

Rencontres SFAP à destination des soignants

INFORMATION ♦ DÉCRYPTAGE ♦ ÉCHANGES

juillet 2026

PPL “Soins palliatifs” et “Aide à mourir”



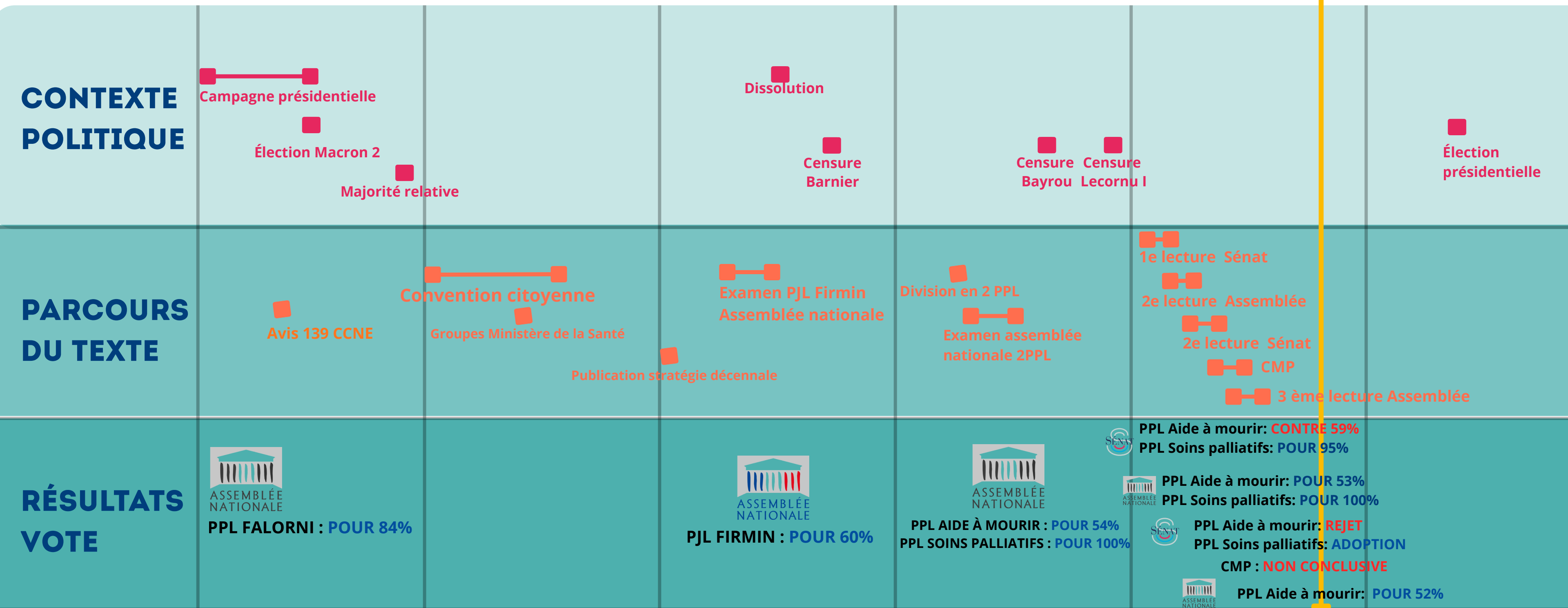
Société Française
d'Accompagnement
et de soins Palliatifs

I - CONTEXTE ET ORIGINES



Société Française
d'Accompagnement
et de soins Palliatifs

LA CHRONOLOGIE



2022

2023

2024

2025

2026

2027

II - LOI n° 2026-404 du 26 mai 2026 visant à garantir l'égal accès de tous à l'accompagnement et aux soins palliatifs



Société Française
d'Accompagnement
et de soins Palliatifs

L'ORGANISATION GÉNÉRALE DU TEXTE

1 - LA DEFINITION

Article 1

2 - ORGANISATION DE LA STRATEGIE

Article 2: **organisations territoriales**

Article 4: **Schéma régional de santé**

Article 4 bis: **Gouvernance**

Article 7: **tableau budgétaire**

Article 7 bis: rapport sur les **modalités de financement** de l'activité

3 - FORMATION

Article 8: **professionnels de santé**

Article 8 ter: **directions hospitalières**

Article 8 quater: **expérimentation des stages**

4 - STRUCTURES DE PRISE EN CHARGE

Article 10: **Maisons d'Accompagnement et de Soins Palliatifs**

Article 11: **Médico-social**, notamment EHPAD

Article 11 quater: **médecin traitant**

5 - ACCOMPAGNEMENT

Article 12: **aidants** et congé de solidarité

Article 13: associations de **bénévoles**

6 - EXPRESSION DE LA VOLONTÉ

Article 14: **plan personnalisé d'accompagnement**

Article 15: **directives anticipées**

Article 16: **procédure collégiale**

Article 17: **mode d'expression alternatifs**

7 - MESURES DIVERSES

Article 18: **campagne d'information** deuil et SP

Article 20 bis A: bénévolat **deuil**

Article 20 quater: **biographie hospitalière**

1 - DEFINITION

- ▶ Rédaction largement inspirée par l'**Organisation Mondiale de la Santé**
- ▶ **Controverse non résolue sur l'intégration de la mention "ne vise ni à hâter ni à différer la survenance du décès"**
- ▶ Institution d'un **réfèrent soins palliatifs** par service hospitalier et ESMS

« Art. L. 1110-10. – L'accompagnement et les soins palliatifs mettent en œuvre le droit fondamental à la protection de la santé mentionné à l'article L. 1110-1. Ils sont destinés et adaptés aux personnes de tout âge et de toute situation physique, mentale ou psychique en souffrance du fait de leur état de santé affecté par une ou plusieurs maladies graves aux conséquences physiques ou psychiques graves et, en particulier, aux personnes approchant de la fin de leur vie. Ils ont pour objet, à la demande de la personne et à l'initiative et sous la conduite des médecins et des professionnels de l'équipe de soins, de garantir une prise en charge globale et de proximité de la personne malade et de ses proches, dans un délai compatible avec son état de santé, afin de préserver sa dignité, son autonomie, sa qualité de vie et son bien-être. Ils sont accessibles sur l'ensemble du territoire national et leur répartition garantit un accès équitable aux personnes malades.

« Dans le respect de la volonté de la personne malade, exprimée dans les conditions prévues à l'article L. 1111-4, l'accompagnement et les soins palliatifs comprennent la prévention, l'évaluation et la prise en charge globale des problèmes physiques, notamment de la douleur et des autres symptômes pénibles, ainsi que la réponse aux souffrances psychiques et aux besoins sociaux et spirituels.

« Ils sont délivrés de façon précoce, active et continue tout au long du parcours de soins de la personne malade. Ils assurent la prise en charge de l'entourage de la personne malade en lui procurant le soutien psychologique et social nécessaire, notamment après le décès de la personne malade.

« L'accompagnement et les soins palliatifs sont pratiqués par une équipe pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle. Ils sont prodigués quel que soit le lieu de résidence ou de soins de la personne malade, y compris dans les lieux de privation de liberté, selon des modalités adaptées. Ils comportent une information et un accompagnement pour la rédaction des directives anticipées définies à l'article L. 1111-11 et pour la désignation de la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6. Les bénévoles mentionnés à l'article L. 1110-11 peuvent intervenir en appui de l'équipe pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle.

2 - ORGANISATION DE LA STRATÉGIE

ARTICLE 2 Organisations territoriales

Renforcement des "organisations territoriales", en charge de:

- coordination de la filière au bénéfice du patient, dans une logique de gradation
- volonté d'homogénéiser et de coordonner les interventions des différents acteurs

ARTICLE 4 Schéma régional

Insertion d'un volet explicite et détaillé sur les soins palliatifs dans le schéma régional de santé

ARTICLE 4 bis Gouvernance

Création d'un comité de gouvernance de la stratégie, incluant:

- collectivités
- Etat
- professionnels de santé
- fédérations hospitalières
- associations de bénévoles
- associations d'usagers
- personnalités qualifiées

ARTICLE 7 Tableau budgétaire

Inscription du détail annuel prévisionnel des décaissements pour la stratégie décennale

ARTICLE 7 bis Rapport sur le mode de financement de l'activité

Proposition de rapport élaboré par le Gouvernement pour refondre le mode de financement et se détacher davantage de la T2A

DECRYPTAGE SFAP

Suite de l'instruction de 2023 qui crée les filières territoriales. Vigilance à ne pas créer de nouvelles complexités sur le territoire

DECRYPTAGE SFAP

Mesure en faveur d'un meilleur déploiement, nouvelle obligation pour les ARS

DECRYPTAGE SFAP

Gouvernance politique mais pas opérationnelle. Risque d'absence de pilotage opérationnel

DECRYPTAGE SFAP

Article symbolique mais sans valeur contraignante

DECRYPTAGE SFAP

Réflexion intéressante mais non contraignante. A appuyer pour effectivement engager les travaux

3 - FORMATION

ARTICLE 8 Obligation de formation

Obligation législative de formation aux soins palliatifs pour:

- Les médecins
- Les infirmier.e.s
- Les professionnels du médico-social

DECRYPTAGE SFAP

Obligation large, bienvenue, visant à accélérer la formation auprès de tous les professionnels
Travail à venir sur les décrets d'application .

ARTICLE 8 ter Formation des directions

Insertion d'une formation à l'éthique dans le cadre des études de direction hospitalière

DECRYPTAGE SFAP

Obligation bénéfique, à préciser par voie réglementaire / dans la maquette pédagogique

ARTICLE 8 quater Expérimentation stages

Expérimentation de 3 ans, visant à inclure des stages pratiques des étudiants en médecine dans les unités de soins palliatifs et les équipes mobiles de soins palliatifs.

DECRYPTAGE SFAP

Mesure très positive pour susciter des vocations.
nécessite une organisation réactive des structures pour accueillir les étudiants

4 - STRUCTURES DE PRISE EN CHARGE

ARTICLE 10 MASP

Création des **maisons d'accompagnement et soins palliatifs** (EMS).

DECRYPTAGE SFAP

Mesure importante pour compléter l'offre de soins palliatifs.
Investissement fort de la SFAP dans la création des premières maisons

ARTICLE 11 EHPAD

Insertion d'un volet obligatoire sur la prise en charge palliative dans les projets d'établissement.

DECRYPTAGE SFAP

Nouvelle obligation pour les EMS, à envisager en parallèle de la formation des professionnels

ARTICLE 11 quater Médecin traitant

Insertion d'une nouvelle obligation au titre des missions du médecin traitant: la prise en charge palliative, et si besoin le suivi et la coordination des différents intervenants.

DECRYPTAGE SFAP

Mesure qui vise à impliquer davantage les professionnels de premier recours

5 - ACCOMPAGNEMENT

ARTICLE 12 **Aidants et congés de** **solidarité**

Demande de rapport au
Gouvernement, visant à
améliorer la reconnaissance du
rôle des aidants et à élargir le
recours au congé de solidarité

DECRYPTAGE SFAP

Encore un rapport...

ARTICLE 13 **Bénévoles**

Structuration du bénévolat à
domicile, via un système de
conventionnement, de
formation et de contrôle

DECRYPTAGE SFAP

Le bénévolat à domicile est un
axe fort de développement
porté par la SFAP.

6 - EXPRESSION DE LA VOLONTÉ

ARTICLE 14 **Plan Personnalisé** **d'Accompagnement**

Création d'un plan personnalisé d'accompagnement, visant à avoir une approche plus large et plus dynamique que celle des directives anticipées.

ARTICLE 15 **Directives anticipées**

Nettoyage de l'article sur les directives anticipées, notamment afin de:

- Inclure les modes de communication alternatifs
- unifier la numérisation au sein des espaces numériques de santé

ARTICLE 16 **Procédure collégiale**

Précisions sur les participants:

- les membres disponibles de l'équipe de soins
- le médecin chargé du patient
- dans la mesure du possible le médecin traitant
- le médecin référent de la structure médico-sociale
- un professionnel de l'équipe qui l'accompagne

ARTICLE 17 **Modes de communication**

Inscription des modes alternatifs de communication, lorsque l'écrit est impossible, comme mode juridiquement valide d'expression du consentement

DECRYPTAGE SFAP

Mesure positive, inspirée de l'Advance Care Planning, qui ne doit pas être transformée en une obligation administrative sans plus-value pour le patient

DECRYPTAGE SFAP

Mesure d'optimisation plutôt technique.

DECRYPTAGE SFAP

DECRYPTAGE SFAP

Adaptation aux nouvelles modalités techniques d'expression

7 - MESURES DIVERSES

ARTICLE 18 **Campagnes d'information**

Création de deux campagnes d'information à destination du grand public :

- Deuil
- Soins Palliatifs

ARTICLE 20 bis A **Accompagnement du deuil**

Création d'un bénévolat orienté sur l'accompagnement du deuil

ARTICLE 20 quater **Biographies hospitalières**

Création d'une expérimentation visant à généraliser la biographie hospitalière

DECRYPTAGE SFAP

Première campagne publique pour faire la promotion des soins palliatifs.

DECRYPTAGE SFAP

Mesure positive, à organiser en lien avec les associations de bénévoles d'accompagnement.

DECRYPTAGE SFAP

Mesure utile, mais qui interroge sur l'absence de soutien à d'autres dispositifs non médicamenteux.

III - Proposition de loi

“AIDÉ À MOURIR”



Société Française
d'Accompagnement
et de soins Palliatifs

LE CONTENU

Détail du dispositif



Société Française
d'Accompagnement
et de soins Palliatifs

L'ORGANISATION GÉNÉRALE DU TEXTE

LA DEFINITION

Article 1: codification CSP

Article 2: Définition

Article 3: Insertion au titre du droit à la santé et à l'apaisement (L1110-5 CSP)

LES CRITÈRES

Article 4: critères d'accès

LA PROCÉDURE

Article 5: Demande et premières obligations du médecin

Article 6: Procédures d'examen et délais de réflexion

Article 7: date et lieu d'administration de la substance létale

Article 8: Préparation de la substance létale

Article 9: Administration de la substance létale

Article 10: Fin de la procédure

Article 11: Tracabilité des actes

Article 12: Recours

Article 13: Décret

CLAUSE DE CONSCIENCE

Article 14: Clause de conscience et obligation légales

CONTRÔLE et EVALUATION

Article 15: Commission de contrôle

Article 16: Aspects pharmaceutiques

DISPOSITIONS DIVERSES

Article 18: remboursement sécurité sociale

Article 19: neutralisation des effets assurantiels

Article 19 bis: généralisation Outre-Mer

DEFINITION

ARTICLE 1 à 3

- ▶ Cette proposition de loi insère dans le Code de la santé publique **un droit à “l’aide à mourir”**, défini comme le droit pour une personne éligible d’être autorisée à recourir à une substance létale.
- ▶ Celle-ci peut **s’auto-administrer** la substance ou, lorsqu’elle n’en est pas physiquement capable, **se la faire administrer par un médecin ou un infirmier**.
- ▶ Les professionnels de santé participant à la procédure sont **dégagés de toute responsabilité pénale**.
- ▶ Le texte modifie également le **Code de la sécurité sociale**, le **Code des assurances** et le **Code de la mutualité** pour adapter ces régimes au nouveau dispositif.

CRITÈRES

ARTICLE 4

L'accès à l'aide à mourir est subordonné à la réunion de 5 conditions :

- ▶ **Âge** : être âgé d'au moins 18 ans.
- ▶ **Nationalité ou résidence** : être de nationalité française ou résider de façon stable et régulière en France.
- ▶ **Nature de la pathologie** : être atteint d'une affection grave et incurable engageant le pronostic vital, en phase avancée (processus irréversible d'aggravation affectant la qualité de vie) **ou** en phase terminale.
- ▶ **Nature de la souffrance** :
Présenter une souffrance liée à l'affection, **soit** réfractaire aux traitements, **soit** jugée insupportable par la personne lorsqu'elle a choisi de ne pas recevoir ou d'arrêter un traitement.
Une souffrance exclusivement psychologique ne suffit pas.
- ▶ **Aptitude à consentir** : être en mesure de manifester une volonté libre et éclairée. Cette aptitude est vérifiée à plusieurs reprises au cours de la procédure. Des règles particulières s'appliquent aux personnes faisant l'objet d'une mesure de protection juridique.

PROCÉDURE - DEMANDE

ARTICLE 5

- ▶ La personne adresse une **demande écrite**, ou par un autre moyen si elle ne peut pas écrire, à un **médecin en activité**, sans lien familial, conjugal ou successoral avec elle.
- ▶ La demande ne peut pas être formulée lors d'une téléconsultation.
- ▶ Le médecin informe la personne de :
 - son état de santé
 - des traitements disponibles
 - des possibilités de soins palliatifs
- ▶ Il lui propose, ainsi qu'à ses proches, un accompagnement psychologique effectif.

PROCÉDURE - INSTRUCTION ET DÉCISION

ARTICLE 6

- ▶ Le médecin réunit un collège pluriprofessionnel comprenant **un médecin spécialiste de la pathologie concernée** (qui peut examiner la personne), **un auxiliaire médical** (qui de préférence intervient dans le traitement de la personne) D'autres professionnels de santé ou psychologues **peuvent** être associés.
A la demande de la personne, l'avis de la personne de confiance ou d'un proche désigné par elle peut être recueilli
- ▶ La décision motivée est notifiée par le médecin dans un délai de **15 jours**.
- ▶ Après notification de l'avis favorable, la personne doit respecter un délai de réflexion d'au moins **2 jours** avant de confirmer sa demande. Si la confirmation intervient plus de trois mois après la notification, une nouvelle évaluation de la volonté est requise.

PROCÉDURE - PRÉPARATION ET ADMINISTRATION

ARTICLES 7 à 11

- ▶ La **date d'administration** est fixée d'un commun accord entre la personne et le médecin.
- ▶ L'administration peut avoir lieu au **domicile** ou dans **tout lieu** choisi par la personne, à l'**exclusion de la voie publique**.
- ▶ Le médecin prescrit la substance létale, préparée par une PUI et délivrée par elle -ou par une officine- au médecin ou à l'infirmier.
- ▶ Le consentement est revérifié le jour même.
- ▶ **La présence d'un médecin ou d'un infirmier** aux côtés de la personne lors de l'aide à mourir est obligatoire : ils assurent la surveillance de l'administration de la substance létale par la personne, ou l'administration lorsque la personne n'est pas en capacité de la faire elle-même.
- ▶ Une fois la substance létale administrée, la présence du professionnel de santé aux côtés de la personne n'est plus obligatoire. « **Il reste toutefois présent dans la même pièce pour pouvoir intervenir en cas de difficulté** »
- ▶ Les substances létales non utilisées sont restituées et détruites.
- ▶ La procédure d'aide à mourir est interrompue en cas de rétractation du patient, de pression avérée ou de disparition des conditions d'éligibilité.

CLAUSES, OBLIGATIONS, CONTRÔLE ET SANCTIONS

ARTICLES 14 à 17

- ▶ **Aucun médecin ni infirmier n'est tenu de participer à la procédure.** En cas de refus, il doit communiquer au patient demandeur le nom de professionnels de santé disposés à participer à la mise en œuvre de l'aide à mourir.
- ▶ Les établissements sanitaires et médico-sociaux **sont tenus de permettre l'intervention de professionnels pratiquants l'aide à mourir**, y compris extérieurs à l'établissement. Cette obligation pèse sur le directeur d'établissement.
- ▶ **Une commission de contrôle et d'évaluation assure le suivi a posteriori** de chaque procédure et peut saisir les ordres professionnels ou le parquet.

ASPECTS FINANCIERS

ARTICLES 18 et 19

- ▶ L'ensemble des frais liés à l'aide à mourir est **pris en charge par l'Assurance maladie** sans participation de l'assuré, sans dépassement d'honoraires.
- ▶ Les **contrats d'assurance-décès** couvrent de plein droit les décès résultant du dispositif.

LE DÉCRYPTAGE

Pour aller plus loin



Société Française
d'Accompagnement
et de soins Palliatifs

PRÉAMBULE

LA BATAILLE SÉMANTIQUE

- ▶ Aide à mourir, aide active à mourir, euthanasie, suicide assisté, mort provoquée: **bataille autour de la compassion**
- ▶ Acte médical, soin, préparation magistrale, substance létale: **bataille autour du champ lexical du soin**

Soin

VS

Aide à mourir



UNE CONFUSION ENTRE “AIDE À MOURIR” ET ACTE DE SOIN

ASSIMILATION TOTALE AUX ACTES DE SOIN

- ▶ La proposition de loi inscrit un « Droit à l'aide à mourir » (euthanasie et suicide assisté) **dans le code de la santé publique.**
 - ▶ En son article 3, elle prévoit même que l'aide à mourir soit intégrée au « **droit de recevoir les traitements et les soins les plus appropriés** », article L1110-5 du Code de la Santé Publique
 - ▶ Or, les textes fondateurs sont explicites : « Les actes médicaux sont des actes de prévention, d'investigation, de traitement et de soin » (article L 1110-5).
 - ▶ La prescription et l'administration d'une substance létale poursuivent un **objectif qui n'est ni thérapeutique ni préventif.**
- => L'« aide à mourir » n'est pas un acte médical, ni un acte de soin, ce que prévoit pourtant de fait la proposition de loi actuellement en examen au Parlement

UNE CONFUSION ENTRE “AIDE À MOURIR” ET ACTE DE SOIN

IMPLICATION SOIGNANTE FORTE ET COERCITION DES PROFESSIONNELS ET DES STRUCTURES

- ▶ Présence du **médecin ou infirmier** à toutes les étapes de la procédure
- ▶ Clause de conscience **conditionnée à l’adressage sans délai à un professionnel de santé** disposé à mettre en oeuvre la procédure
- ▶ **Absence de clause de conscience pour les pharmaciens**, tant pour la préparation de la substance que pour sa délivrance.
- ▶ Coercition sur **le responsable de l’établissement ou du service**

Loi d'exception VS droit universel



DES CONDITIONS D'ACCÈS À “L'AIDE À MOURIR” LARGES ET FLOUES

- ▶ « **Affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause** » : concerne un grand nombre d'affections dont les ALD touchant 13,8 millions de personnes (IGAS-IGF, 2024).
- ▶ « **qui engage le pronostic vital** » : L'absence d'horizon temporel prive ce critère de toute portée.
- ▶ « **en phase avancée** » : La Haute autorité de santé (avis du 30 avril 2025) rappelle l'impossibilité de définir objectivement un pronostic temporel à l'échelle individuelle”, La notion retenue est donc **strictement subjective** : “l'entrée dans un processus irréversible marqué par l'aggravation de l'état de santé de la personne malade qui affecte sa qualité de vie”.
- ▶ « souffrance physique ou psychologique (...) insupportable **selon la personne** »: Aucune instance médicale ou juridique ne dispose d'outils pour objectiver la notion de « souffrance insupportable », qui est strictement subjective.
- ▶ « **Lorsque celle-ci a choisi de ne pas recevoir ou d'arrêter de recevoir un traitement** » Le refus de traitement devient un critère d'éligibilité à “l'aide à mourir”.

=> **La proposition de loi vise donc à ouvrir un “droit à la mort” accessible le plus largement possible.**

DES CONDITIONS D'ACCÈS À “L'AIDE À MOURIR” LARGES ET FLOUES

▶ **Maladies neuroévolutives :**

150 000 personnes atteintes de la maladie de Parkinson ;
120 000 cas de sclérose en plaque ;
7 500 patients atteints de sclérose latérale amyotrophique (SLA).

▶ **Pathologies cancéreuses :**

Plus de 450 000 patients atteints de cancers métastatiques.

▶ **Maladies cardiovasculaires et métaboliques :**

500 000 patients avec une insuffisance cardiaque ;
120 000 patients diabétiques insulino-dépendants.

▶ **Pathologies respiratoires :**

150 000 personnes souffrant d'insuffisance respiratoire chronique oxygénodépendante.

▶ **Insuffisance rénale terminale :**

100 000 personnes dialysées en France, avec 10 000 nouveaux cas chaque année.

=> Ces estimations suggèrent que plus d'un million de personnes pourraient, en théorie, être éligibles à une demande d'aide à mourir.

Procédure protectrice VS Fluidité du parcours



UNE PROCÉDURE QUI NE GARANTIT PAS LA PROTECTION DES PLUS VULNÉRABLES

► Une décision solitaire

Le médecin consultant **peut ne pas examiner la personne** “s’il ne l’estime pas nécessaire”. L’auxiliaire médical consulté **peut ne pas connaître la personne** (“à défaut, un autre”);
La consultation d’autres professionnels est **facultative** (“peut convier” d’autres professionnels);
L’équipe de soins et le médecin traitant ne sont pas nécessairement consultés.
Le recueil de l’avis de la personne de confiance n’est **pas obligatoire**.

► Des délais minimalistes

Le médecin doit statuer dans un délai maximal de 15 jours (art. 6 al. 13). Ces délais sont **très inférieurs aux standards internationaux** : 3 mois en Autriche, 1 mois en Belgique, 90 jours au Canada.
Le délai de réflexion est de 48 heures, un **délai plus court que pour des actes de la vie courante autrement moins engageants** (14 jours pour un crédit à la consommation).

► Un accès facilité

La loi permet l’acte létal en hôpital, en EHPAD, à domicile, voire partout ailleurs, hors voie publique et espace publics (art. 7 al 4). Ce **large éventail de lieux** (plus large que toutes les législations étrangères hormis le Québec) expose à des risques majeurs - dérives commerciales notamment).

L'ABSENCE DE PRISE EN CHARGE ADAPTÉE PRÉALABLEMENT À LA PROCÉDURE LÉTALE

- ▶ Pas d'obligation d'un **avis psychologique ou psychiatrique**.
- ▶ Pas de consultation obligatoire du **médecin expert pour les personnes sous mesure de protection**
- ▶ Pas d'obligation de **prise en charge palliative effective**.

UN CONTRÔLE A MINIMA QUI NE POURRA PAS PRÉVENIR LES ABUS

- ▶ **Aucun dispositif de contrôle a priori n'est prévu.** Le contrôle de la commission s'exercera a posteriori, à partir des informations communiquées par le médecin (art. 15).
Ce modèle s'inspire de commission fédérale belge, qui n'a transmis à la justice qu'1 cas problématique sur plus de 35 000 euthanasies.
- ▶ Il n'y a **pas de recours juridictionnel effectif en dehors du droit de la personne ayant exprimé la demande d'aide à mourir**, et de manière dérogatoire pour la personne en charge d'une mesure de protection (délai max de 48h). Or le droit de recours est un principe de valeur constitutionnelle.

LECTURE POLITIQUE



LES ENSEIGNEMENTS DU DERNIER SCRUTIN

1 - Une opposition parlementaire en croissance

Dans les votes:

305, puis 299, puis 295 pour

199, puis 226, puis 232 contre,

57, puis 37, puis 35 abstentions

Opposition de la majorité sénatoriale, avec rejet en première et deuxième lecture

2 - L'absence de recherche de compromis

Une majorité étroite souhaite adopter un texte sans accepter aucun amendement de compromis ou de prudence

3 - Une division entre partisans

Cadre "d'exception pour les cas limites", VS "norme large pour tous, nouveau droit"

4 - La course à l'adoption avant la présidentielle

=> Alors que le problème d'opinion et le problème politique ne sont à ce stade pas résolus, voire vont en s'amplifiant, le Gouvernement accélère la procédure législative pour clore le dossier avant l'été 2026.

ADHÉRER À LA SFAP
C'EST REJOINDRE UN COLLECTIF
D'ÉCHANGE ET DE TRAVAIL.



C'EST NOUS SOUTENIR, NOUS RENFORCER.
C'EST PARTICIPER À LA VIE DE LA SFAP,
INTÉGRER UN GROUPE DE TRAVAIL.