

Le sevrage, comment procéder ?

Ce que nous retenons de nos observations et des stratégies de substitution proposées par les auteurs anglo-saxons, c'est qu'il semble préférable de :

1. trouver sa dose de confort avant de mettre en place un quelconque protocole de sevrage et de s'y stabiliser pendant 2 à 4 semaines (4 semaines de préférence).
2. sevrer directement la molécule d'origine (l'antidépresseur actuellement pris) en facilitant le sevrage en passant à une forme galénique qui se prête bien aux techniques de titration, comme une solution buvable notamment (voir la section *Le sevrage en pratique* qui se trouve dans la partie II du manuel)
3. envisager une substitution ou l'introduction d'une molécule de soutien dans le cas où les symptômes de sevrage sont si intolérables qu'ils ne permettent pas de réaliser un sevrage direct.

1. Trouver sa dose de confort avant de mettre en place un protocole de sevrage et de s'y stabiliser pendant 2 à 4 semaines.

La dose de confort est la dose journalière à laquelle vous vous « sentez bien », c'est-à-dire où les symptômes de sevrage sont absents. Il s'agit de la dose journalière qui se situe généralement juste en-dessus du seuil de tolérance. C'est à ce stade qu'il est important de faire la différence entre les symptômes de sevrage et les effets secondaires du médicament. Les symptômes de sevrage sont la manifestation du passage en-dessous du seuil de tolérance, alors que les effets secondaires, sont les réactions non attendues du médicament. De manière générale, les effets secondaires sont présents depuis le début de traitement, alors que les symptômes de sevrage sont des symptômes qui apparaissent ou qui s'intensifient au moment des diminutions de dose.

2. Procéder, dans la mesure du possible, au sevrage direct de votre antidépresseur

Il est vivement recommandé de procéder au sevrage de l'antidépresseur d'origine, afin d'éviter les risques liés au passage d'une molécule à l'autre molécule et ceux liés à l'ajout d'un antidépresseur supplémentaire. Le sevrage pourra être facilité par la prescription d'une forme galénique qui se prête bien aux techniques de sevrage (par exemple un antidépresseur sous forme liquide ou sous forme de comprimés dispersibles).

Nous vous recommandons de **commencer le sevrage par des diminutions de 5% de la dose en cours tous les 30 jours** et d'ajuster ce rythme en fonction de votre ressenti. Certaines personnes ne ressentiront pas trop des symptômes de sevrage en passant à un rythme de plus rapide (10% toutes les deux semaines par exemple), alors que d'autres devront conserver un rythme beaucoup plus lent. Cela dépendra à la fois des conditions dans lesquelles le sevrage a débuté, des propriétés de l'antidépresseur qui est sevré et des différences individuelles (physiologiques et psychologiques). Mais l'important est de conserver un certain confort dans le sevrage pour lui permettre d'aller jusqu'au bout.

3. Envisager une substitution lorsque les symptômes de manque rendent le sevrage direct impossible

Envisager de mettre en place une stratégie de substitution ou l'ajout d'une « molécule de soutien » dans le cas où les symptômes de sevrage sont si intolérables qu'ils ne permettent pas de réaliser un sevrage direct ou qu'ils rendent la fin de sevrage trop difficile. Dans ce cas, deux stratégies sont envisageables :

1. La stratégie du Prozac Switching dont le principe est de remplacer directement l'antidépresseur d'origine par un antidépresseur de substitution (généralement la fluoxétine) en convertissant la dose de l'antidépresseur d'origine en sa dose équivalente de fluoxétine (Healy 2011). Une fois la substitution faite, il est conseillé de se stabiliser pendant 4 semaines, puis de procéder au sevrage de la fluoxétine. Cette stratégie semble plus adaptée lorsque la dose de l'antidépresseur d'origine est faible.

2. Passer par une dose mixte. Lorsque la dose d'antidépresseur est plus élevée, il est certainement plus sûr de passer par une dose mixte :

- a) soit en passant par **la stratégie de la dose mixte 50/50** comme proposé par Healy, à savoir un mélange journalier composé pour 50% de la molécule d'origine et pour 50% de la molécule de substitution. De se stabiliser 4 semaines à cette dose mixte avant de sevrer l'antidépresseur d'origine, puis la fluoxétine (molécule de substitution). Il est raisonnable de penser que la stratégie de la dose mixte 50/50 est plus appropriée à des doses faibles à moyennes, mais qu'elle se prête moins bien à de fortes doses d'antidépresseurs. En effet, dans ce dernier cas, l'introduction d'une plus forte dose de fluoxétine est nécessaire pour compléter les 50% de la dose journalière et nous savons que les risques de complication (syndrome sérotoninergique,...) s'accroissent avec l'augmentation des doses et qui plus est avec l'introduction d'une forte dose d'un nouvel ISRS auquel l'organisme n'est pas habitué. Par ailleurs, si lorsqu'il est pris à des doses élevées, l'antidépresseur d'origine agit sur d'autres systèmes de neurotransmission en plus du système sérotoninergique, comme c'est le cas de la venlafaxine qui prise à des doses élevées agit aussi sur la noradrénaline et la dopamine en plus de la sérotonine, alors, il y a des risques qu'en réduisant de moitié sa dose, celui-ci ne produise plus aucune action sur les systèmes de neurotransmission autres que le système sérotoninergique. Dans ce cas, on s'expose aux symptômes de manque liés à l'activité de ces systèmes de neurotransmission dont la réaction n'est plus contenue par l'action de l'antidépresseur d'origine et n'est pas comblée par l'action de la molécule de substitution.
- b) soit en passant par **l'ajout d'une molécule de soutien**, en utilisant, par exemple, la technique du **Prozac Bridging** dont le principe est, comme l'a expliqué Foster (2012), d'ajouter graduellement une très petite dose de fluoxétine (Prozac) à l'antidépresseur d'origine jusqu'à ce que les symptômes de sevrage soient endigués (car masqués par l'action de la fluoxétine). Puis de se stabiliser à cette dose mixte pendant 2 à 4 semaines, avant de reprendre le sevrage de l'antidépresseur d'origine et une fois celui-ci terminé de passer au sevrage de la fluoxétine. Attention de nouveau ici, aux risques de complication liés à l'utilisation d'antidépresseur à forte dose. En effet, l'ajout d'un nouvel ISRS à un antidépresseur ISRS déjà pris à haute dose augmente fortement le risque d'apparition d'un syndrome sérotoninergique.