitant, les professionnels libéraux ou encore les acteurs de la coordination territoriale. Et cette liste continue de s'allonger : la loi du 26 mai 2026 renforce les relations avec les EHPAD et prévoit également le conventionnement des nouvelles maisons d'accompagnement et de soins palliatifs avec les EMSP.

Sur le papier, c'est particulièrement séduisant : **plutôt que de déplacer systématiquement la personne vers l'expertise, nous faisons circuler l'expertise jusqu'à elle**. Mais cette mobilité soulève une question très Fluxiens : **jusqu'où une équipe peut-elle réellement être mobile ?** Une convention dessine un territoire. Elle ne crée pas de ressources.

Prenons une EMSP portée par un centre hospitalier. Elle accompagne déjà les différents services de son établissement. Elle conventionne ensuite avec cinq EHPAD, puis dix, une clinique, une MAS et un EAM. Elle intervient également au domicile. Demain, une MASP s'ouvre sur son territoire et conventionne à son tour avec elle.

Son **territoire théorique d'intervention** vient considérablement de s'agrandir. Mais si ses ETP médicaux, infirmiers, psychologiques et administratifs restent identiques, **sa capacité d'intervention n'a pas augmenté dans les mêmes proportions**. C'est là que le nombre de conventions devient un indicateur ambigu. Il témoigne d'une organisation territoriale et de l'existence d'une ressource mobilisable. Mais il ne nous dit ni **combien de fois elle est réellement mobilisée**, ni **dans quel délai elle peut intervenir**, ni **quelle intensité d'accompagnement elle peut proposer**.

Et l'inverse est également vrai. Une clinique privée peut ne pas disposer de sa propre EMSP. Cela ne signifie pas qu'elle ne sait pas prendre en charge des situations palliatives. Ses professionnels peuvent être formés, des protocoles peuvent être structurés, des LISP peuvent être identifiés et une expertise extérieure peut être rapidement mobilisable.

À l'inverse, être situé dans un établissement qui héberge une EMSP ne signifie pas que **toute situation palliative relève de celle-ci**. Les soins palliatifs appartiennent d'abord aux équipes qui prennent en charge les patients ; l'EMSP intervient lorsqu'une expertise ou un appui supplémentaire est nécessaire.

Autrement dit, l'indicateur « **EMSP : oui/non** » nous renseigne finalement assez peu sur la capacité réelle d'une organisation à répondre à une situation palliative.

Alors, que faudrait-il mesurer ?

C'est probablement ici qu'il faut distinguer **trois niveaux** :

- **COUVERTURE THÉORIQUE** : Nombre d'EMSP • territoire couvert • établissements partenaires • conventions
- **ACCESSIBILITÉ RÉELLE** : ETP disponibles • horaires • modalités de saisine • délais • distances • capacité d'intervention hors les murs
- **SERVICE RENDU** : Patients effectivement accompagnés • interventions réalisées • lieux d'intervention • équipes soutenues • professionnels formés



Cette distinction risque de devenir encore plus importante dans les prochaines années. **Si, demain, les obligations et incitations au conventionnement progressent plus rapidement que les moyens des EMSP, la couverture administrative pourra s'améliorer sans que l'accessibilité réelle progresse dans les mêmes proportions.**

Et c'est peut-être là que se trouve le véritable indicateur de performance.

La question n'est pas seulement : « Avons-nous accès à une EMSP ? » Mais : lorsqu'une situation nécessite son expertise, pouvons-nous réellement la mobiliser, dans quel délai, où qu'elle se trouve sur son territoire, et avec suffisamment de ressources pour apporter une réponse utile ?

Et lorsque l'EMSP repart, reste aussi une autre forme de performance à observer : ce que son intervention a permis à l'équipe d'apprendre pour la situation suivante.



Sources principales

- **Ministère de la Santé — Instruction interministérielle du 21 juin 2023 relative à la poursuite de la structuration des filières territoriales de soins palliatifs**
Texte de référence actuel pour l'organisation des filières et les référentiels des différentes ressources palliatives, dont les EMSP. [Consulter l'instruction et les référentiels](#)
- **Ministère de la Santé — Les filières régionales de soins palliatifs**
Présentation actualisée en janvier 2026 de la gradation des prises en charge, de la territorialisation et du développement de l'accès à l'expertise palliative. [Consulter la présentation des filières](#)
- **Ministère de la Santé — Premier bilan de la stratégie décennale des soins palliatifs**
Données récentes sur le développement de l'offre : 420 EMSP annoncées fin 2024 et développement des interventions hors les murs. [Consulter le bilan de la stratégie décennale](#)
- **Légifrance — Loi n° 2026-404 du 26 mai 2026 visant à garantir l'égal accès de tous à l'accompagnement et aux soins palliatifs** - Nouveau cadre des organisations territoriales, création des MASP, volet palliatif des projets d'établissement et renforcement des conventions avec les EMSP. [Consulter la loi du 26 mai 2026](#)
- **DREES — Les établissements de santé en 2023** -Données nationales permettant notamment de documenter le nombre d'EMSP hospitalières et leur répartition selon le statut de leur établissement de rattachement. [Consulter les données DREES 2023](#)

Pour aller plus loin ...

Ce Focus n'est qu'une porte d'entrée.

Sur le Campus des Fluxiens, poursuivez votre exploration avec d'autres Focus consacrés aux structures, aux métiers, aux dispositifs, aux instances, aux pratiques et aux outils qui composent notre environnement.

Découvrez également nos articles pour décrypter l'actualité et regarder ce qui se fait ailleurs, nos Dossiers du mois pour approfondir une question de terrain, ainsi que nos Univers pour apprendre, expérimenter et évaluer vos connaissances.

Parce que mieux comprendre son environnement, c'est aussi mieux comprendre les décisions que l'on prend chaque jour.

Continuez à explorer, comprendre, partager, agir et progresser sur le Campus des Fluxiens.

→ lecampusdesfluxiens.fr

