

# La substitution selon Foster (2012)

---

## Que faire lorsque le sevrage direct s'avère trop difficile ?

Que faire dans le cas particulier où le sevrage direct d'un ISRS se révèle trop difficile et que des doses journalières supérieures à la dose minimale généralement prescrite sont en jeu ? (ce qui est souvent le cas avec des antidépresseurs comme l'Effexor (venlafaxine) ou le Deroxat (paroxétine)).

Une première solution, celle proposée par Mark Foster (2012), est d'ajouter une faible dose de Prozac (fluoxétine) à l'antidépresseur d'origine dont le sevrage s'avère trop difficile et de se stabiliser à cette dose mixte pendant 2 à 4 semaines avant de reprendre le sevrage de l'antidépresseur d'origine. Pour finalement, une fois le sevrage de l'antidépresseur d'origine terminé, sevrer la faible dose de Prozac (en 4 à 8 semaines selon Foster).

Dans cette méthode, appelée « **Prozac Bridging** », le sevrage direct peut se poursuivre, mais est « soutenu » par l'ajout d'une faible dose de fluoxétine qui sert en quelque sorte « à endiguer » les symptômes de sevrage induits par les réductions de dose de l'antidépresseur d'origine.

Attention, nous vous rappelons, une fois encore, que des symptômes de sevrage très intenses peuvent être la conséquence d'un sevrage trop rapide ou d'un sevrage débuté en état de manque (c'est-à-dire un sevrage débuté en dessous de la « dose de confort », en-dessous du seuil de tolérance).

Dans sa présentation, Foster n'explique pas à quelles doses s'applique son protocole, mais comme l'a observé Altostrata (2011), si le sevrage direct est bien avancé et que vous en êtes à une faible dose de l'antidépresseur d'origine (paroxétine, venlafaxine, citalopram, sertraline,...), vous tolérez mieux l'introduction d'une faible dose de Prozac. Altostrata ajoute que si vous en êtes à la moitié du sevrage, vous pourriez essayer d'introduire 10 mg de Prozac (fluoxétine) et que si votre sevrage est plus avancé, l'introduction de 5 mg de Prozac pourrait être plus adéquate.