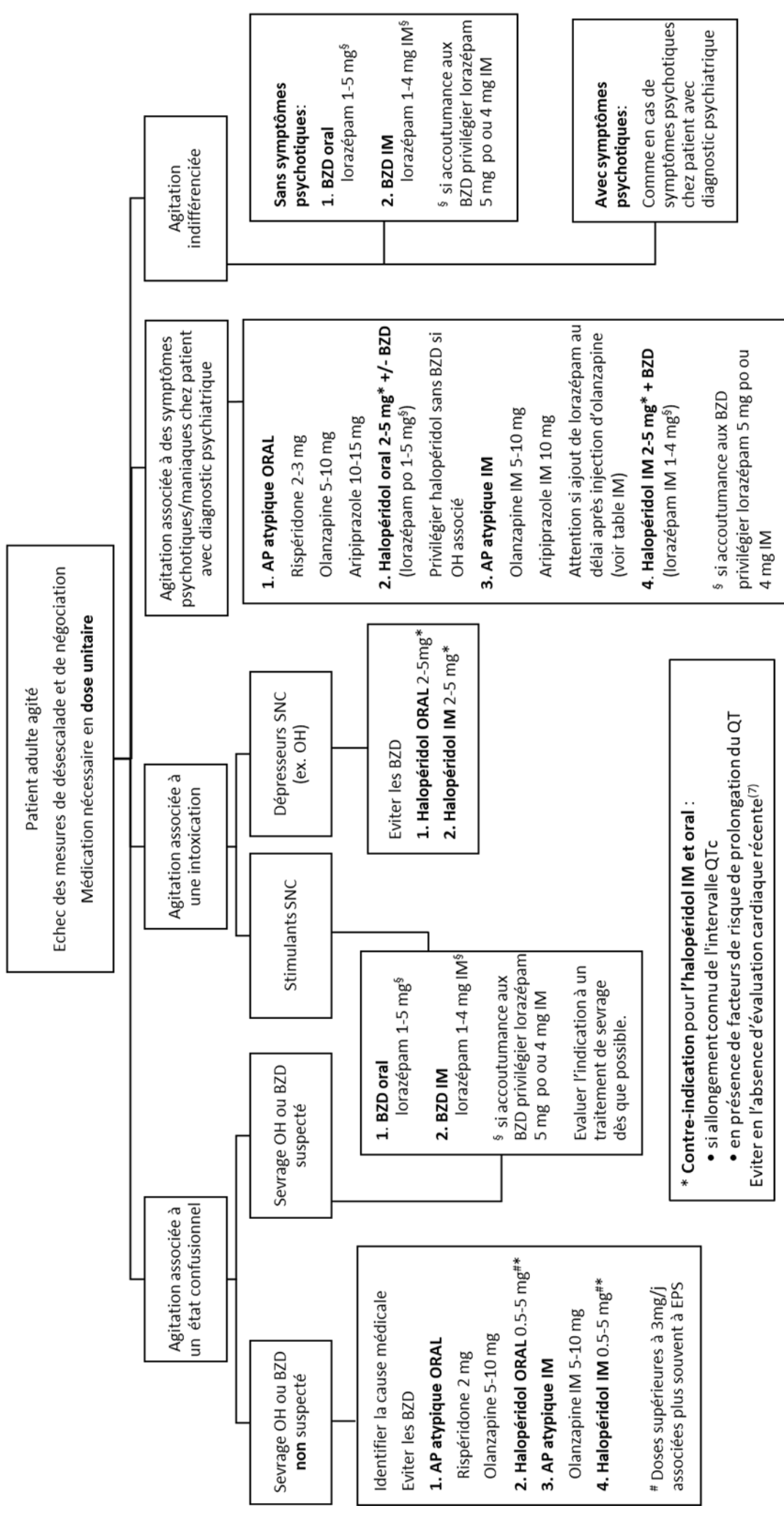


## Recommandation du Département de psychiatrie pour adultes Aide-mémoire - TRAITEMENT DE L'AGITATION AIGUË CHEZ L'ADULTE

### Algorithme de choix de traitement chez l'adulte (1-5)



Voir tables au verso pour les modalités de traitement oral et IM.

**Flumazénil et bipéridène** injectables doivent être disponibles dans le service.

Résumé des modalités de traitement oral chez l'adulte <sup>(6)</sup>

Médications orales selon algorithme	Dose initiale	Intervalle entre administrations	Dose maximales par 24h*	Tmax	Remarques
Rispéridone	2-3 mg	2 h	10 mg	1 h	Réduction de posologie en cas d'insuffisance hépatique ou rénale.
Olanzapine	5-10 mg	2 h	20 mg	6 h	Réduction de posologie en cas d'insuffisance hépatique.
Aripiprazole	10-15 mg	2h	30 mg	3-5 h	Prudence en cas d'insuffisance hépatique sévère.
Halopéridol	2-10 mg	2 h Max 10 mg/12h	20 mg	3-6 h	Contre-indiqué : <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>si</u> allongement connu de l'intervalle QTc</li> <li>• <u>en</u> présence de facteurs de risque</li> </ul> Eviter en l'absence d'évaluation cardiaque récente <sup>(7)</sup> . Réduction de posologie en cas d'insuffisance hépatique.
Lorazépam	1-5 mg (5 mg si accoutumance aux BZD)	1 h	7.5 mg (12 mg si accoutumance aux BZD)	2 h	Prudence en cas d'insuffisance hépatique et/ou respiratoire.  Rapidité d'action identique pour les formes orodispersible et IM.

Tmax : temps nécessaire pour atteindre le pic de concentration plasmatique (à noter que l'effet sédatif peut débuter avant le Tmax)

\* selon Swissmedic mais avec risques d'effets secondaires notamment extrapyramidaux, en particulier pour l'halopéridol et la rispéridone.

 Résumé des modalités de traitement IM chez l'adulte <sup>(6, 8, 9)</sup>

Médications IM selon algorithme	Dose	Intervalle entre administrations	Dose maximale par 24h*	Tmax	Commentaires si adjonction nécessaire	Remarques
Olanzapine	5-10 mg/inj	2h après 1 <sup>ère</sup> inj puis 4h après 2 <sup>ème</sup> inj  Max 3 inj/jour	20 mg	15-45 min	Lorazépam IM possible, mais respecter délai de minimum 1h après olanzapine IM <sup>(8)</sup> Equivalence 5 mg IM = 7.5 mg po	Réduction de posologie si insuffisance hépatique.
Aripiprazole	10 mg/inj	2h Max 3 inj/jour	30 mg	1-3 h	Equivalence 10 mg IM = 10 mg po	Prudence en cas d'insuffisance hépatique sévère.
Halopéridol	2-5 mg/inj	1h	20 mg	20-40 min	Equivalence <sup>§</sup> IM 5 mg → po 5 mg <del>po</del> 7.5 mg → IM 5 mg	Contre-indiqué : <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>si</u> allongement connu de l'intervalle QTc</li> <li>• <u>en</u> présence de facteurs de risque.</li> </ul> Eviter en l'absence d'évaluation cardiaque récente <sup>(7)</sup> . Réduction de posologie si insuffisance hépatique.
Lorazépam <sup>§</sup>	0.025-0.03 mg/kg/inj <sup>(9)(7)</sup>  1-4 mg/inj (4 mg/inj si accoutumance aux BZD)	2-6 h	7.5 mg (12 mg si accoutumance aux BZD)	1-1.5 h	Olanzapine IM possible, mais respecter délai de minimum 2h après lorazépam IM. Equivalence 2 mg IM = 2 mg po	Prudence en cas d'insuffisance hépatique et/ou respiratoire.  <b>Rapidité d'action</b> identique pour forme IM et orodispersible.

Tmax : temps nécessaire pour atteindre le pic de concentration plasmatique (à noter que l'effet sédatif peut débuter avant le Tmax).

\* selon Swissmedic mais avec risques d'effets secondaires notamment extrapyramidaux, en particulier pour l'halopéridol et la rispéridone.

§ Selon la biodisponibilité (60-70%) l'équivalence IM → PO serait d'environ 1:1.5, mais Swissmedic indique d'utiliser une équivalence 1:1 (plus prudent). Pour le passage PO → IM, le rapport 1.5:1 peut être utilisé ; § Administration IM validée selon RefMed <sup>(10)</sup> et au Royaume-Uni <sup>(9)</sup> mais hors indication en Suisse.

**Contre-indication au traitement IM chez les patients sous anticoagulation**<sup>(6, 10)</sup> : préférer la voie sous-cutanée (SC) avec comme alternatives (selon Refmed mais hors indication selon Swissmedic) : antipsychotiques : halopéridol, lévomépromazine ( ! olanzapine contre-indiquée en SC ) ; benzodiazépines : midazolam, clonazépam ( ! lorazépam et diazépam contre-indiqués en SC).

**Références** : 1. Wilson MP et al. West J Emerg Med. 2012;13(1):26-34. 2. Patel MX et al. J Psychopharmacol. 2018;32(6):601-40. 3. Zun LS. J Emerg Med. 2018;54(3):364-74. 4. Ostuzzi G et al. Ther Adv Psychopharmacol. 2020;10:2045125320942703. 5. Ostuzzi G. et al. BMC Med. 2020;18(1):215. 6. [www.swissmedicin.ch](http://www.swissmedicin.ch) 7. Zun LS. J Emerg Med. 2018;54(4):522-32. 8. <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/index.php> 9. [www.medicines.org.uk/emc/](http://www.medicines.org.uk/emc/) 10. <https://refmed-consult.intranet.chuv.ch>