

# ANTIDÉPRESSEURS

## COMPARAISON DES STRATÉGIES D'ARRÊT

MAXIME JOHNSON

**Fin abrupte, sevrage rapide, sevrage lent, réduction de la dose ou continuation, avec ou sans soutien psychologique : une méta-analyse compare les stratégies d'arrêt des antidépresseurs chez les patients en rémission après une dépression.**



D<sup>r</sup> Nicolas Garel

Arrêter un antidépresseur peut être difficile. D'un côté, les effets secondaires de ces médicaments et les considérations en lien avec la surprescription sont bien réels, mais de l'autre, tant le médecin que le patient souhaitent éviter les rechutes. Une revue systématique avec méta-analyse en réseau d'essais cliniques à répartition aléatoire sur les stratégies d'arrêt des antidépresseurs apporte un nouvel éclairage sur la question.

D'après l'analyse, la stratégie à privilégier pour arrêter des antidépresseurs est le sevrage lent, de plus de 4 semaines (majoritairement de 5 à 12 semaines), accompagné d'un soutien psychologique. Près d'un an après l'arrêt, le taux de rechute des patients en rémission d'une dépression qui ont suivi cette façon de faire était sensiblement le même que celui de ceux qui avaient continué leur médication, indiquent les auteurs de l'analyse publiée dans *Lancet Psychiatry*<sup>1</sup>.

« Cela confirme plusieurs choses que nous observions au niveau clinique, mais jusqu'à maintenant, nous n'avions pas d'étude robuste comme celle-là pour le confirmer », se réjouit le D<sup>r</sup> Nicolas Garel, psychiatre au CHUM et professeur adjoint au Département de psychiatrie et d'addictologie de l'Université de Montréal.

« C'est un sujet important, car les antidépresseurs sont beaucoup prescrits. Environ une personne sur six au Québec prend des antidépresseurs. Et elles le font pendant longtemps », rappelle le D<sup>r</sup> Garel.

### SOIXANTE-SEIZE ÉTUDES COMBINÉES

Pour évaluer le risque relatif de rechute pour chaque stratégie d'arrêt, la chercheuse **Debora Zaccoletti** et ses collaborateurs ont évalué l'ensemble des essais cliniques à répartition aléatoire portant sur l'arrêt des antidépresseurs chez des patients en rémission. Une méta-analyse en réseau comme celle-ci permet de regrouper les résultats de différentes études dans un modèle statistique commun, même lorsque les approches n'ont pas toutes été comparées de façon directe dans les essais.

Au total, 76 études regroupant 17 379 participants ont été incluses dans la méta-analyse en réseau. L'âge moyen était de 45 ans, et environ les deux tiers des participants étaient des femmes. Près de 80 % des essais concernaient la dépression. Les autres portaient sur les troubles anxieux. Le suivi moyen atteignait 45,9 semaines, donc un peu moins d'un an.

### LE SEVRAGE LENT SE DÉMARQUE, MAIS À UNE CONDITION

Comparé à l'arrêt abrupt, le sevrage lent accompagné d'un soutien psychologique structuré réduit significativement le risque de rechute au terme du suivi. L'analyse montre qu'une rechute est prévenue pour environ cinq patients traités avec cette approche plutôt qu'avec un arrêt subit (NNT = 5,4). Le résultat est similaire si on compare la poursuite de l'antidépresseur à dose standard à l'arrêt abrupt (NNT = 5,3).

En revanche, le sevrage lent sans soutien psychologique n'a pas montré de supériorité significative pour prévenir les rechutes par rapport à l'arrêt brusque. « Le sevrage lent sans soutien semble meilleur que le sevrage rapide et l'arrêt abrupt, mais il se démarque moins qu'on aurait pu le croire, estime le D<sup>r</sup> Garel. Ce que cette méta-analyse montre cependant, c'est toute la plus-value d'avoir un soutien psychologique structuré. »

Différents types de soutien psychologique ont été utilisés dans les études analysées, notamment la thérapie cognitivo-comportementale, la thérapie cognitive préventive et des programmes de pleine conscience. « Évidemment, un soutien structuré comme celui qui est offert dans les essais cliniques, dans un contexte de recherche, est difficile à reproduire dans le système public. Mais tout soutien psychologique qu'on peut



apporter, sans que ce soit de la psychothérapie formelle, est clairement indiqué », estime le psychiatre.

Notons que le sevrage lent avec soutien psychologique structuré est aussi comparable à la poursuite du traitement pour les symptômes dépressifs en particulier. La méta-analyse ne permet toutefois pas de tirer de conclusions statistiques pour les rechutes dans les cas de troubles anxieux. Les taux d'abandon et les effets indésirables graves, eux, ne différaient pas de façon marquée entre les approches.

### DES LIMITES À CONSIDÉRER

Quelques bémols méritent d'être soulevés. Puisqu'il s'agit d'une méta-analyse en réseau, les caractéristiques des stratégies d'arrêt pouvaient varier d'une étude à l'autre, notamment par rapport à la vitesse du sevrage.

Statistiquement, les résultats des études retenues étaient dans certains cas hétérogènes, ce qui réduisait le degré de certitude accordé à certaines analyses. « Bien que le sevrage lent combiné à un soutien psychologique figure parmi les stratégies les plus efficaces, le sevrage lent seul n'a pas atteint la signification statistique, ce qui pourrait s'expliquer par une puissance statistique limitée plutôt que par une réelle absence d'efficacité », affirment d'ailleurs les auteurs de l'étude.

Le suivi moyen était aussi d'environ un an. « C'est déjà très bon, mais on ne sait pas ce qui se passe après », note le D<sup>r</sup> Nicolas Garel.

Les études incluant des personnes souffrant de troubles anxieux n'ont par ailleurs pas évalué plusieurs stratégies d'arrêt des antidépresseurs.

De plus, la méta-analyse ne permettait pas de tirer de conclusions claires pour le risque de rechutes pour plusieurs analyses portant sur les troubles anxieux. « Nous demeurons donc prudents quant à la généralisation des résultats d'un diagnostic à l'autre et soulignons la nécessité de réaliser des essais cliniques à répartition aléatoire spécifiquement menés auprès de personnes atteintes de troubles anxieux », affirment les auteurs.

Les études analysées offrent aussi peu de données en lien avec les symptômes de sevrage, et la représentativité des groupes autres que la population blanche est faible. De plus, les patients présentant une dépression récurrente, pour qui des traitements à long terme sont parfois indiqués, étaient possiblement peu représentés dans la méta-analyse, ce qui limite la généralisation des conclusions à cette population.

### UN GRAND INTÉRÊT CLINIQUE

Malgré ses limites, le D<sup>r</sup> Nicolas Garel juge la méta-analyse d'un grand intérêt clinique. « Ça renforce l'idée qu'il faut éviter autant que possible l'arrêt brusque et les sevrages rapides », note le psychiatre, qui rappelle qu'au Québec, la majorité des antidépresseurs sont prescrits par des médecins de famille et que ce sont aussi eux qui doivent généralement en gérer l'arrêt avec le patient.

L'arrêt brusque n'est pas recommandé, à moins d'effets secondaires graves nécessitant un arrêt d'urgence, mais le D<sup>r</sup> Garel rappelle que ce sont souvent les patients qui décident de mettre fin à leur traitement d'un seul coup. « Il faut alors les informer des risques d'un tel arrêt et leur expliquer pourquoi ils seraient mieux d'opter pour un sevrage lent. Il faut ensuite planifier un sevrage individualisé et, surtout, essayer d'offrir le plus possible un soutien psychologique pendant celui-ci », ajoute le D<sup>r</sup> Nicolas Garel.

« Comme médecin, comme intervenant, on peut soutenir psychologiquement nos patients qui arrêtent un antidépresseur. On peut les voir plus souvent pendant cette période et les orienter vers d'autres ressources, par exemple », note-t-il.

Pour les patients et les médecins qui sont inquiets à l'idée d'arrêter les antidépresseurs, le D<sup>r</sup> Garel accueille aussi la méta-analyse avec optimisme. « Ça nous montre qu'on peut arrêter les antidépresseurs de manière sécuritaire », croit le psychiatre. ■

### BIBLIOGRAPHIE

1. Zaccoletti D, Mosconi C, Gastaldon C et coll. Comparison of antidepressant deprescribing strategies in individuals with clinically remitted depression: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2026. DOI : 10.1016/S2215-0366(25)00330-X.