



SCHIZOPHRÉNIE ET BIPOLARITÉ CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE: ENJEUX DU VIEILLISSEMENT ET ORGANISATION D'UN EHPAD À VOCATION PSYCHIATRIQUE

Vendredi 12 juin 2026
Congrès SGOC 2026



Dr Alexis LEPETIT
Psychiatre – Gériatre

Groupe ACPPA
Hospices Civils de Lyon

Equipe TIGER, Centre de Recherche en
Neurosciences de Lyon CRNL U1028 UMR5292

Société Francophone de Psychogériatrie et de
Psychiatrie de la Personne Âgée

CONFLITS ET LIENS D'INTÉRÊT

■ Avec le sujet de cette communication

- Médecin salarié du groupe ACPPA

■ Sans lien avec le sujet de cette communication

- Laboratoires Lundbeck
 - Investigateur principal protocole Memory
 - Symposium satellite (congrès SF3PA 2019, 2023 et 2024)
 - Participation à un board d'expert (2023)
- Acadia Pharmaceuticals
 - Investigateur associé protocole ACP-103-032
 - Investigateur associé protocole ACP-103-033
- Laboratoire Delbert

PLAN DE L'INTERVENTION

- Schizophrénie
- Bipolarité
- Un EHPAD pas tout à fait comme les autres

Schizophrénie

FRÉQUENCE DE LA SCHIZOPHRÉNIE

EPIDÉMIOLOGIE

■ Fréquence

- entre 0,8 et 1% de la population générale

■ Sex ratio en défaveur du sexe masculin (1.4)

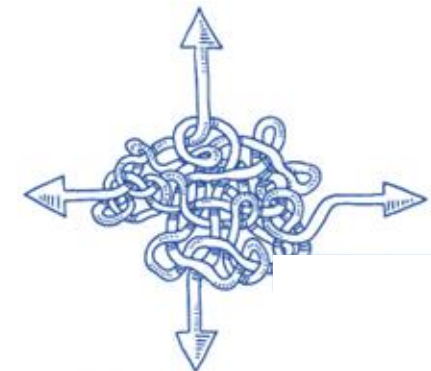
■ Âge d'apparition

- Entre 20 et 30 ans
- Premiers symptômes plus précoces chez l'homme (20-28 ans) que chez la femme (26-32 ans)



SYMPTÔMES DE LA SCHIZOPHRÉNIE

- Symptômes « positifs »
- Symptômes « négatifs »
- Désorganisation



SYMPTÔMES POSITIFS

EX-DÉLIRE PARANOÏDE

■ Hallucinations

- **Définition:** perception sans objet à percevoir
- Dans la schizophrénie, elles sont généralement
 - Acoustico-verbales (de bruits très simples jusqu'à des phrases construites)
 - Intra-psychiques ou psychosensorielles auditives
 - Contenu souvent négatif (commentaire d'actes, insultes, injonction auto ou hétéro-agressive), plus rarement positif

■ Délire

- **Définition:** construction psychique déréelle entraînant une conviction inébranlable survenant dans une conscience claire
- Dans la schizophrénie, on parle de délire paranoïde
 - Généralement flou
 - De mécanisme interprétatif ou intuitif
 - Contenu souvent négatif: persécution, influence, spoliation, plus rarement positif (délire mégalomane, messianique...)

SYMPTÔMES NÉGATIFS

EX-REPLI AUTISTIQUE

■ Principaux symptômes

- Difficulté à communiquer (alogie)
- Diminution voire impossibilité de ressentir du plaisir (anhédonie)
- Manque de volonté et de motivation (aboulie)
- Pauvreté de la pensée
- Retrait social (isolement)
- Diminution dans l'expression des émotions (émoussement affectif)

DÉSORGANISATION

EX-DISSOCIATION

- Désorganisation cognitive (de la pensée)
 - Discours décousu, diffluent (coq à l'âne) et/ou hermétique
 - Barrage, fading mental
 - Altération du système logique
 - Altération du langage: néologisme voire néolangage
- Désorganisation affective (des émotions)
 - Ambivalence affective
 - Sourires immotivés
- Désorganisation comportementale
 - Maniérisme gestuel
 - Syndrome catatonique

VIEILLISSEMENT DE LA SCHIZOPHRÉNIE À DÉBUT PRÉCOCE

HJORTHØJ ET AL. LANCET PSYCHIATRY 2017

■ Schizophrénie

■ Espérance de vie moyenne: **64,7 ans**

■ Femme: 67,6 ans

■ Homme: 59,9 ans

■ Années de vie perdues (moyenne): **14,5 années**

THE LANCET
Psychiatry

ARTICLES | VOLUME 4, ISSUE 4, P295-301, APRIL 2017

Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis

Dr Carsten Hjorthøj, PhD • Anne Emilie Stürup, MD • Prof John J McGrath, PhD • Prof Merete Nordentoft, DMSc

SCHIZOPHRÉNIE ET VIEILLISSEMENT

HOWARD ET AL. 2000

Late-Onset Schizophrenia and Very-Late-Onset
Schizophrenia-Like Psychosis:
An International Consensus

Robert Howard, M.D., Peter V. Rabins, M.D., M.P.H., Mary V. Seeman, M.D.,
Dilip V. Jeste, M.D., and the International Late-Onset Schizophrenia Group

- Schizophrénie à début précoce et avançant en âge
 - Schizophrénie vieillissante

- Schizophrénie tardive (late-onset schizophrenia)
 - **Début après 40 ans**

- Psychose d'allure schizophrénique très tardive (very-late-onset schizophrenia-like psychosis)
 - **Début après 60 ans**

VIEILLISSEMENT DE LA SCHIZOPHRÉNIE À DÉBUT PRÉCOCE

CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES

- Augmentation des symptômes négatifs
- Peu ou pas d'évolution concernant les symptômes positifs et désorganisés
 - Pour certains auteurs, ils diminuent en nombre et en intensité avec l'âge
 - Pour d'autres, ils n'évoluent pas mais sont moins prégnants du fait de l'augmentation des symptômes négatifs (repli, moindre verbalisation)
- Sur le plan cognitif, 2 profils
 - Bon pronostic: l'avancée en âge n'entraîne qu'une perte cognitive légère à modérée (malgré les troubles cognitifs pré-existants dus à la schizophrénie)
 - Mauvais pronostic: l'avancée en âge aggrave drastiquement les troubles cognitifs pré-existants dus à la schizophrénie

COMPARATIF SÉMIOLOGIQUE

CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES

Caractéristiques principales	Schizophrénie précoce (EOS) (<40 ans)	Schizophrénie tardive (LOS) (40-60 ans)	Trouble très tardif / VLOSLP (>60 ans)	Sources
Sexe prédominant	Hommes	Femmes	Femmes fortement	(Monji & Mizoguchi, 2021; Kassm et al., 2021; Ikeda & Jeste, 2023; Pearman & Batra, 2012)
Symptômes négatifs	Fréquents, marqués	Moins fréquents	Rares ou absents	(Monji & Mizoguchi, 2021; Kassm et al., 2021; Eissa et al., 2013; Prabhu et al., 2024)
Symptômes positifs	Présents	Présents	Hallucinations auditives/visuelles, délires persécutatoires/partition fréquents	(Monji & Mizoguchi, 2021; Hanssen et al., 2015; Prabhu et al., 2024; Van Assche et al., 2019)
Délire des cloisons (<i>partition delusion</i>)	Rare	Possible	Fréquent	(Prabhu et al., 2024; Van Assche et al., 2019)
Hallucinations auditives	Fréquentes	Fréquentes	Très fréquentes	(Hanssen et al., 2015; Prabhu et al., 2024; Van Assche et al., 2019)
Hallucinations visuelles	Peu fréquentes	Plus fréquentes que EOS	Très fréquentes	(Prabhu et al., 2024; Van Assche et al., 2019; Kanemoto et al., 2022)

SCHIZOPHRÉNIE ET TROUBLE NEUROCOGNITIF MAJEUR

CAI ET AL. 2018

Neuropsychiatric Disease and Treatment

Dovepress

open access to scientific and medical research

Open Access Full Text Article

REVIEW

Schizophrenia and risk of dementia: a meta-analysis study

Dovepress

Schizophrenia and risk of dementia: a meta-analysis study

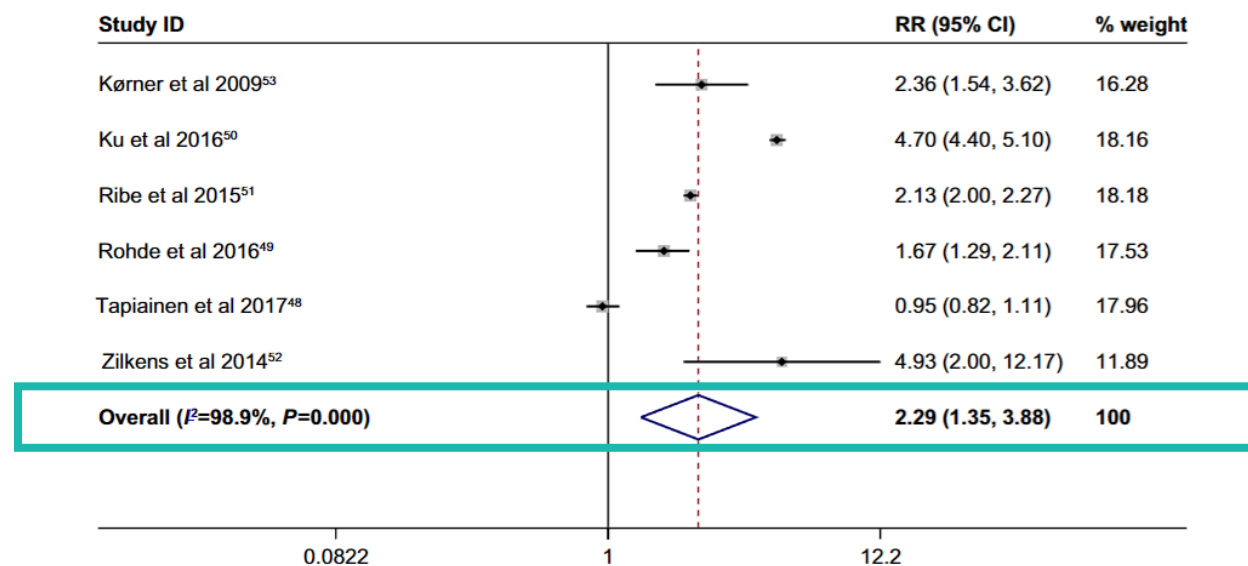


Figure 2 Meta-analysis of the association between schizophrenia and dementia incidence. The random-effects model was used. There was a highly significant difference between the two groups ($P=0.002$).

Note: Weights are from random effects analysis.

Abbreviation: RR, relative risk.

ANTIPSYCHOTIQUES

STEPIEN-WYROBIEC ET AL. 2022

- Privilégier les antipsychotiques de 2^e génération
 - Risperidone
 - Olanzapine
 - Amisulpride
 - Ziprasidone
 - Cariprazine
 - Clozapine

- **Start low, go slow**

- Doses souvent inférieures à celle de l'adulte jeune

- Si symptômes négatifs prédominants
 - Clozapine
 - *Cariprazine*
 - Amisulpride

Check for updates

OPEN ACCESS

Crossroad between current knowledge and new perspective of diagnostic and therapy of late-onset schizophrenia and very late-onset schizophrenia-like psychosis: An update

Olga Stępień-Wyrobiec^{1,2*}, Marta Nowak³,
Grzegorz Wyrobiec³, Emilia Morawiec^{4,5,6},
Magdalena Wierzbik-Strońska⁷, Rafat Staszkiwicz^{4,8} and
Beniamin Oskar Grabarek^{4,6,9}

ANTIPSYCHOTIQUES D'ACTION PROLONGÉE

WEI ET AL. 2025

- Etude observationnelle
- Cohorte de 24 985 personnes \geq 65 ans
- Diagnostic de schizophrénie,
- Hong Kong entre 2004 et 2023.

THE LANCET
Psychiatry

[This journal](#) [Journals](#) [Publish](#) [Clinical](#) [Global health](#) [Multimedia](#) [Events](#) [About](#)

ARTICLES · Volume 12, Issue 11, P830-840, November 2025

Disease relapse, all-cause mortality, and adverse events associated with long-acting injectable antipsychotics versus oral antipsychotics in older people with schizophrenia in Hong Kong: a population-based within-subject analysis

[Yue Wei, PhD](#)^{a,b} · [Vincent K C Yan, PhD](#)^{a,b} · [Prof David J Castle, MD](#)^{c,d} · [Caige Huang, BSc](#)^b · [Eunice Kehui Deng, MPharm](#)^b · [Shek-Ming Leung, MCLinPharm](#)^e · et al.

- Lors des périodes avec APAP par rapport à antipsychotique oral,
 - **Risque plus faible d'hospitalisation pour schizophrénie** (ratio de taux d'incidence, RTI= 0,71)
 - **Risque plus faible de décès toutes causes confondues** (HR=0,23)
 - Pas de différence de risque d'hospitalisation pour maladie CV (RTI=1,04), pathologie aigue hépatique (RTI=1,11) ou rénale (RTI=0,96)
 - Risque plus élevé d'effets extra-pyramidaux (RTI=2,17)




SCHIZOPHRÉNIE RÉSISTANTE

DONG ET AL. 2023

ORIGINAL PAPER



A network meta-analysis of efficacy, acceptability, and tolerability of antipsychotics in treatment-resistant schizophrenia

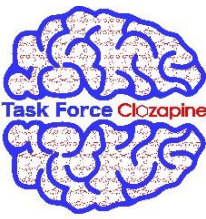
Shimeng Dong¹ · Johannes Schneider-Thoma¹ · Irene Bighelli¹ · Spyridon Sifakis¹ · Dongfang Wang¹ · Angelika Burschinski¹ · Kristina Schestag¹ · Myrto Samara^{1,2} · Stefan Leucht¹ 

Conclusions

The results of the current network meta-analysis, together with those of observational and register-based studies [53–56] and their meta-analysis [57] in which clozapine was associated with lowest treatment failure rates and the highest effectiveness, still make clozapine the drug of choice for treatment-resistant patients.

CLOZAPINE ET PERSONNES ÂGÉES

VERDOUX H., LEPETIT A. & DE LEON J. 2025



Taylor & Francis
Taylor & Francis Group

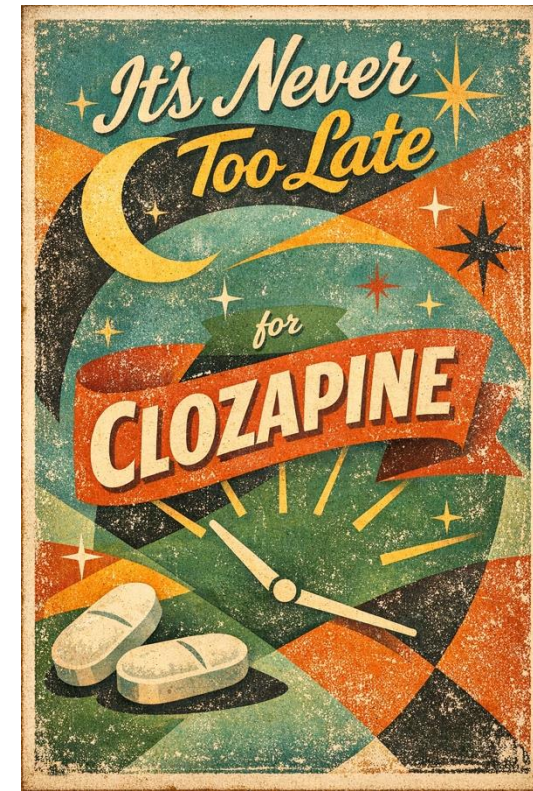


5. Conclusion

The paucity of evidence to guide CLO initiation and prescribing practice in older adults with SMI is the main finding of this review. Ageism limiting the inclusion of older adults in controlled studies is a general issue in medicine but is particularly marked for CLO users with SMI [4,75]. A key message is that older adults should not be deprived of a CLO trial solely on the basis of age: it is never too late to initiate CLO, even after decades of unsuccessful treatment with other antipsychotics. Further clinical trials and pharmaco-epidemiological studies are required to explore how to adapt CLO treatment to physiological aging or incident comorbidities and co-prescriptions.

Clozapine for older adults with severe mental illness: a systematic review and expert recommendations for clinical practice

Héline Verdoux, Alexis Lepetit & Jose de Leon



Bipolarité

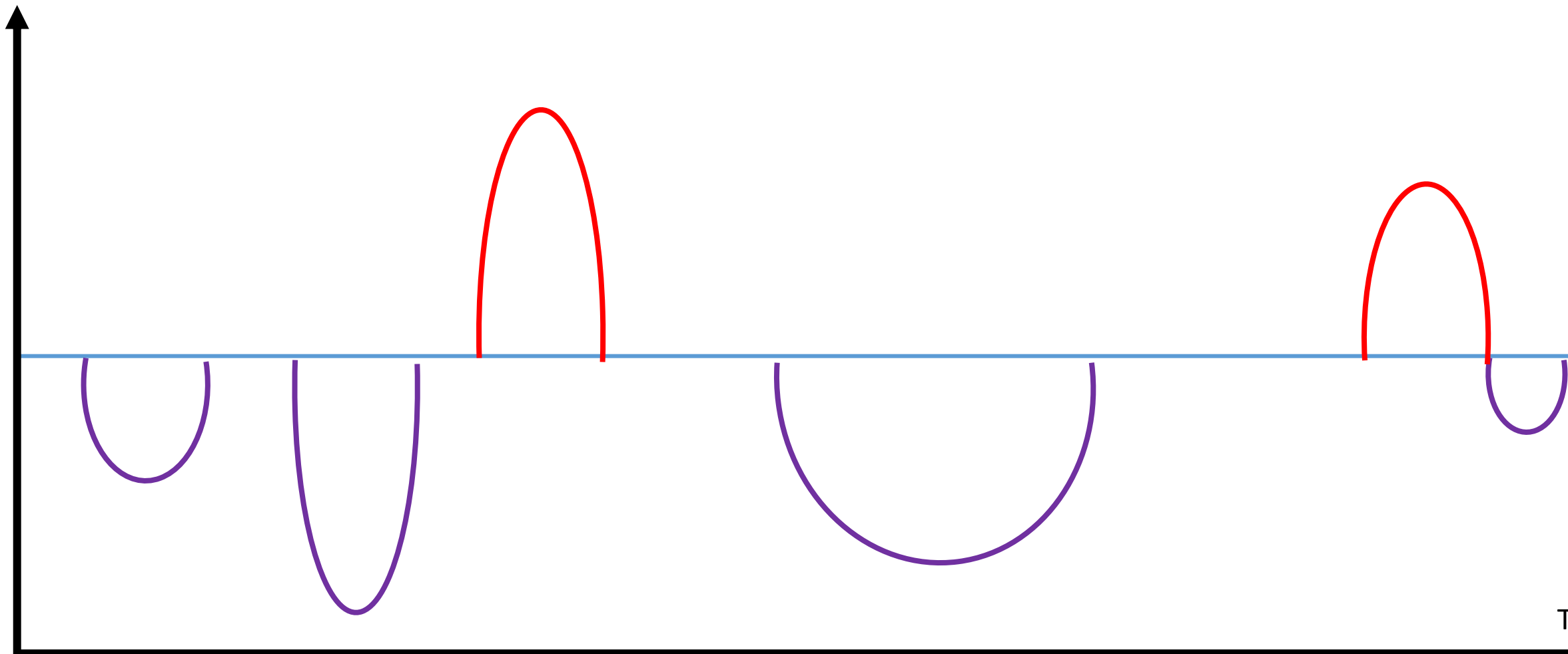
FRÉQUENCE DU TROUBLE BIPOLAIRE

- **Trouble bipolaire: 1% et 2,5% de la population en France, soit entre 650.000 et 1.600.000 personnes** (source Fondation FondaMental)
- Sex-ratio (source OMS 2021)
 - Légère sur-prévalence féminine
 - France 1,29 femme/1 homme
 - Monde: 1,06 femme/1 homme
- Âge d'apparition
 - 20 ans environ
 - Retard diagnostique souvent important

DIAGRAMME D'HUMEUR: TROUBLE BIPOLAIRE

EN THÉORIE

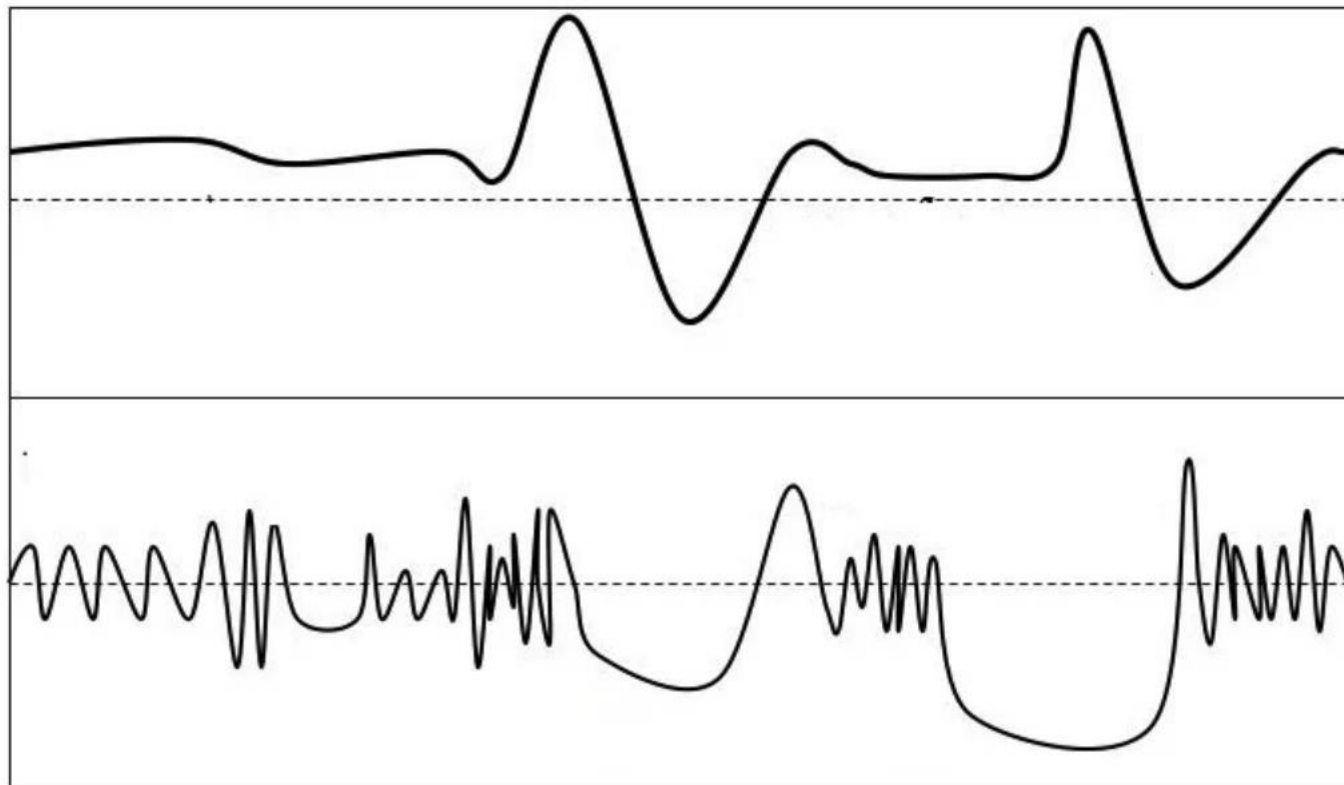
Polarité



Temps

DIAGRAMME D'HUMEUR

DANS LA VRAIE VIE



BIPOLARITÉ ET MORTALITÉ

CHAN ET AL. 2022

Life expectancy and years of potential life lost in bipolar disorder: systematic review and meta-analysis

Joe Kwun Nam Chan, CoCo Ho Yi Tong, Corine Sau Man Wong, Eric Yu Hai Chen and Wing Chung Chang

- Espérance de vie moyenne: **66,88 ans**
 - Femme: 70,51 ans
 - Homme: 64,59 ans

- Années de vie perdues (moyenne): **12,89 années**

TERMINOLOGIE

3 CAS DE FIGURE SCHÉMATIQUES

- Trouble bipolaire à début précoce (avant 40 ans)
 - Vieillessement d'un trouble bipolaire de survenue à l'âge adulte jeunes
- Trouble bipolaire à début tardif (après 40 ans)
 - Bipolarisation tardive d'un trouble dépressif récurrent
 - (Hypo)Manie secondaire

PARTICULARITÉS CLINIQUES AVEC LE VIEILLISSEMENT

SAJATOVIC ET AL. 2015

BIPOLAR DISORDERS

AN INTERNATIONAL JOURNAL OF PSYCHIATRY AND NEUROSCIENCES

Bipolar Disorders 2015; 17: 689-704

© 2015 John Wiley & Sons A/S
Published by John Wiley & Sons Ltd
BIPOLAR DISORDERS

Review Article

A report on older-age bipolar disorder from the International Society for Bipolar Disorders Task Force

Clinical presentation and missed diagnosis. Only minor differences have been found in the phenomenology of older versus younger patients with BD (10, 26) and of EOBD versus LOBD (3). Dif-

Il n'y a que des différences mineures entre la symptomatologie des patients jeunes bipolaires et des patients âgés bipolaires

PARTICULARITÉS CLINIQUES AVEC LE VIEILLISSEMENT

SHOBASSY 2021

Current Psychiatry Reports (2021) 23: 5
<https://doi.org/10.1007/s11920-020-01216-6>

COMPLEX MEDICAL-PSYCHIATRIC ISSUES (MB RIBA, SECTION EDITOR)



Elderly Bipolar Disorder

Ahmad Shobassy¹

Table 1 Differences between bipolar disorder characteristics in geriatric and non-geriatric adults

Geriatric bipolar disorder	Non-geriatric bipolar disorder
Manic episodes are less severe [10, 11]	Manic episodes are more severe
Longer time gap between first manic and first depressive episode (17 years) [10]	Shorter time gap between first manic and first depressive episode (3.5 years)
More likely to relapse into depression after mania [10]	Less likely to relapse into depression after mania
More frequent rapid cycling [11]	Less frequent rapid cycling
Less frequent psychotic features [11]	More frequent psychotic features
Less frequent suicide attempts for the past year [11]	More frequent suicide attempts for the past year
Lower overall cognitive function and executive function and more frequent cognitive disorders [12, 13]	Higher overall cognitive function and executive function and less frequent cognitive disorders
Larger number of used medication classes [12] but less likely to receive antipsychotic treatment after discharge [10]	Smaller number of used medication classes but more likely to receive antipsychotic treatment after discharge
More likely to receive antidepressants [11]	Less likely to receive antidepressants
More likely to use case-management and conservator services and less likely to use inpatient, outpatient, emergency services, and crisis residential psychiatric care [13]	Less likely to use case-management and conservator services and more likely to use inpatient, outpatient, emergency services, and crisis residential psychiatric care

Épisodes maniaques moins sévères

Plus de risque d'évoluer vers un épisode dépressif au décours d'un épisode maniaque

Symptômes délirants et hallucinatoires moins fréquents pendant les épisodes

PARTICULARITÉS CLINIQUES AVEC LE VIEILLISSEMENT

EYLER ET AL. 2026

REVIEW ARTICLE **OPEN**

The spectrum of bipolar disorder in older adults

Lisa T. Eyler^{1,5}, Federica Klaus¹, Angelina Van Dyne², Hui Xin Ng³, Annemiek Dols⁴ and Martha Sajatovic⁵

© The Author(s) 2026

- Cohorte GAGE-BD (Global Aging and Geriatric Experiments in BD)
 - 5000 participants depuis 2019
 - Principaux résultats
 - **Fréquence des états mixtes (70%)**
 - **Moindre sévérité des symptômes maniaques**
 - Pas de différences d'intensité entre OABD (>50 ans) et OOADB (>70 ans)

BIPOLARITÉ DU SUJET ÂGÉ ET SUICIDE

SAJATOVIC ET AL. 2015

BIPOLAR DISORDERS
AN INTERNATIONAL JOURNAL OF PSYCHIATRY AND NEUROSCIENCES
Bipolar Disorders 2015; 17: 689-704
© 2015 John Wiley & Sons A/S
Published by John Wiley & Sons Ltd
BIPOLAR DISORDERS

Review Article

A report on older-age bipolar disorder from the International Society for Bipolar Disorders Task Force

- Le risque suicidaire est maximal à l'âge de 35 ans
- Diminution du risque suicidaire en population âgée bipolaire
 - **Biais des survivants**

SURRISQUE DE TROUBLE NEUROCOGNITIF MAJEUR

VELOSA ET AL. 2020

Acta Psychiatrica Scandinavica

Acta Psychiatr Scand 2020; 141: 510–521
All rights reserved
DOI: 10.1111/acps.13153

© 2020 John Wiley & Sons A/S. Published by John Wiley & Sons Ltd
ACTA PSYCHIATRICA SCANDINAVICA

Systematic Review Or Meta-Analysis

Risk of dementia in bipolar disorder and the interplay of lithium: a systematic review and meta-analyses

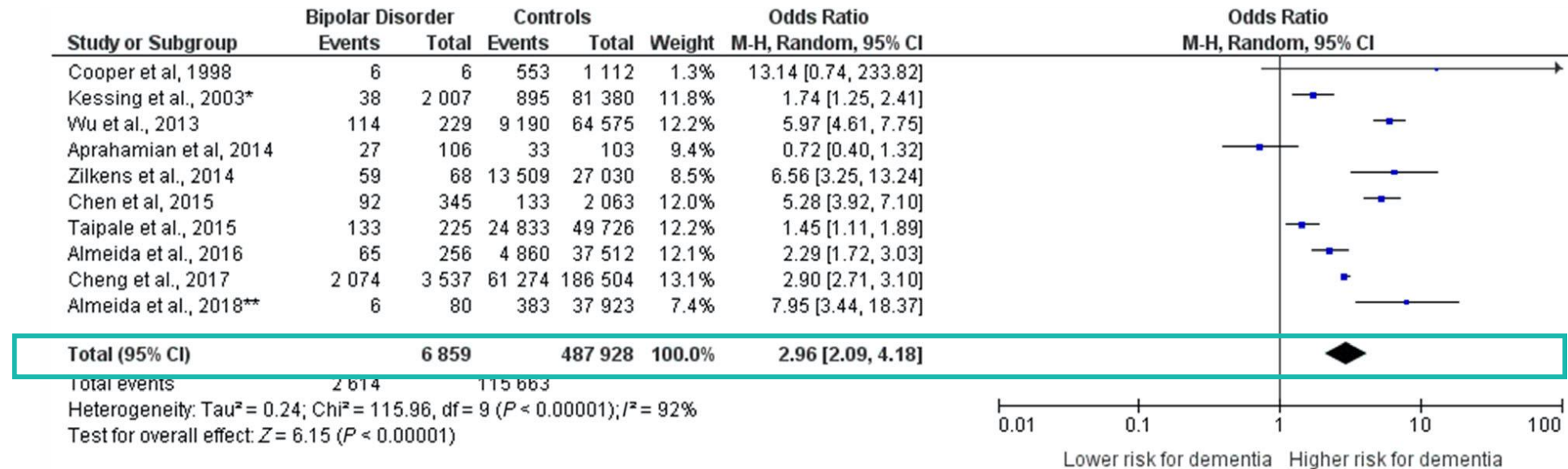


Fig. 2. Forest plot of the meta-analysis of BD as risk factor for dementia. [Colour figure can be viewed at wileyonlinelibrary.com]

ASPECTS THÉRAPEUTIQUES

ORIGINAL ARTICLE

WILEY **BIPOLAR DISORDERS**

Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder

Lakshmi N Yatham¹ | Sidney H Kennedy² | Sagar V Parikh³ | Ayal Schaffer²

YATHAM ET AL. 2018

1ere ligne	2eme ligne	3ème ligne	Résistance
Épisode Maniaque			
Lithium (niv 2) Divalproate (Niv 2)	Quetiapine (Niv 2)	Aripiprazole (Niv 4) Risperidone (Niv 4) Carbamazépine (Niv 4) Asénapine (Niv 4)	Clozapine (Niv 4) ECT (Niv 4)
Episode Dépressif			
Quetiapine (niv 2) Lurasidone (Niv 2)	Lithium (Niv 4) Lamotrigine (Niv 4)	Divalproate (Niv 4) Aripiprazole (Niv 4) Carbamazépine (Niv 4)	ECT (Niv 4)
Traitement de maintien			
Selon traitement efficace en phase aigue Lithium (Niv 2) Lamotrigine (Niv 2) Valproate (Niv 3)			

TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

PLACE DES ANTIDÉPRESSEURS ?

- A éviter au maximum, chez le patient bipolaire
 - Risque de virage maniaque de l'humeur
 - Risque d'accélération des cycles
- Jamais en monothérapie
- Parfois utilisés (avec beaucoup de précautions) en association avec un régulateur de l'humeur

POUR EN SAVOIR PLUS SUR LITHIUM ET PERSONNE ÂGÉE

RDV CET APRÈS-MIDI À 14H EN SALLE C1

14h00 ATELIERS/FORMATION

Ateliers de formation avec quiz en début et fin d'atelier • 1^{ère} session

Atelier 1
Salle A1 (RDC)

- Perfectionnement de la ponction lombaire sur simulateur en réalité augmentée avec retour haptique, parrainé par *Lilly*.

Atelier 2
Salle C1 (Niveau 1)

- Du bon usage des psychotropes chez le sujet âgé.
Dr Alexis LEPETIT (Psychiatre de la personne âgée, Lyon)

Atelier 3
Salle A2 (RDC)

- Formation I-LEARN pour faire face aux troubles du comportement en EHPAD : de la conception au retour d'expérience.
*Alix LAUNAY et Céline LOURDEL
(Ergothérapeutes et neuropsychologues, Tours)*

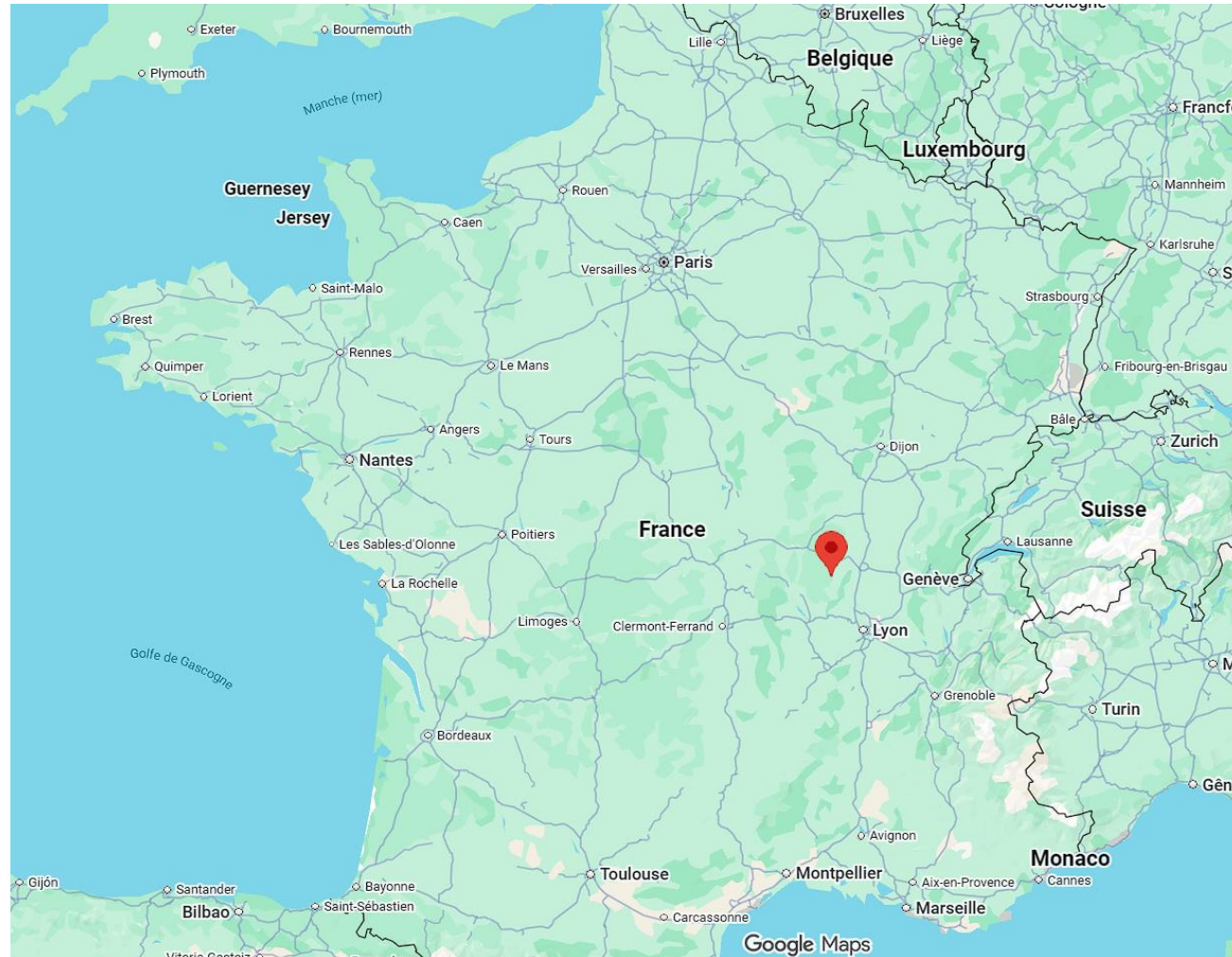


EHPAD la Boissière

St Ignace de Vers



C'EST OÙ ST IGNY DE VERS ?



EHPAD LA BOISSIERE

RAMA 2025

■ Capacité

- EHPAD La Boissière: 68 lits (100% habilité aide sociale)
 - dont 12 lits d'UVP
- EAM les Mésanges: 8 places

■ EHPAD

- Moyenne d'âge: 77 ans (min. 54 ans, max. 100 ans)
- 69% de résidents souffrant d'un trouble psychiatrique chronique et/ou d'une déficience intellectuelle avec trouble du comportement comorbide

UN PEU D'HISTOIRE

LES GRANDES DATES

- 1993: Ouverture avec 54 lits
 - 25 lits de cure médicale
 - 29 lits de maison de retraite

- 2001: création de l'UVP

- 2002: **ouverture du foyer de vie (EANM) Botticelli** dans le village de St Igny de Vers (14 places)

- 2015: création d'une aile supplémentaire en
 - Augmentation de la capacité à 68 lits

- 2020
 - Première épidémie de COVID sur l'établissement
 - 61 cas sur 68 résidents
 - 10 décès
 - **Ouverture du foyer d'accueil médicalisé (EAM) les Mésanges**



UN PEU D'HISTOIRE

LA PSYCHIATRIE, UN GOÛT ACQUIS ?

- Constat de la 1^{ère} année d'exploitation
 - Un établissement qui peine à remplir
 - Peu de personnes âgées aux alentours
 - Défaut de notoriété par rapport aux structures d'hébergement à proximité

- Activation du réseau psychiatrique par le médecin coordonnateur de l'époque
 - Arrivée de nombreux résidents des hôpitaux psychiatriques du Rhône et de l'Ain



UN PEU D'HISTOIRE

RÉPONSES APPELS À PROJET ARS



Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes
La Présidente du Conseil général du Rhône

Arrêté ARS 2013/3605

Arrêté ARCG-PADAE-2013-0258

Avis d'appel à projets pour la création, dans le Rhône, de trois unités innovantes pour personnes âgées souffrant de troubles psychiques stabilisés, capacité totale de 45 places.

- 2013: unités innovantes pour personnes âgées souffrant de troubles psychiques stabilisés → refusé
- 2017: UHR → refusé
- 2019: FAM → accepté (création des Mésanges)

SITUATION ACTUELLE



COOPÉRATION SANITAIRE PSYCHIATRIQUE

- CH St Cyr au Mont d'Or
 - 2 psychiatres se déplacent à l'EHPAD avec leur équipe 2 fois par an pour une quinzaine de résidents
 - Dr PERRIN (CMP de Beaujeu)
 - Dr KLEIN (CMP Arianne)

- CH le Vinatier
 - Appui de l'EMI (équipe mobile intersectorielle)
 - Suivi sur les CMP de Villeurbanne (1 résidente) et Lyon 3 (1 résidente)

- Clinique de l'Ouest Lyonnais de Vaugneray
 - Suivi en consultation



PSYCHIATRIE EN EHPAD

VIGILANCE À AVOIR

- Des particularités thérapeutiques
 - Antipsychotique d'action prolongée (APAP) injectable
 - Clozapine
 - Certains traitements en autorisation d'accès compassionnel (AAC)
 - Electroconvulsivothérapie

- Question parfois épineuse de la sectorisation psychiatrique et des relais de secteur
 - Soignez ses bonnes relations avec son CMP (quand il est encore ouvert...)

- Formation de l'équipe



**Merci de votre
attention**

www.groupe-acppa.fr

Pour toute question: a.lepetit@acppa.fr

Les réseaux sociaux SF3PA

LinkedIn



Prochain congrès de la SF3PA à Toulouse

8^e Congrès

Société Francophone
de Psychogériatrie et de
Psychiatrie de la Personne Âgée

JUIN 2027



Président du Comité Local d'Organisation : Christophe ARBUS - Toulouse

Informations - Inscriptions

CARCO - 104 Boulevard de Sébastopol - 75003 Paris
Tél. +33 (0)1 85 14 77 77 / Mail : info@sf3pa-congres.com
Site : www.sf3pa-congres.com

