

Délires et hallucinations du sujet âgé



Dr. V.LEFEBVRE des NOETTES
psychiatre du sujet âgé
CHER APHP

La raison vient avec le grand âge ?
Non au contraire, les délires ↗ avec l'âge



Le délire est l'expression des ressources
défensives de la pensée et de la psyché et
sa production en montre la richesse et non son
appauvrissement

Délire= tentative de reconstruction?

Mécanisme de défense contre la démence?

Classification des troubles délirants de l'adulte

Nosographie classique

États délirants fonctionnels et aigus chroniques

Psychoses délirantes aiguës=bouffées délirantes aiguës

Schizophrénies

Délires chroniques systématisés

Délires paranoïdes

Délires d'interprétation systématisés

Délires de relation des sensitifs de KRETSCHMER

Délires passionnels

PHC

Paraphrénies

Cette classification européenne et controversée aux US

Nosographie moderne

DSM IV : schizophrénie et autres troubles psychotiques

Spectres schizophréniques

Schizophrénie paranoïde désorganisée, catatonique, indifférenciée,

Résiduelle

Trouble schizoaffectif

Troubles psychotiques partagé (folie à deux)

Trouble psychotique secondaire à une affection médicale générale

Trouble délirant

Érotomanie

Mégalomanie

Jalousie

Persécution

Paraphrénie et psychose hallucinatoire chronique ne sont pas

Répertoriées dans le DSM IV = schizophrénie

Les classifications

Le DSM IV ne fait référence au sujet âgé que pour spécifier La schizophrénie de début tardif (> 60 ans) et l'association à des déficits sensoriels plus fréquents.

CIM 10

Même classification

Dans « les troubles délirants persistants » pas d'hallucination sauf parfois chez le sujet âgé (auditives, irrégulières)

Suppression de la paraphrénie qui était présente dans la CIM 9

DEFINITION du DELIRE

- Etymologiquement, délire vient du latin délirare qui signifiait sortir du sillon.
- Plus tard le verbe a pris un sens plus abstrait de sortir de la ligne droite, d'où dérailler et délirer.
- Le délire est une déformation subjective de la réalité qui emporte l'adhésion et la conviction du sujet
- Il existe une croyance inébranlable à cette déformation subjective qui n'est pas modifiée par la confrontation au réel.

DEFINITION

- Le patient délirant est incapable de mettre en doute les idées délirantes et de les critiquer.
- Il existe une méconnaissance de l'aspect pathologique de la pensée.
- *Le délire se caractérise par*
 - Ses thèmes
 - Ses mécanismes
 - Sa structure
 - Son évolution
 - Ses modes d'extension

Les DELIRES du sujet âgé

Thèmes : persécution, jalousie, grandeur, mystique, filiation, influence

Mécanismes: hallucinations, interprétations, intuitions, fabulations

Évolution: aiguë, périodique, chronique
Structure: systématisée ou non

Thèmes délirants

- Il s'agit des idées véhiculées par le délire.
- **Les thèmes sont très variés :**
 - Grandeur, richesse, éternité, invention
 - Persécution, jalousie, érotomanie (conviction délirante d'être aimée), préjudice
 - Culpabilité, ruine, autoaccusation, damnation
 - Érotiques, mystiques, filiation
 - Hypochondriaques, transformations corporelles
 - Influence (impression d'être téléguisé par une force extérieure), référence (impression que ce qui se passe autour du patient le concerne)
- Ils peuvent être isolés ou associés entre eux.

Thèmes délirants

- cas : Une patiente de 81 ans est hospitalisée pour des propos délirants. Elle dit être la descendante d'une grande famille noble, les Valois. Il existerait une sorte de malédiction touchant cette famille et certaines personnes dans le monde joueraient à la « chasse aux Valois ». D'ailleurs, son ami savait qu'elle descendait des Valois et a invité des milliardaires d'Arabie saoudite pratiquant cette chasse. Il l'a droguée et l'a filmée se faire abuser par ces milliardaires. Ensuite, il l'a diffusée sur la télévision.
- Thèmes : grandeur, persécution, filiation

Mécanismes délirants

- Il s'agit du mode de production et d'élaboration des idées délirantes.
- 4 mécanismes :
 - Interprétation délirante
 - Intuition délirante
 - Imagination délirante
 - Hallucinations

Mécanismes délirants

- **L' Interprétation délirante :**
 - Raisonnement faux qui attribue à un phénomène réel un sens particulier trouvant sa source dans l'intériorité du sujet.
 - Ex : « vous écoutez ce que je vous dit parce que vous savez bien que je suis Dieu. »
 - Interprétation d'un fait réel (écoute d'une personne) comme confirmation d'une croyance délirante.
 - Ex : « Mon mari a éteint la télé parce qu'il ne supporte pas que David Pujadas soit amoureux de moi »
 - Fait réel interprété en fonction de la conviction délirante d'être aimée.

Mécanismes délirants

- **L' Intuition délirante**

- Sentiment apparaissant sans référence précise à la réalité mais conférant un sens nouveau à celle-ci.
- Ex: « Je suis la réincarnation de Jésus Christ »
- interprétation et intuition sont des mécanismes souvent intriqués. Les phénomènes réels sont interprétés en fonction de l'intuition délirante.

Mécanismes délirants

- **L' Imagination délirante**

- Fantaisie, fabulation, délire riche aboutissant à un délire fantastique.
- Ex : certains patients peuvent développer un délire digne d'un roman de science-fiction



Mécanismes délirants

- **Les Hallucinations**

- Définition : perception sans objet
- 2 Types d'hallucinations :
 - Hallucinations psychosensorielles
 - Hallucinations psychiques

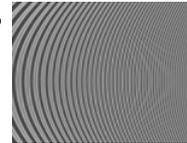


D'après Dr. M. Zaguedoun
Les délires au fil du temps

*« Je me dessine C'est moi.... Vous voyez mes yeux, il y en
un qui va bien et l'autre qui dit n'importe quoi.... J'entends e
voix qui viennent du robinet.... Un ail y croit, pas l'autre....
fait, je n'y crois pas. Elles n'existent pas ces voix mais lorsque
les entends, elles me tiennent compagnie. Je suis moins seule en
elles. Ce sont des bêtises, mais elles m'aident à supporter mon so
Vous allez me prendre pour une folle mais pourtant... Je sais
que je dis et ce que j'entends.... c'est pas du vrai....
Fin fait Je délire quand ça m'arrive... »*



Mécanismes délirants



- Hallucinations psychosensorielles :
 - Elles ont pour caractéristique de passer par les organes des sens et d'être localisées dans l'espace.
 - Visuelle (une hallucination particulière est l'héautoscopie qui est la vision de soi-même)
 - Tactiles (ex : courant électrique)
 - Olfactives (ex : odeur de gaz)
 - Gustatives (ex : goût de pourriture)
 - Auditives (ex : voix qui se parlent entre elles ou qui parlent au sujet)



Mécanismes délirants

- Un syndrome particulier : l'onirisme. Il ressemble à un rêve éveillé et est constitué d'hallucinations psychosensorielles à prédominance visuelle.
- Ces hallucinations représentent des scènes (souvent assez terrifiante, des animaux sauvages ou des reptiles par exemple), elles sont rapidement changeantes et sont favorisées par l'obscurité. Elles déclenchent de très vives réactions affectives chez le sujet.
- On observe ce syndrome surtout chez les alcooliques (delirium tremens).



Mécanismes délirants

- Le grand automatisme mental peut s'exprimer par un syndrome d'influence.
- Il s'agit d'un délire caractérisé par la conviction d'être soumis à une force extérieure.
- Le sujet croit être dépossédé de sa pensée par une force extérieure qui l'oblige à penser d'une façon qui n'est pas la sienne, lui impose des actes et des sentiments.

Structure du délire

- On distingue :
 - Les délires systématisés : ils sont structurés, bien construits, pseudologiques, plausibles avec un raisonnement clair et lucide. (ex: délire paranoïaques)
 - Les délires non systématisés : ils sont non structurés, flous, incohérents.
 - La construction délirante n'est pas très élaborée. Ils sont souvent incompréhensibles, hermétiques. (ex : délires paranoïdes des schizophrènes)

Modes d'extension

- Certains délires chroniques se développent selon deux modalités :
 - **En secteur** : l'envahissement de la vie psychique reste limité à un champ précis (un secteur). En dehors de ce champ, le sujet n'exprime pas d'idées délirantes.
 - **En réseau** : le délire envahit petit à petit toute la vie psychique du sujet.

Pathologies sous-jacentes

- Syndromes délirants aigus :
 - Bouffée délirante aiguë
 - Syndromes délirants aigus dus à des troubles de l'humeur :
 - Accès maniaque
 - Accès mélancolique
 - Syndromes délirants dans le cadre d'un syndrome confusionnel :
 - Démence
 - Délirium tremens
 - Surdosages médicamenteux (anticholinergiques, agonistes dopaminergiques, L-Dopa)
 - Syndromes délirants dans le cadre de pharmacopsychoses
 - Délire dus à la prise de toxiques (cannabis, amphétamines, cocaïne, LSD...)

Pathologies sous-jacentes

- Syndromes délirants chroniques
 - Psychose schizophréniques
 - Délires chroniques non schizophréniques :
 - Psychoses paranoïaques
 - Paraphrénie
 - Psychose hallucinatoire chronique.

cas clinique

- « Madame S., célibataire de 75 ans, sans antécédent psychiatrique ni somatique, est amenée par la police aux urgences de l'hôpital. Elle errait dans la rue, soliloquant; elle dit n'avoir plus aucun contact avec ses voisins qui l'insultent à travers les murs pour l'empêcher de dormir. De plus, ils ont dissimulé du poisson pourri dans son appartement, ce qui l'oblige à s'inonder de parfum. Elle évoque avec réticence la voix intérieure d'un homme qui la traite de « garce » et en profite pour abuser d'elle. Plus que tout, Mme S. ne supporte plus les remarques incessantes sur ses moindres faits et gestes. Même en montant le volume du téléviseur au maximum, elle ne peut s'y soustraire, sans doute à cause des ondes qu'on lui envoie pour s'approprier ses idées et la télécommander »

cas clinique

- Analyse du délire :
 - Thèmes :
 - Persécution : « pour l'empêcher de dormir ».
 - Influence : « la télécommander »
 - Mécanismes :
 - Hallucinations psychosensorielles :
 - Auditives acoustico-verbales : insultes à travers les murs
 - Olfactives : odeur de poisson pourri
 - Tactiles : attouchements sexuels, ondes
 - Hallucinations psychiques :
 - Voix intérieures
 - Automatisme mental : vol de la pensée, commentaire des actes et de la pensée, syndrome d'influence (se sent télécommandée)

cas clinique

- Analyse du délire :
 - Structure : non systématisé.
 - Extension : en réseau. Envahit toute la vie de la patiente.
 - Evolution : non précisé dans l'énoncé.

Paranoïa

Trouble mental sans phénomène hallucinatoire ni déficit intellectuel avec un excès de fonctionnement d'une raison déviée produisant des représentations cohérentes pouvant former des récits plausibles.

Elle appartient à la fois à la psychologie(un caractère) et entre dans la pathologie mentale (délire paranoïaque).



Paranoïa = Caractère + Délire

Caractère paranoïaque

Il se reconnaît devant l'association des 4 traits fondamentaux:

- 1- Hypertrophie du Moi**
- 2- Méfiance**
- 3- Fausseté de jugement ++**
- 4-Psychorégidité**

Délire paranoïaque

- **Débute progressivement**
- **mécanisme interprétatif**
- **Logique ,souvent partagé par l'entourage**
- **Systematisé**
- **Vécu en pleine lucidité.**

Étude clinique

- **Début vers 45/50 ans, peut être aigu ou subaigu sous forme d'une expérience délirante primaire ou d'interprétations et d'illusions**
- **Plus fréquemment insidieux avec des idées délirantes .**
- **Trois groupes:**
 - 1- Délires d'interprétation**
 - 2- Délires passionnels**
 - 3- Délires de relation Kretschmer.**

-Les délires passionnels

La passion est une émotion intense prolongée, sthénique conduisant à passer aux actes.

Ils sont caractérisés par un postulat initial dans lequel la passion est l'élément fondamental évoluant en dehors de toute rationalité et de toute autocritique.

L'érotomanie:

- **C'est l'illusion délirante d'être aimé**
- **Touche le plus souvent la femme**
- **Le délire évolue en 3 phases:**
 - ❖ **Phase d'espoir**
 - ❖ **Phase de dépit**
 - ❖ **Phase de rancune=danger**

Diagnostic différentiel:

- **Déclarations amoureuses des hystériques**
- **Comportements érotomaniaques**

Les délires de jalousie:

- **Consistent à transformer la situation de la relation amoureuse du couple en une relation triangulaire**
- **Début brutal**
- **La preuve d'infidélité du conjoint, postulat initial va s'appuyer sur un geste, une parole, un regard**

Diagnostic différentiel:

- **Jalousie des alcooliques**
- **Jalousie habituelle**
- **Jalousie délirante**

Délires de revendication

- Apparaissent chez un caractère paranoïaque à l'occasion d'un préjudice, une injustice vraie ou supposée, dont le sujet se croit victime et dont il veut obtenir réparation de manière impérieuse.
- Ils peuvent se situer à différents niveaux:
 - **La loi:** appelés quérulents processifs, qui se ruinent en procès interminables allant jusqu'aux juges et avocats pour obtenir réparation
 - **Le savoir:** appelés inventeurs méconnus, qui accusent autrui de les avoir déposséder d'invention dont ils auraient la priorité
 - **La métaphysique:** appelés idéalistes passionnés, qui élaborent des doctrines, des systèmes, des réformes sociales, économiques, politiques ou religieuses
 - **La santé:** appelés hypochondriaque délirants, qui se sentent lésé soit dans le registre clinique (erreur diagnostic, examens complémentaires négligés), soit dans le domaine thérapeutique (TTT inefficace ou nocif, intervention chirurgicale refusée ou suivie de complication).

- Délire de relation des sensitifs KRETSCHMER

C'est le développement progressif d'idées de persécution sur un fond sensitif (hyperémotif et hyposthénique).

- Antécédents de multiples frustrations affectives et de nombreuses déceptions
- Pas de traits de caractère paranoïaque, on l'appelle paranoïa sensitive
- Le sujet replié sur lui-même, angoissé, scrupuleux, timide, hanté par des doutes perpétuels concernant la malveillance et l'hostilité de son entourage, souvent est envahi par des thèmes dépressifs francs .

Psychose hallucinatoire chronique

Elle se définit comme une psychose délirante chronique avec un syndrome d'automatisme mental et un délire essentiellement hallucinatoire relativement systématisé à thématique dominante persécutive et qui évolue au long cours vers une détérioration (+-) marquée de la personnalité.

- Plus souvent chez la femme >50 ans
- Différents types de personnalité ont été décrits: paranoïaque, obsessionnelle, sensitif, schizoïde, évitante, passive agressive.

PHC

- Début insidieux ou soudain: Tout à coup les voix éclatent dans l'esprit du malade :
 - Écho ou transmission de la pensée
 - Il se sent deviné espionné , ses actes commentés .
 - Il perçoit des odeurs étranges , un goût suspect des aliments .
 - Il perçoit des fluides dans son corps des courants électriques dans sa tête ou ses organes génitaux .

Il éprouve passivement ce parasitisme hallucinatoire sans Réaction affective.

- Phase d'état: Triple automatisme
 - A. idéo verbal
 - A. sensitif et sensoriel
 - A. psychomoteur

Syndrome d'influence(on me fait penser, parler, agir, ou m'empêche d'agir).

Les caractères du délire de la PHC

- * Essentiellement hallucinatoire.**
- * Les thèmes : persécution , influence, possession**
Systematisation assez pauvre.
- * Les explications non pas logiques mais pseudo scientifique(télépathie , téléguidage, médium....)**
- * C'est un délire vécu des un atmosphère dépressive.**

Évolution

Sous traitement :

On assiste à l'extinction des phénomènes hallucinatoires chez la plus part des patients.

parfois le noyau délirant persiste , cet enkystement permet tout de même une vie sociale adaptée.

Sans traitement :

On assiste à une détérioration relationnelle importante avec un isolement social progressif.

L' affaiblissement intellectuel peut limiter l'adaptation du patient .

LES PARAPHRENIES

C'est une psychose délirante chronique, rare, débutant généralement avant 50 ans, où le mécanisme imaginatif est prédominant produisant un délire : comme une fiction poétique ou romanesque, une création de faux événements, de faux souvenirs que le malade se raconte à lui-même, et qu'il raconte aux autres .

La fabulation paraphrénique étonne et séduit l'interlocuteur bien qu'il arrive difficilement à suivre le fil des récits.

Les caractéristiques du délire:

- **Le caractère fantastique des thèmes délirants.**
- **Le riche mécanisme imaginatif**
- **La juxtaposition d'un monde fantastique au monde réel auquel le malade continue à bien s'adapter.**
- **L'absence de systématisation**
- **L'absence d'évolution déficitaire.**

Troubles délirants du sujet âgé

Diminution du seuil confusionnel chez le S.A.

Modifications cérébrales (micro-infarctus en IRM frontal temporal

Occipital, ventricules élargis)

Troubles de la mémoire du à l'âge

Rôle de l'histoire personnelle du sujet

Fréquente asso. avec un trouble dépressif

Rareté de l'automatisme mental, du sd d'influence

Rareté des troubles du cours de la pensée

Il est rare que le sujet soit coupé de la réalité

Troubles délirants du sujet âgé

Non reconnaissance du conjoint: **prosopagnosie**
déméntielle

Sd de Capgras : négation délirante d'une personne
connue= **illusion de sosie**

Délire du compagnon tardif lors de la MA :
imaginé halluciné investi dans
L'aidant ou dans une poupée ou un peluche



Troubles délirants du sujet âgé
Syndrome d'Ekblom
Délire dermatozoïque



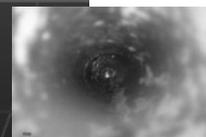
- Rare, délire d'infestation
- Insectes, asticots qui prolifèrent sur ou sous la peau
- Croyance inébranlable
- Souvent associé à un état dépressif



Troubles délirants du sujet âgé
Syndrome de Charles Bonnet



- Ophthalmopathie
- Sujet âgé
- Hallucinations visuelles complexes, répétées, fréquemment colorées et détaillées, avec personnages et animaux
- Peu effrayant
- Trouble de la vigilance et baisse de la luminosité
- Syndrome du bandeau
- 11% des mal-voyants
- Marqueur précoce de démence?



Trouble psychotique partagé ou délire à deux



Début des troubles rarement tardif, mais l'un
des protagonistes est souvent âgé
L'un des deux est psychotique
L'autre souvent vulnérable dépendant , présentant
un déficit sensoriel ,
des altérations cognitives
Il y a un isolement social partagé
Des atcd fréquents de pauvreté et de passé traumatique

Schizophrénie d'apparition tardive?

Éclot sur une personnalité en général adaptée mais
avec des traits schizoïques
La sénescence joue le rôle de facteur précipitant
3% des schizophrénies débuteraient >60 ans
Il y a peu de signe négatif ni de discordance ni de
dissociation de la pensée
Est- ce un trouble de l'adaptation avec dépression
et délire?
Est-ce un trouble schizo-affectif?

Existence toujours controversée en France
(Pr. Jeste aux USA)



Devenir des psychoses vieilles



SCHIZOPHRENIE et délires chroniques systématisés (plus tardif)

Atténuation avec l'âge

Moins prononcée pour les délires paranoïaques

Moins d'hospitalisation moins de trouble du comportement

Modification de la perception sociale des troubles :

le sujet devient un personne avant tout âgée

Les schizophrène deviendraient vésanisés, indifférents, apathiques, abouliques, négativistes, maniérés

Les signes productifs (hallucinations et délires s'atténuent et s'enkystent

Devenir des troubles bipolaires



Un début > 55 ans doit faire rechercher une cause organique

Fréquence de la confusion, des idées délirantes avec l'âge

Les thèmes délirants sont plus volontiers somatiques:

Douleurs, alimentation sd de Cotard

On voit un nivellement des accès vers une dépression chronique

La manie devient agitation agressive sans euphorie

MELANCOLIE TARDIVE



La plus fréquente des psychoses tardives
Thèmes: hypochondrie, négation d'organe
(sd de Cotard) ,
de ruine , de spoliation , d'indignité , de damnation
Risque suicidaire +++ (4000 morts du au suicide des
PA)
Plaintes somatoformes misent en avant.

Troubles délirants du sujet âgé

Facteurs de risque:

Solitude isolement — désafférentation sensorielle

Ennui

Modification du mode de vie (mdr , veuvage)

Attitude de l'entourage

Sentiment d'insécurité

Bas NSC

Atcd trouble de l'humeur ?

Sexe féminin : 75%



Troubles délirant du sujet âgé

Le délire d'apparition tardive n'est jamais bien éloigné du sd confusionnel

Une BDA du sujet âgé =sd confusionnel =>pb et bilan organique

Influence de la personnalité antérieure

Passive/dépendante, narcissique, inhibition

Apparition d'une sensibilité, de méfiance, de rigidité

La personnalité peut se modifier

Différencier un délire d'un trouble du caractère est parfois difficile

Altérations sensorielles : (hypoacousie, diminution de l'acuité visuelle)

Psychose hallucinatoire avec perturbation de la vie relationnelle



ΔΔ entre confusion et démence

	Confusion	Démence
Début	aigu	insidieux
Vigilance	altérée	intacte (sauf aux stades avancés)
Fluctuation de la symptomatologie	importante, aggravation nocturne	généralement absente
Hallucinations	fréquentes, surtout visuelles	rare aux stades de début
Activité psycho-motrice	souvent augmentée quelquefois diminuée (apathie)	normale aux stades de début
Humeur	anxiété, peurs, méfiance	le plus souvent peu altérée
Délires →	mal systématisés	peu fréquents
Discours	incohérent	le plus souvent normal au début
Signes neurologiques	souvent présents	souvent absents (sauf aux stades avancés)

Troubles délirants d'apparition tardive

Délire systématisé tardif de persécution décrit dès la fin du XIX siècle

= délire de préjudice

Paranoïa d'involution de Kleist (1913) Hallucinations

Délire d'apparition tardive:

Systématisé, interprétatif

Imaginatif

Puise dans la situation et l'environnement du sujet âgé

Thèmes de persécution, de préjudice, d'hypochondrie

Les hallucinations ne sont pas au premier plan

Le début est insidieux

Il y a une participation affective et thymique

Il y a ensuite des troubles du comportement

TROUBLES DELIRANTS et DEMENCES

DCL = Hallucinations (80%/ 20% dans la MA)

Peut révéler la démence

Idée délirantes de vol de déplacement d'objet (lunettes sac clef)

D'intrusion au domicile la nuit , d'empoisonnement

Favorisé par l'existence atcd psychiatrique

Peut y avoir des troubles des conduites (agressivité gestuelle ou verbale fugues)

Il vau mieux parler d'idées délirantes plutôt que de délire chez le MA

Il peut y avoir des hallucinations mnésiques

TRAITEMENTS PSYCHOTROPES

Attention aux neuroleptiques :

Risque cardiaque (élargissement espace QT , risque torsade de pointe, DC AVC chez dément âgé

Affspas 2004)

Le délire doit être abordé comme un symptôme et non comme une maladie ;Il faut rechercher :

Une démence associée (MA DFT DCL)

Une confusion (iatrogène)

Un trouble sensoriel

Avant de conclure à un délire tardif du sujet âgé il faut reconstruire

L'histoire récente du sujet les changements récents (ttt environnement conflit familiaux etc..)

Utilisation des psychotropes:

À minima

Courte durée

Pas d'association

Réévaluer

Gestion du risque effet secondaire

Attention aux effets anticholinergique des NLP

Risque , chutes, globe urinaire, constipation, sd extrapyramidal ,
dyskinésies tardives etc..

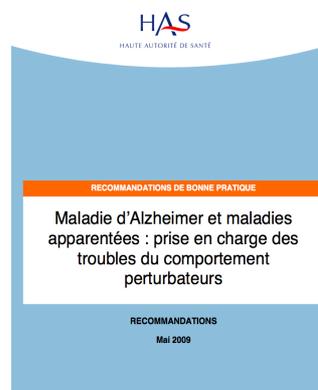
Les antipsychotique n'ont pas fait sur le sujet âgé la preuve de leurs supériorité /nlp classiques

Respecter le temps de réponse plus long pour les troubles psychotiques

Tardifs (2 à 3 semaines)

HAS: Traitements médicamenteux

- Traitements spécifiques
- Psychotropes:
 - Peu d'études contrôlées dans ce domaine
 - Les indications dans ces recommandations reposent sur un accord professionnel et sont le plus souvent hors AMM
 - Il est recommandé de respecter certaines règles de prescription



HAS: Règles de prescription

- revoir les prescriptions régulières et considérer les prises continues ou itératives comme potentiellement inutiles ou nocives
- documenter les cibles symptomatiques choisies et les impacts attendus
- choisir un produit en fonction des symptômes cibles, du risque d'effets secondaires
- privilégier la monothérapie
- démarrer à de petites doses, en augmentant prudemment par paliers, et maintenir le traitement à la dose efficace la mieux tolérée
- prescrire pour la plus courte durée possible
- choisir la forme galénique en fonction de l'acceptabilité du patient.
- La voie d'administration privilégiée doit être *per os*.
- réévaluer fréquemment
- ne modifier qu'un seul traitement à la fois
- apprendre au patient et à la famille à repérer les effets positifs et indésirables du traitement.

Les antipsychotiques sont indiqués dans:

- Schizophrénie
- Manie avec symptômes psychotiques
- Démence avec agitation dans un contexte délirant
- Dépression majeure avec symptômes psychotiques
- Troubles délirants (schizophrénie tardive)

Les antipsychotiques sont parfois indiqués dans:

- Manie sans troubles psychotiques
- Confusion
- Démence avec agitation sans délire
- Dépression agitée sans trouble psychotique
- Dépression majeure anxieuse sans troubles psychotiques

Dr.P. Frémont

Les antipsychotiques ne sont pas indiqués dans:

- Les nausées et les vomissements
- L'irritabilité et l'hostilité en l'absence d'un trouble psychiatrique majeur
- Les autres formes de dépression
- Les troubles paniques
- Les douleurs de type neurologique
- Les troubles anxieux généralisés
- L'hypochondrie
- La labilité émotionnelle
- L'insomnie et les troubles du sommeil

Dr. P. Frémont

HAS: Les antipsychotiques classiques et atypiques

- ***Les neuroleptiques:***
Il n'est pas recommandé de prescrire des neuroleptiques classiques dans les démences en raison d'un risque élevé d'évènements indésirables graves (syndrome extra-pyramidal, chute, accident vasculaire cérébral, pneumopathie d'inhalation, syndrome malin des neuroleptiques, décès, etc.).
- ***Un traitement par antipsychotique de dernière génération (clozapine, olanzapine, rispéridone) peut être proposé aux patients présentant des symptômes psychotiques sévères (troubles productifs au contenu effrayant, hallucinations avec comportement agité et détresse qui met en danger le patient ou son entourage) si:***
 - le choix de l'antipsychotique a été fait après une analyse individuelle des bénéfices et des risques
 - la possibilité de médications alternatives a été évaluée ;
 - l'effet des comorbidités (par exemple la dépression) et des comédications a été pris en compte ;
 - une information a été donnée si possible au patient ou à l'aidant sur le rapport bénéfice/risque du traitement.

La prescription doit être de courte durée, à dose minimale efficace et ré-évaluée très régulièrement selon la clinique, au maximum dans les 15 jours.

