

### Evaluer le risque de syndrome de sevrage

**Plus celui-ci est important, plus la décroissance sera lente.** Il dépend de plusieurs facteurs :

- la durée d'utilisation de l'antidépresseur : *court terme (< 6 mois), moyen terme (6-12 mois), long terme (1-3 ans), très long terme (> 3 ans)*
- le type d'antidépresseur utilisé
  - Risque faible : agomelatine, vortioxétine, trimipramine, dosulépine*
  - Risque modéré : citalopram, escitalopram, sertraline, fluvoxamine, fluoxétine, amitryptiline, clomipramine, imipramine, bupropion*
  - Risque élevé : duloxétine, venlafaxine, phénelzine, moclobémide, paroxétine, mirtazapine*
- le dosage utilisé : inférieur, égal ou supérieur à la dose thérapeutique minimale efficace
- les antécédents du patient avec des *symptômes de sevrage absents, modérés ou sévères* lors d'oublis de doses ou d'arrêts antérieurs.

Il est possible de calculer un score de risque de sevrage grâce à l'outil [RELEASE](#)

\* Ces points sont détaillés au verso de la fiche

**Episode dépressif caractérisé et durée de traitement**

Les objectifs du traitement sont la **rémission complète** et la **prévention des rechutes** d'épisode dépressif caractérisé.

**Durée recommandée du traitement antidépresseur après rémission :**

- **1<sup>er</sup> ou 2<sup>ème</sup> épisode** : poursuivre **6 à 12 mois** après rémission ([HAS](#)).
- **≥ 3 épisodes** : **2 ans** après rémission ([NICE](#)).

**Pourquoi les déprescrire ?**

**Réduction des risques iatrogènes :**

- Engourdissement émotionnel
- Dysfonction sexuelle
- Prise de poids
- Fatigue chronique
- Augmentation du risque de chute chez les personnes âgées

**Allègement thérapeutique** : réduction de la polymédication et des interactions médicamenteuses

Réduire la dose, même sans arrêt complet, peut apporter des bénéfices : meilleure vigilance, regain d'énergie, et retour de la capacité à ressentir les émotions.

**\* Syndrome de sevrage ou Rechute dépressive ?**

Il est essentiel de repérer et distinguer syndrome de sevrage et rechute dépressive afin de ne pas procéder à des reprises de traitements injustifiées ou à des arrêts trop brutaux.

**Symptômes de sevrage**

Dans les **heures ou jours** suivant la réduction ou l'arrêt. Symptômes **physiques** de type vertiges, maux de tête, nausées, douleurs musculaires... Amélioration et résolution des symptômes en général après plusieurs jours ou semaines.

**Rechute dépressive**

Dans les **semaines ou mois** suivant la réduction ou l'arrêt. **Symptômes psychologiques ou cognitifs principalement.** En l'absence de reprise de traitement, l'intensité des symptômes reste constante dans le temps.

**\* Schémas de décroissance**

Il n'existe pas de schéma universel. La décroissance doit être individualisée selon la molécule, la durée et la dose d'exposition, la tolérance du patient et les formes galéniques disponibles. Plusieurs modèles ont été développés pour aider dans la démarche :

**La décroissance linéaire**

Schéma le plus simple et le plus rapide, consistant en une diminution fixe de la dose d'antidépresseur à chaque palier. Il expose à un risque élevé de syndrome de sevrage et doit être réservé aux patients sans facteur de risque particulier.

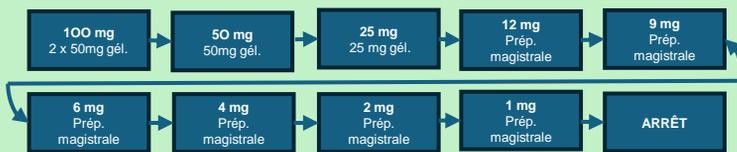
**La décroissance hyperbolique**

**C'est l'approche recommandée pour diminuer le risque de sevrage.**

Réduction de 5 à 50 % de la dose précédente avec des paliers à adapter selon la tolérance du patient. Viser une réduction toutes les 2 à 4 semaines, avec flexibilité : possibilité de ralentir, d'accélérer ou de faire une pause selon les symptômes. Plus on réduit les doses, plus on ralentit le rythme.

**Exemple de schéma de décroissance :**

**Sertraline :**



**Modalités pratiques**

- Eviter les prises un jour sur deux (sauf pour la fluoxétine, en raison de sa longue demi-vie) afin de limiter les fluctuations plasmatiques.
- Privilégier les formes buvables ou l'utilisation d'un coupe-comprimés pour ajuster les faibles posologies. Le recours à une préparation magistrale peut également être nécessaire pour adapter finement la dose.

Le site [Release Toolkit for Practitioners](#) met à disposition des plans de sevrage gradué des antidépresseurs, avec des schémas pratiques de réduction progressive adaptés aux différents profils de patients.

Des modèles de protocoles de déprescription ont été élaborées par l'OMÉDIT Grand-Est pour la [fluoxétine](#), la [sertraline](#) et la [paroxétine](#).

**Bibliographie**

1. Haute Autorité de Santé. **Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours**. HAS, Novembre 2017.
2. Horowitz MA, Taylor D. [The Maudsley® Deprescribing Guidelines](#), Janvier 2024.
3. Release Toolkit. [Release toolkit for practitioners: Antidepressant tapering plans](#). The University of Queensland, 2023.
4. OMÉDIT Grand Est. [Zoom sur la déprescription d'un antidépresseur](#), Septembre 2024.
5. [Webinaire CoLibPsy - L'art de la déprescription : Pourquoi et comment déprescrire les antidépresseurs et les thymorégulateurs avec tranquillité ? | CARCO](#), Novembre 2024.