



Les antidépresseurs – Quand et comment les arrêter ?

Dr Sélia Edwige, psychiatre – CHRU Tours

L'arrêt des antidépresseurs est une étape clé du traitement des troubles de l'humeur et de l'anxiété. Un arrêt mal conduit peut entraîner des symptômes de sevrage ou une rechute. Cette newsletter vous guide sur la meilleure manière d'accompagner vos patients.

1

Quand arrêter en fonction des indications ?

L'arrêt du traitement doit être envisagé uniquement lorsque le patient présente une stabilité clinique. Les recommandations générales sont :

- **Dépression majeure isolée** : arrêt après **6 à 12 mois** de rémission complète.
- **Troubles anxieux (TOC, TAG, phobies, trouble panique, PTSD)** : arrêt après **12 à 24 mois** de stabilité.
- **Dépansions récurrentes** : évaluer le risque de rechute, possible traitement de maintenance à long terme.
- **Trouble bipolaire** : arrêt déconseillé sauf indication spécifique et avec supervision psychiatrique.

2

Spécificités d'arrêt :

L'arrêt doit être **progressif**, et dépend de la demi-vie de l'antidépresseur :

- **Demi-vie courte (paroxétine, venlafaxine, duloxétine)** : arrêt très progressif (réduction de 10 % toutes les 2-4 semaines).
- **Demi-vie longue (fluoxétine, agomélatine, mirtazapine)** : arrêt plus flexible, mais toujours progressif.
- **Ne jamais alterner un jour sur deux** avec les ISRS et IRSN à demi-vie courte.
- **Utilisation possible de formes liquides ou de préparations magistrales** pour affiner la réduction.

Exemple de schéma de réduction progressif :

Étape	Durée	Réduction recommandée
Étape 1	2-4 semaines	Réduction de 25 % de la dose initiale
Étape 2	2-4 semaines	Nouvelle réduction de 25 %
Étape 3	2-4 semaines	Réduction de 50 % de la dose restante
Étape 4	2-4 semaines	Passage à la plus petite dose disponible ou arrêt

Retrouvez toutes nos newsletters sur notre site internet

<https://medecinegeneralepsychiatrie37.fr/>



À quoi s'attendre à l'arrêt ?

➡ Le Syndrome de sevrage

Il survient dans les **jours suivant l'arrêt ou la réduction**, et inclut :

- Symptômes pseudogrippaux, nausées, vertiges.
- Troubles du sommeil, anxiété, irritabilité.
- Sensations de choc électrique ("brain zaps"), troubles sensoriels.
- Dysfonction sexuelle parfois persistante.

Sa **prévalence** est entre **35 % et 78 %** (médiane ~56 %) ; **46 %** sont **sévères**, et peuvent durer plusieurs mois.

Facteurs de risque :

- Souvent en cas de sevrage rapide ou arrêt brutal.
- Antécédents de sevrage difficile.
- Traitement prolongé à forte dose.
- Polymédication ou interaction enzymatique.

➡ La rechute dépressive

- Apparition plus progressive (pendant 2–3 semaines après arrêt).
- Symptômes similaires à ceux de la dépression initiale.
- **Réintroduction plus lente** (plus d'une semaine nécessaire pour soulagement).

➡ Comment faire la différence entre les deux ?

- **Sévérité rapide** (< 1 semaine) suggère sevrage.
- **Réponse ultrarapide (24–48 h)** à la dose précédente → sevrage probable.
- Symptômes tels que vertiges, nausées, akathisie sont typiques du sevrage, rarement de la rechute.
- Il est utile de comparer les symptômes à ceux connus avant traitement.

Si la rechute est confirmée et est prolongée (> 1 mois) : il faut envisager un retour à la dose thérapeutique et ajuster la prise en charge.

Dois-je remettre le traitement ?

- En cas de symptômes sévères de sevrage, reprenez la dose précédente tolérée, puis ralentissez la réduction.
- En cas de rechute vraie (persistance > 1 mois, non soulagée rapidement), réévaluez la stratégie : psychothérapie renforcée, réintroduction médicamenteuse, suivi pluridisciplinaire.

Ce qu'on vous recommande pour votre pratique :

- Décision partagée : informer le patient dès l'instauration du traitement sur la possibilité de survenue de sevrage éventuel.
- Réévaluation clinique régulière au moment de la décroissance (2–4 semaines), avec des outils validés (MADRS, PHQ-9), journal de suivi.
- Utilisation possible de relais vers la fluoxétine chez les patients sensibles pour minimiser le sevrage.
- Formes liquides ou préparations magistrales à petite dose pour les dernières étapes du sevrage.
- Ne pas négliger l'hygiène de vie (activité physique, gestion du stress, sommeil) comme soutien non médicamenteux.
- Communiquer avec le pharmacien ou le psychiatre en cas de sevrage prolongé ou complexe.

Conclusion

L'arrêt des antidépresseurs doit être **planifié, individualisé et progressif**. Une **distinction claire entre sevrage et rechute**, un **suivi rapproché** et l'**écoute du patient** sont les **garants d'un sevrage réussi**. **N'hésitez pas à vous appuyer sur les guides du CBIP, du NICE pour optimiser vos pratiques.**



Prochaine soirée thématique

“Risque suicidaire”

