

# SEVRAGE DES MÉDICAMENTS PSYCHIATRIQUES

Traduction libre du chapitre 9 du livre *Your drug may be your problem*  
de Peter Breggin, M.D., et David Cohen, Ph.D.

«Withdrawal reactions from psychiatric drugs»  
(Réactions de sevrage aux médicaments psychiatriques)

## Réactions de sevrage des médicaments psychiatriques

Au chapitre 4, nous avons discuté des effets indésirables qui peuvent se produire lors de la prise de médicaments psychiatriques. Le présent chapitre passe en revue les effets indésirables qui peuvent se développer en cours de sevrage.

### *Prenez garde à l'usage illicite*

Ce livre s'adresse aux personnes qui ont éprouvé des problèmes au cours de la prise ou du sevrage de médicaments psychiatriques prescrits par des médecins selon les normes généralement acceptées pour leur usage clinique.

D'un autre côté, vous éprouvez peut-être de graves difficultés provoquées par l'usage de stimulants, de sédatifs ou d'analgésiques - en grande quantité ou combinés - ou avec de l'alcool. Vous pouvez avoir commencé cet usage à partir d'une prescription médicale de routine, mais vous en prenez maintenant une plus grande quantité et vous sentez que vous êtes incapable de contrôler les effets cumulatifs. De même, si vous avez obtenu des médicaments psychiatriques illégalement ou de plusieurs médecins, vous souffrez peut-être d'un sérieux problème de dépendance. Si vous reniflez, injectez ou aspirez ces drogues, vous vous exposez à des dangers extrêmes.

Peu importe les circonstances, vous avez peut-être besoin d'aide professionnelle immédiate, qui peut comprendre une désintoxication ou un séjour dans un centre de réadaptation pour toxicomanie.

Ce livre porte, lui, sur les problèmes associés à l'usage ordinaire et au sevrage de médicaments psychiatriques prescrits régulièrement par les médecins.

### ***Votre médecin l'ignore peut-être...***

Tous les médicaments psychiatriques peuvent produire des réactions désagréables et troublantes au moment du sevrage ou de l'arrêt. Pour *certaines* remèdes qui existent depuis des décennies, particulièrement les benzodiazépines, les réactions au sevrage sont bien décrites dans la littérature médicale. Les médecins ont tendance à être au fait de ces réactions. Toutefois, ils ignorent trop souvent les problèmes de sevrage associés à plusieurs autres médicaments psychiatriques qu'ils prescrivent de façon routinière.

Les stimulants, tels que le Ritalin, l'Adderall et le Déxedrine, ont largement été utilisés depuis des décennies. Toutefois, plusieurs médecins ne sont pas au courant des fortes réactions de sevrage de ces médicaments. Il en va de même pour des remèdes plus récemment introduits sur le marché. Les antidépresseurs ISRS, tels que le Prozac, le Zoloft et le Paxil, impliquent souvent un sevrage pénible; toutefois, plusieurs médecins semblent peu au courant.

Ce qui nous apparaît plus troublant est le fait que même si les médecins connaissent les dangers des problèmes de sevrage de ces médicaments, ils s'abstiennent souvent d'en faire part à leurs patients. Parfois, ils se sentent trop bousculés par le temps pour informer leurs patients de ces dangers. À d'autres occasions, ils oublient tout simplement. Ou encore, ils sont préoccupés par le fait que des patients se plaindront des effets secondaires que le médecin mentionne ou dont ils ont entendu parler. À d'autres moments, les médecins ont tout simplement peur de

décourager leurs patients de prendre leur médication. Toutefois, l'éthique médicale et une pratique sensée exigent que les médecins avisent leurs patients des problèmes de sevrage. Il n'y a pas d'excuses légitimes pour ne pas le faire.

Une fois la lecture de ce livre terminée, vous serez plus au fait que votre médecin des problèmes de sevrage. Si vous planifiez de cesser ou de diminuer la dose d'un médicament psychiatrique, vous voudrez peut-être partager ce livre avec votre médecin.

### ***Quand s'agit-il d'une réaction au sevrage ?***

Les réactions au sevrage peuvent être difficiles à reconnaître. Par exemple, prenons le cas de George qui depuis deux nuits a cessé de prendre le Klonopin (clonazépam) qu'on lui a prescrit pour l'aider à dormir. C'est la première fois depuis plusieurs mois qu'il tente de s'endormir sans son «somnifère». Depuis qu'il a cessé le Klonopin, George a plus que jamais des problèmes à s'endormir. Il est demeuré éveillé pendant des heures à s'inquiéter de ce qui lui arriverait s'il s'avérait impossible pour lui de s'endormir sans médicaments.

George éprouve fort probablement une réaction au sevrage du Klonopin. Pendant plusieurs mois, son cerveau a livré une bataille contre les effets du médicament que George prenait quotidiennement. Ce processus a eu comme résultat une stimulation réactive ou compensatoire accrue du cerveau. Maintenant que la prise du médicament a cessé, le cerveau trop stimulé de George a pris le dessus et maintient George dans un état d'éveil. Étant donné que son insomnie est pire qu'avant sa prise du Klonopin, sa réaction au sevrage peut être appelée un «rebond» - une aggravation des symptômes originaux.

Ou encore, George pourrait souffrir d'une crainte psychologique d'abandonner son médicament. S'il n'avait pas tellement peur de vivre sans son médicament, il n'aurait peut-être pas autant de problème à trouver le sommeil. Ayant pris l'habitude de prendre du Klonopin, il peut peut-être

©[https://web.archive.org/web/20051126185129/http://www.cam.org/~agidd/chap9\\_livre\\_breggin\\_cohen.htm](https://web.archive.org/web/20051126185129/http://www.cam.org/~agidd/chap9_livre_breggin_cohen.htm)

éprouver de la peur de s'en passer. Cette réaction au sevrage serait décrite comme étant provoquée psychologiquement, au contraire des effets physiques du sevrage qui nous préoccupent davantage. Dans de telles circonstances, George aurait besoin d'être rassuré par son médecin qu'il pourra éventuellement retrouver le sommeil sans médicament.

George pourrait aussi souffrir de sa première insomnie. En effet, pendant des années, il a eu tendance à s'inquiéter la nuit. En l'absence d'un sommeil induit par la médication, son inquiétude est peut-être réapparue. Cette situation pourrait être décrite comme une «rechute» - un retour au problème original éprouvé avant la médication. Le counselling ou la psychothérapie pourrait venir en aide à George dans le traitement de cet aspect de son insomnie.

Étant donné que le Klonopin et les autres types de somnifères provoquent normalement des problèmes de sevrage, nous ne nous trompons vraisemblablement pas en précisant qu'il s'agit, dans le cas de George, d'un diagnostic de réactions de sevrage. S'il retourne éventuellement à un sommeil plus normal dans quelques jours ou quelques semaines, le diagnostic serait confirmé. Tel que mentionné, il est souvent difficile de distinguer les réactions de sevrage d'autres problèmes tels que le retour du symptôme original. Toutefois, il est habituellement plus sage de présumer que le sevrage physique joue un rôle et qu'une diminution lente et graduelle serait préférable.

Il faut considérer la possibilité que vous faite une réaction de sevrage si vous commencez à éprouver des réactions émotives ou physiques dans les heures, les jours ou les semaines suivant une diminution ou un arrêt de la médication. La même chose est vraie si vous éprouvez ces réactions *entre* les doses. Les médicaments à demi-vie courte sont particulièrement susceptibles de provoquer des réactions au sevrage entre les doses. C'est le cas de tous les stimulants, des somnifères Ambien et Halcion et du tranquillisant benzodiazépine Xanax.

Vous pouvez aussi être en train d'avoir une réaction de sevrage si la réaction est contraire à l'effet du médicament. Par exemple, si vous éprouvez une grande fatigue et sentez que vous vous «écrasez» quelques heures après avoir pris un stimulant - ou encore si vous vous sentez agité et même «high» quelques heures après avoir pris un tranquillisant - il pourrait s'agir de sevrage.

### ***Déni des réactions de sevrage***

Pour plusieurs raisons, notre connaissance des problèmes liés au sevrage n'est pas si avancée qu'elle devrait l'être. Premièrement, ces problèmes sont très complexes. Comme dans le cas de George, il peut être difficile de distinguer les facteurs psychologiques des facteurs physiques. Ou encore, il peut s'avérer difficile de déterminer si les problèmes comprennent un sevrage physique ou un retour des problèmes originaux de l'individu. De plus, les réactions de sevrage à un même médicament varient d'une personne à l'autre. Par exemple, George peut se sentir nerveux et avoir des problèmes à trouver le sommeil pour quelques jours après l'arrêt du Klonopin, alors que Gina pourrait, elle, entendre une sonnerie dans ses oreilles ou se sentir en déséquilibre.

Comme nous l'avons mentionné, les médecins sont souvent réticents à admettre que le sevrage constitue un problème grave. Bien plus, lorsqu'ils sont témoins de réactions de sevrage, ils les rapportent rarement aux agences appropriées. Par exemple, des réactions probables au sevrage d'antidépresseurs tels que le Paxil et le Zoloft sont très communes, se produisant chez 30 % des patients. Toutefois, le nombre de rapports de tous les effets secondaires des antidépresseurs envoyés au Food and Drug Administration (FDA) varient entre 2 et 300 *par million de prescriptions*.

Encore plus important peut-être est le fait que presque la plupart des recherches sur les médicaments sont financées et contrôlées par les compagnies pharmaceutiques. Ces corporations dont la visée est le profit ont tendance à être réticentes à identifier des problèmes, liés au sevrage,

qui pourraient décourager les gens de faire usage de leur produits. La recherche sur les médicaments, l'éducation médicale et la pratique clinique sont donc plusieurs facteurs qui entrent en jeu pour nous empêcher de développer nos connaissances sur le sevrage des médicaments psychiatriques. Conséquemment, il n'existe pas de tradition significative ni d'ensemble de connaissances en psychiatrie pour mettre l'accent sur les réactions de sevrage des médicaments. On a tendance à mettre davantage l'accent sur la façon de commencer et de maintenir l'usage des médicaments, plutôt que sur la façon d'en cesser la consommation.

Lorsque vous lui parlez des problèmes liés à l'arrêt de votre médicament psychiatrique, ou à la diminution des doses, *gardez en tête que votre médecin peut ne pas en connaître long sur ce sujet et pourrait même en nier de façon irrationnelle l'existence*. Par exemple, les antidépresseurs plus anciens appelés communément tricycliques ont été sur le marché depuis plus de 40 ans et les réactions à leur sevrage maintes fois documentées. Toutefois, les médecins semblent souvent ignorer complètement l'existence de ces réactions. Un sondage récent a été effectué auprès de psychiatres et d'omnipraticiens afin de vérifier leur connaissance au sujet des réactions au sevrage des antidépresseurs. Les auteurs ont conclu qu'une « minorité importante d'omnipraticiens n'avaient été suffisamment au courant de l'existence des symptômes de sevrage des antidépresseurs ». Cela veut dire que dans la pratique clinique routinière au moins « une minorité importante » de médecins ne fait aucune tentative pour diagnostiquer les réactions de sevrage ou les distinguer d'autres symptômes.

Votre médecin pourrait aussi attribuer par erreur vos réactions au sevrage à un retour de votre «maladie mentale». Plus particulièrement, si vous avez tenté *sans succès* de vous sevrer à deux ou trois reprises, votre médecin pourrait essayer de vous convaincre que vous souffrez d'une «maladie chronique» qui requiert la prise de médicaments tout au cours de votre vie. Ironiquement, plus longtemps vous consommez le médicament, plus probablement vous n'aurez pas une réaction simplement légère

©[https://web.archive.org/web/20051126185129/http://www.cam.org/~agidd/chap9\\_livre\\_breggin\\_cohen.htm](https://web.archive.org/web/20051126185129/http://www.cam.org/~agidd/chap9_livre_breggin_cohen.htm)

lorsque vous tenterez de vous en défaire. Votre médecin qui l'ignore et même vous aussi y verrez peut-être un signe que «vous avez vraiment besoin» de ce médicament. En réalité, c'est de l'aide dont vous avez besoin pour vous en sevrer graduellement.

### ***Définir la dépendance physique***

Si un médicament provoque des effets de sevrage déplaisants, certains usagers en deviendront inévitablement physiquement dépendants. En effet, cette conclusion est inhérente à la définition de *dépendance physique*. Selon le World Task Force, un groupe de travail qui s'est penché sur les sédatifs hypnotiques, «la dépendance physique se définit comme l'apparition de symptômes spécifiques lorsque la médication est brusquement interrompue». Le service de glossaire pharmacologique en ligne de l'Université de Boston affirme que la dépendance «se caractérise par la nécessité de maintenir la prise de médicament afin d'éviter l'apparition de symptômes de sevrage incommodes ou dangereux». Et un rapport récent publié dans le *New England Journal of Medicine* le confirme : «L'utilisation du terme "dépendance physique" implique qu'un syndrome de sevrage se produira après l'arrêt d'un remède psychiatrique.»

Sur la base de ces définitions, nous pouvons en plus conclure que tous les médicaments psychiatriques sont des médicaments de dépendance. Cela inclut des médicaments comme le lithium qui ne sont pas communément reconnus comme provoquant des symptômes de sevrage. L'apparition de symptômes de sevrage définit la dépendance en ce sens que les usagers éprouveront de l'inconfort lorsqu'ils cessent de prendre le médicament et seront soulagés lorsqu'ils recommencent à le prendre. Conséquemment à l'expérience de l'inconfort, certains usagers «choisiront» de continuer de prendre le médicament simplement pour éviter la détresse accompagnant le sevrage prolongé. Tel que déjà mentionné, les usagers peuvent confondre le symptôme de sevrage avec la «maladie mentale» et décider qu'ils ont «besoin» du médicament.

L'existence de réactions déplaisantes donne une image négative à un médicament. Pour des raisons économiques et politiques, les compagnies pharmaceutiques, les agences gouvernementales, les chercheurs et les médecins ont tendance à minimiser, ignorer ou nier l'information au sujet des effets de sevrage d'un remède populaire et ce, même après que des preuves convaincantes soient devenues disponibles. Cette résistance et ce déni ont été documentés par le passé, notamment dans le cas des benzodiazépines, des barbituriques, des stimulants et même des opiacés. Pourtant, ces mêmes médicaments sont aujourd'hui tenus pour des «addictifs classiques».

Un déni similaire de la nature, de l'étendue et des implications des réactions au sevrage existe aussi envers des antidépresseurs populaires tels que le Paxil, le Zoloft, le Prozac et d'autres. Ironiquement, ces médicaments n'ont jamais été testés pour leur potentiel de dépendance et sont devenues populaires en partie parce qu'ils ont été offerts en remplacement d'anciens antidépresseurs et des benzodiazépines - des médicaments psychiatriques reconnus pour leurs problèmes de sevrage.

### ***Les réactions de sevrage peuvent entraîner «une détresse significative»***

Le manuel officiel de diagnostics psychiatriques, 4ème édition, le DSM-IV, inclut une catégorie diagnostique intitulée «Sevrage des substances», décrite comme étant «le développement d'un changement comportemental spécifique aux substances avec concomitants physiologiques et cognitifs dus à la cessation ou la diminution de l'usage intensif ou prolongé de substances». Sur la page suivante, le DSM-IV met l'accent sur l'inconfort du sevrage, soulignant que le « syndrome cause une détresse significative ou une détérioration des domaines social, occupationnel ou autres ».

Cette définition semble décrire le sevrage de substances illicites ou illégales. Néanmoins, la plupart des médicaments psychiatriques prescrits et approuvés incluent un « usage prolongé ». Tel que documenté plus loin



dans ce chapitre, les réactions au sevrage qui peuvent causer une détresse grave et de longue durée et une détérioration ont été spécifiées pour toutes les catégories de médicaments psychiatriques. Toutefois, le DSM-IV « reconnaît » de telles réactions pour seulement deux catégories de médicaments psychiatriques actuellement utilisés: les stimulants et les tranquillisants.

### « *Sevrage* » ou « *Arrêt* »

Pendant des années, les auteurs de la littérature médicale ont utilisé en alternance les termes du syndrome de l'arrêt, du sevrage et de l'abstinence. De plus en plus dans les discussions sur les médicaments psychiatriques, le terme accepté est l'arrêt (*discontinuation*). Selon certains experts, ce terme est moins stigmatisant. Nous avons lu dans un éditorial récent du *British Medical Journal* que « la croyance populaire commune selon laquelle les antidépresseurs créent une dépendance contribue probablement au sous-traitement significatif de la maladie dépressive. Il est important de ne pas adopter cette croyance par inattention – une raison supplémentaire qui fait que « réaction d'arrêt » est un terme plus approprié que « réaction de sevrage ».

Mais il s'agit de propos ambigus. Au lieu de fournir des preuves pour aborder la peur, justifiée, que les antidépresseurs peuvent produire la dépendance, les experts conseillent vivement de donner à ce phénomène inquiétant une autre appellation! Nous, au contraire, nous suggérons qu'une vraie tentative soit faite pour répondre à deux questions importantes : Est-ce que les effets de « l'arrêt » ou du « sevrage » amènent les gens à poursuivre leur médication indéfiniment? Et est-ce que par erreur ces effets convainquent les médecins que les patients « ont besoin » de leurs médicaments?

Il n'y a pas si longtemps, des raisonnements similaires amenaient les médecins à croire que le traitement à long terme aux tranquillisants était « efficace ». Depuis le début de l'usage des benzodiazépines, en 1963,

l'existence de la dépendance physique chez les patients prenant des doses cliniques de benzodiazépines a été fermement établie. Toutefois, pas plus de 15 ans plus tard, un expert de renom conclut que « le risque de dépendance avec les benzodiazépines est .. probablement inférieur à un cas par 50 millions de mois d'usage thérapeutique ». Conséquemment à un tel déni, des millions de personnes en devinrent dépendantes.

La suite de ce chapitre fournit une revue de l'information médicale au sujet des réactions au sevrage de médicaments psychiatriques couramment prescrits, incluant les plus récents sur le marché. Nous discutons aussi des réactions et des syndromes de sevrage moins connus. La revue suivante est probablement le résumé le plus complet portant sur les réactions au sevrage qui soit disponible actuellement.

### ***Les réactions au sevrage des benzodiazépines***

Les réactions au sevrage des benzodiazépines – les médicaments qui constituent la grande partie de la catégorie des tranquillisants mineurs et les somnifères habituellement prescrits – sont extrêmement bien documentées. Pour la plupart des gens qui prennent une faible dose, les symptômes essentiels de sevrage consistent en une augmentation de la tension et de l'anxiété de même qu'en une perturbation motrice et de la perception. Toutefois, les réactions peuvent devenir beaucoup plus graves et mettre la vie en danger.

Les tranquillisants peuvent produire des réactions de sevrage après seulement quelques semaines d'usage. Des études sur le Xanax, par exemple, ont indiqué une augmentation de l'anxiété et de panique au moment de l'arrêt, après seulement huit semaines de consommation. Plus longtemps vous prenez un tranquillisant, plus élevée est la dose et plus le sevrage est interrompu de façon abrupte - plus graves seront vos réactions au sevrage. Les réactions graves ont tendance à être plus fréquentes avec les médicaments à demi-vie courte comme l'Halcion (le triazolam utilisé seulement comme somnifère) et le Xanax (alprazolam). Les produits

intermédiaires à demi-vie courte incluent l'Ativan (lorazépam), le Klonopin (clonazépam), le Lectopam (bromazépam), le Restoril (temazépam) et le Serax (oxazepam). Les produits à effet prolongé incluent le Dalmane (flurazépam), le Valium (diazépam), le Tranxene (clorazépate) et le Librium (chlordiazepoxide). Les benzodiazépines peuvent inverser les réactions au sevrage de l'alcool et des barbituriques. De ce fait, ils produisent un syndrome similaire à celui associé à ces substances.

### **Le syndrome de l'arrêt**

Un rapport du comité de travail de l'American Psychiatric Association (1990) divise le syndrome de l'arrêt des benzodiazépines en trois catégories bien connues:

*1) Des réactions de rebond d'anxiété et d'insomnie - les mêmes que celles pour lesquelles le médicament a été prescrit, mais seulement plus graves.* Ces symptômes se produisent habituellement un à trois jours après l'arrêt. Pour les produits à demi-vie tels que l'Halcion, le rebond «veut souvent dire un réveil en pleine nuit, avec une incapacité de retour au sommeil sans une deuxième dose de triazolam». Pour certains patients, les symptômes de rebond durent environ une semaine; pour d'autres, ils s'atténuent après deux ou trois semaines. Toutefois, plusieurs personnes qui éprouvent ces réactions n'en viennent pas à bout, puisqu'elles reprennent le médicament afin d'éviter la détresse associée à l'arrêt.

*2) Les symptômes de rechute ou de récurrence - le retour du problème original.* En effet, étant donné que le traitement pharmacologique cible les symptômes plutôt que les causes de l'anxiété, on peut s'attendre à voir l'anxiété revenir quand on cesse de prendre le médicament. Et étant donné que la récurrence et le rebond apparaîtront probablement en même temps, votre médecin peut trouver difficile de les distinguer l'un de l'autre. Toutefois, les symptômes de récurrence ont tendance à durer plus longtemps que les symptômes de rebond.

3) *Les symptômes de sevrage - l'apparition de symptômes qui n'existaient pas avant l'usage des benzodiazépines.* Même des réactions relativement modérées de sevrage peuvent inclure des symptômes semblables à la grippe tels que la nausée, les vomissements, des maux de têtes, des douleurs et des raideurs musculaires, la fatigue, les diarrhées, des frissons et des sueurs. L'insomnie, l'anxiété, la tension et un éventail de sensations inhabituelles dans la tête sont aussi très communs. Un syndrome de sevrage en règle peut aussi entraîner des tremblements, une vision brouillée, une tension et une anxiété extrêmes, des attaques aiguës d'anxiété, une sensibilité accrue au son et à la lumière, des troubles graves de sommeil, des problèmes d'équilibre et de coordination, des tics nerveux et des crampes musculaires, des troubles visuels et auditifs tels que des hallucinations ou l'acouphène (bourdonnement dans les oreilles), l'anorexie et la perte de poids et même la psychose, le délire et les convulsions.

Tel que noté, le sevrage des benzodiazépines (comme le sevrage de l'alcool et des barbituriques) peut provoquer des crises convulsives ou épileptiques. Les adultes et les personnes âgées semblent être particulièrement à risque, mais les crises sont plus probables dans les cas où les doses étaient fortes, des médicaments à demi-vie ont été pris et lorsque l'arrêt est abrupt.

### **L'implication du médecin dans le sevrage**

Aujourd'hui, les médecins encouragent régulièrement les usagers de longue date de benzodiazépines de se sevrer de ces médicaments. Toutefois, plusieurs de ces patients refusent à cause des symptômes de sevrage trop intolérables. Ils demeurent sur les médicaments grâce à des médecins qui renouvèlent leurs prescriptions. C'est particulièrement vrai dans le cas des personnes âgées, particulièrement les femmes, à qui on a prescrit ces médicaments avant que les médecins soient plus conscients du potentiel de dépendance.

L'implication du médecin avant, pendant et après le sevrage est l'un des éléments les plus importants du succès dans les cas où le processus est difficile. Les patients en sevrage de benzodiazépines requièrent un soutien psychologique. Cette intervention peut varier d'un simple geste d'encouragement à des techniques plus formelles de gestion de l'anxiété telles que les exercices de respiration, la méditation et les groupes de soutien; cela peut aussi inclure de la psychothérapie.

Votre médecin peut être plus efficace en utilisant un protocole clair de sevrage au lieu d'une intervention peu structurée et tâtonnante. Il peut être aidant d'avoir en main des informations écrites sur chacune des étapes du sevrage. Bien que certains médecins prescrivent de l'Indéral ou du Tegretol pour minimiser les réactions de sevrage des benzodiazépines, on n'en a pas encore démontré l'efficacité, sauf peut-être dans des cas d'urgence quand il faut cesser les benzodiazépines rapidement.

La vaste majorité des patients ont un sevrage réussi en externe. Dans la littérature médicale, les recommandations sur le sevrage des benzodiazépines mentionnent quelquefois que les patients hospitalisés peuvent passer à un médicament à demi-vie longue tel que le Valium parce que les symptômes de sevrage sont moins aigus et la dose relativement plus grande peut être divisée plus facilement. D'autres médecins croient au contraire qu'il est mieux de travailler avec le produit auquel le patient est habitué.

Certaines sources médicales suggèrent la méthode de «10 % de réduction par jour » pour les benzodiazépines. Mais nous croyons que cela pose un trop grand risque aux patients. Dans les cas où les médecins estiment qu'il est préférable de réduire rapidement la dose sans hospitaliser le patient, un échancier de « 10 % par semaine » est plus raisonnable. Des expériences cliniques avec les benzodiazépines suggèrent aussi que l'extension de la période de sevrage ne nuit pas particulièrement après que la dose initiale a été réduite de 50 %. Dans des circonstances

ordinaires, toutefois, les patients devraient être admis à partager le contrôle du processus, particulièrement s'il s'agit d'y aller plus lentement.

### ***Les réactions de sevrage des antidépresseurs***

Au chapitre 4, nous avons divisé les antidépresseurs en quatre catégories: les tricycliques, les IMAO, les drogues semblables au Prozac qui stimulent la sérotonine et les atypiques. Les symptômes prévisibles de sevrage de la plupart de ces produits sont maintenant bien documentés bien que plusieurs psychiatres et surtout des omnipraticiens les ignorent.

### **Les antidépresseurs tricycliques: les réactions de sevrage**

Cesser l'usage d'antidépresseurs tricycliques produit «une variété déconcertante» de symptômes qui affectent de 20 à 80 % des usagers et peuvent durer jusqu'à trois mois. Vous êtes à plus haut risque d'éprouver des réactions de sevrage des tricycliques si vous avez été traité avec des doses élevées pendant plusieurs années et cessez d'en prendre brusquement.

Il existe tellement de symptômes physiques différents qui peuvent apparaître lors du sevrage d'antidépresseurs tricycliques qu'il est préférable de les diviser en catégories. Les symptômes de sevrage suivants peuvent apparaître seuls ou en combinaison, et à des degrés divers:

1) Déangement gastro-intestinal accompagné de crampes abdominales, vomissements, sécheresse de la bouche, salivation excessive et perte d'appétit. La nausée est un symptôme commun et très dérangeant du sevrage de ces produits.

2) Un sentiment général de détresse physique et mental ou d'inconfort, difficile à définir ou à décrire mais qui ressemble à de l'épuisement ou à la grippe. « Des bizarres de sensations dans la tête » sont rapportées occasionnellement par des individus.

3) Des manifestations émotives, incluant la tension, la nervosité, l'irritabilité, l'anxiété, la panique, la dépersonnalisation, l'apathie, la dépression, les sautes d'humeur et même des manies psychotiques. Après quelques jours de sevrage, certaines personnes développent des épisodes psychotiques en règle avec des pensées rapides, de l'hostilité, un jugement appauvri et des comportements dangereux. Ces psychoses peuvent persister longtemps après l'arrêt du médicament et pourraient ne pas répondre au traitement avec d'autres produits.

4) Un mauvais fonctionnement mental qui inclut communément des troubles de mémoire et dans des cas plus graves, la désorientation et les délires (confusion extrême).

5) Des troubles de sommeil, incluant l'insomnie, des rêves extrêmement impressionnants, des cauchemars, et des difficultés respiratoires pendant le sommeil.

6) Des mouvements anormaux incluant des mouvements incontrôlables de presque tous les muscles du corps (dyskinésie), des spasmes musculaires (dystonie), parkinsonisme (des mouvements lents et rigides) et de l'akathisie (une agitation interne qui contraint une personne à bouger). Les spasmes musculaires peuvent être extrêmement douloureux alors que l'akathisie peut être ressentie comme de la torture.

7 Les arythmies cardiaques peuvent être extrêmement dangereuses.

Nous avons vu des cas où les personnes - après plusieurs années de consommation de ces produits - ont été sevrées sans surmonter pleinement les symptômes. Certaines, par exemple, continuent de souffrir indéfiniment de nausées et de problèmes de mémoire.

Tel que mentionné plus tôt dans le livre, la plupart de ces symptômes - incluant les manies et autres troubles mentaux - peuvent aussi se produire *au cours* du traitement à cause de la toxicité de l'antidépresseur.

Les enfants aussi souffrent du sevrage des antidépresseurs tricycliques. Dans le cas d'un enfant de 8 ans, le sevrage abrupt de la tricyclique a provoqué de la nausée grave, des vomissements, des crampes abdominales entraînant l'hospitalisation pour cause de déshydratation. L'irritabilité mentale et des battements cardiaques irréguliers se sont aussi produits chez des enfants de mères qui prenaient des antidépresseurs tricycliques pendant la grossesse.

### **Les réactions de sevrage des IMAO**

Les problèmes liés à la discontinuation des inhibiteurs de monoamine oxidase (IMAO), des produits comme le Nardil, le Parnate, l'Eldepryl et, au Canada, le Manerix, sont moins documentés que les autres catégories d'antidépresseur, probablement parce qu'ils sont moins souvent utilisés. La proportion de patients qui éprouvent des réactions de sevrage est inconnue à cause d'un manque d'études systématiques. Ce que nous savons toutefois, c'est que si vous arrêtez les IMAO, les réactions de sevrage peuvent durer de « quelques jours à quelques mois ».

Certains cliniciens croient que « le sevrage des IMAO n'est habituellement pas un problème sérieux » alors que d'autres maintiennent qu'il « produit des syndromes beaucoup plus graves que ceux provoqués par le sevrage des [tricycliques] ». Une source mentionne « une détérioration cognitive grave et de la catatonie pouvant mener à l'hospitalisation et qui peuvent apparaître au moment de l'arrêt » des IMAO.

D'autres réactions de sevrage incluent l'anxiété, l'agitation, la paranoïa, une élocution rapide, des migraines, une pression sanguine plus basse debout, une faiblesse musculaire, des frissons, des picotements, des sensations de brûlures sous la peau. La manie peut aussi apparaître.

Voici deux compte-rendu de réactions graves au sevrage des IMAO :



Une femme de 34 ans à qui on diminua la dose de Nardil graduellement avait des sensations de brûlure. Elle cessa donc brusquement d'en prendre. Elle devint « hostile, bruyante, agressive, désorientée dans le temps et l'espace... » Elle « criait à des objets imaginaires... Elle a déliré pendant trois jours après avoir reçu la dernière dose de phénelzine... Hospitalisée pour seulement 72 heures, elle ne se rétablit pourtant pas pleinement avant six semaines ».

Dans le cas d'une femme de 21 ans traitée pour boulimie, le Nardil lui fut abruptement enlevé parce qu'elle éprouva des étourdissements graves lorsqu'elle se levait. Conséquemment, « elle avait sommeil, elle passait la plupart de son temps au lit. Elle fut confuse pour trois jours et désorientée pendant quatre jours après la dernière dose.. Elle ne reconnaissait ni sa mère ni sa propre chambre. Elle entra dans un genre de stupeur catatonique et fut hospitalisée ».

### **Les réactions au sevrage des antidépresseurs qui stimulent la sérotonine**

Cette catégorie de drogues inclut les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) tels que le Prozac, le Zoloft, le Celexa, le Paxil et le Luvox (approuvé par le FDA pour les troubles obsessionnels-compulsifs). L'Effexor peut entraîner des réactions semblables à ces produits de même qu'aux antidépresseurs tricycliques.

À la fin de 1996, « parce que les syndromes d'arrêt sont rapportés plus fréquemment dans la littérature », un panel d'experts en psychiatrie commandité par Eli Lilly (le manufacturier de Prozac) s'est rencontré pour discuter des syndromes de sevrage des ISRS. Le panel a constaté que plusieurs des réactions rapportées « sont semblables à celles du sevrage des tricycliques, mais une variété de nouveaux symptômes sont aussi associés à la cessation de la thérapie ISR ». Les nouveaux symptômes incluent « des problèmes d'équilibre, des anomalies sensorielles et un comportement agressif et impulsif possible ».

Le panel a constaté que le syndrome d'arrêt des ISRS inclut un ensemble de symptômes physiques fréquemment rapportés: 1) déséquilibre (par exemple, étourdissement, vertige et ataxie); 2) des symptômes gastro-intestinaux (p. ex. nausée, vomissements); 3) des symptômes semblables à la grippe (p. ex. fatigue, léthargie, myalgie, frissons); 4) des troubles sensoriels (p. ex. acouphène, sensations de brûlures, sensations de chocs électriques), et 5) troubles du sommeil (p. ex. insomnie, rêves réalistes).

Le panel a aussi noté deux « symptômes psychologiques majeurs » du sevrage des ISRS - anxiété/agitation, crises de larmes «dramatiques» et irritabilité - de même que de l'hyperactivité, de la dépersonnalisation, des difficultés de concentration ou des pensées plus lentes, mauvaise humeur, confusion, problèmes de mémoires et mouvements anormaux.

Sur la base de cette information recueillie par le panel et des études récentes, nous avons constaté qu'à l'instar du sevrage des tricycliques, il y avait un vaste éventail de symptômes associés au syndrome de sevrage des ISRS. En voici quelques exemples:

Un homme de 32 ans qui cessa de prendre du Prozac après six mois d'usage se réveilla avec des « spasmes musculaires douloureux » et « des mouvements tendus de la langue ». Une femme de 31 ans tenta de cesser de prendre du Luvox lorsqu'elle tomba enceinte mais « fut envahie par de forts sentiments d'agression (elle sentait qu'elle pouvait tuer quelqu'un) ». Cela s'est produit à deux occasions distinctes de tentatives de sevrage. Cette femme fut incapable de cesser de prendre le Luvox.

L'un d'entre nous a rapporté un «crashing» lors du sevrage des ISRS. Une femme décida spontanément de réduire sa dose de Zoloft de 100 mg à 50 par jour. En quelques jours, elle tomba dans un état de « fatigue et d'épuisement, de dépression profonde et dans un désir étrange et compulsif de se suicider ». Tous ces symptômes disparurent rapidement après qu'elle rétablit la dose à 100 mg. Dans une autre publication, nous

avons décrit une jeune femme qui devint suicidaire lorsqu'elle cessa de prendre du Prozac.

Dans deux cas impliquant des hommes d'âge moyen, sans historique de problèmes psychiatriques majeurs, le sevrage du Paxil mena à des symptômes graves. Pendant douze jours après un arrêt brusque du médicament, l'un éprouva de l'hypomanie marquée. Le deuxième développa une variété de symptômes physiques, ensuite commença à exprimer des pensées homicidaires - un état qui dura cinq semaines.

Un rapport décrit trois patientes qui éprouvèrent « des symptômes physiques graves de sevrage » lorsqu'elles arrêtaient l'Effexor. L'Effexor n'est pas un ISRR, mais comme ce dernier, il stimule la sérotonine. Ces femmes ne purent arrêter la médication même après des tentatives répétées de diminution graduelle. Ces patientes ont pu finalement cesser de prendre de l'Effexor seulement en lui substituant le Prozac.

Après trois mois de prise de Prozac, une jeune femme tenta sans succès de s'en sevrer à trois reprises. À chaque fois, elle éprouva des étourdissements extrêmes et de l'instabilité. Elle fut examinée par des spécialistes qui commandèrent plusieurs tests, incluant des tests de résonance magnétique (TRM) du cerveau. Les résultats étaient négatifs. Les symptômes étaient soulagés à chaque fois en reprenant du Prozac, mais aucun de ses médecins ne soupçonnèrent des réactions de sevrage. Un sevrage graduel de 12 semaines a finalement réussi.

Une femme de 32 ans a pris 300 mg d'Effexor quotidiennement pendant huit mois. Elle tenta de s'en sevrer abruptement à trois occasions mais échoua à cause de migraines intolérables, de troubles gastrointestinaux, fatigue et autres symptômes. « Elle demeure sur un régime de venlafaxine [Effexor], 100 mg t.i.d. ». Un homme sevré de l'Effexor éprouva « une grave akathisie » (compulsion de bouger). Cet état s'atténa « en quelques heures » après avoir pris une nouvelle dose. Ce n'est que plus tard que l'homme fut graduellement sevré.

Dans un long article sur les difficultés du sevrage d'antidépresseurs et sur un site Web racontant ses appels incessants aux autorités britanniques au sujet de la sécurité des médicaments, le journaliste Charles Medawar résume plusieurs rapports traitant des réactions de sevrage des ISRS et le fait que peu de médecins rapportent ces réactions, de même que les réponses évasives des agences gouvernementales et des fabricants. Parmi cette cinquantaine de rapports datés de 1988 à 1998, plusieurs notaient des symptômes de sevrage distincts observés chez des nouveau-nés dont les mères prenaient du Prozac, du Paxil ou du Zoloft en cours de grossesse.

Les réactions de sevrage affectent entre 15 et 80 % des personnes qui cessent les ISRS abruptement. Sur la base d'un estimé conservateur que 50 % des individus souffrent de réactions de sevrage, nous devrions conclure que des centaines de milliers de personnes en sont affectées à chaque année aux États-Unis seulement. La plupart de ces réactions sont faibles ou modérées mais suffisamment troublantes pour que les patients veuillent les éviter. Peu d'estimés valides de réactions graves existent : des taux de 20-30% ont été rapportés lors d'un récent symposium.

Des réactions au sevrage des ISRS se produisent typiquement un à quatre jours après cessation, bien qu'elles peuvent commencer des semaines plus tard dans le cas de produits à demi-vie longue tels que le Prozac. En moyenne, les réactions peuvent persister pendant une période de sept à 25 jours (de 1 journée à 13 semaines). Jusqu'à maintenant, aucune relation n'a été observée entre la dose et la durée de l'usage, d'une part, et d'autre part, sur les risques des réactions au sevrage.

Les réactions au sevrage des ISRS impliquent plusieurs symptômes physiques et émotionnels, dont l'éventail complet n'a certes pas été décrit. Ils se produisent à la fois lors d'un arrêt brusque et lors d'un sevrage graduel mais semblent s'atténuer lors d'un *véritable* sevrage graduel, qui dure de deux à trois mois. Selon notre estimation toutefois le sevrage abrupt est trop fréquent, qu'il soit sous supervision médicale ou non.

Les réactions au sevrage semblent être plus fréquentes - oui du moins plus aiguës - dans le cas des ISRS à demi-vie courte tels que le Paxil, le Luvox et le Zoloft. Les réactions au sevrage des produits à effet prolongé comme le Prozac semblent apparaître beaucoup plus tard. Elles peuvent n'apparaître que 25 jours après l'arrêt. Parce que les réactions se produisent si tardivement, elles ne sont pas visibles dans les études à court terme; de plus, les patients ont tendance à ne pas attribuer ces réactions à la cessation de la médication.

Comme l'ont souligné Lejoyeux et Adès (1997), « les patients qui sont classés comme étant en rechute lorsqu'ils arrêtent la thérapie pharmacologique peuvent en fait souffrir de symptômes non remarqués de sevrage de la médication ». Tel que déjà mentionné, le panel d'experts d'Eli Lilly a constaté que « des crises de larmes dramatiques sont un symptôme psychologique majeur » du sevrage des ISRS. Il n'est pas étonnant que l'on confonde cette réaction avec une rechute de dépression. On ne sait pas combien de patients sont remis sur des antidépresseurs parce qu'ils souffrent de réactions de sevrage et sont mal diagnostiqués comme étant en rechute de dépression - toutefois, le nombre est sans doute important.

### **Réactions au sevrage aux antidépresseurs atypiques**

Les réactions au sevrage des antidépresseurs atypiques sont généralement moins bien documentées qu'aux autres types d'antidépresseurs. Il n'a que peu d'information sur les effets de sevrage du Ludiomil (maprotiline). Les réactions au sevrage de la Wellbutrin ou du Zyban (bupoprion), la Serzone (nefazodone) sont aussi peu documentées dans la littérature médicale. Un rapport décrit un syndrome de sevrage abrupt de la Sezrone, comme suit: « étourdissements, nausées, vomissements, transpiration, anxiété, insomnie et nervosité » pendant trois jours. Un autre rapport décrit des réactions similaires (qui incluaient aussi des sensations de brûlures sous la peau) après la cessation soudaine du nouvel antidépresseur Remeron.

Les réactions de sevrage de l'Effexor (venlafaxine) ont été discutées dans la section précédente, vu que plusieurs de ses effets sont semblables à ceux des produits de type Prozac qui stimulent la sérotonine. L'Asensin (amxapine), une combinaison de neuroleptiques et d'antidépresseurs tricycliques, partagera avec eux des effets de sevrage important (semblables à la grippe, de l'agitation, des troubles de mouvements) et les lecteurs devraient consulter la section qui traite de ce sujet.

Plusieurs effets de sevrage ont été documentés pour le Desyrel (trazodone), incluant la manie et l'hypomanie, la nausée et le vomissement récurrent et les hallucinations visuelles. En 36 heures de cessation de la trazodone, un patient a développé un « syndrome d'anxiété envahissante, de dépersonnalisation, d'insomnie et des cauchemars » qui ne s'atténuèrent qu'après cinq jours.

Tel que discuté dans des chapitres précédents, l'absence ou la rareté d'études sur les effets de sevrage de médicaments psychiatriques spécifiques n'indique nullement qu'un produit ne provoquera pas de tels effets. Le lecteur se servant d'antidépresseurs atypiques devraient procéder lentement et s'attendre à n'importe quel effet associé aux autres antidépresseurs.

### ***Les réactions au sevrage des stimulants***

Les stimulants sont souvent utilisés pour contrôler le comportement des enfants. Les amphétamines Aderall, Desoxyn, Dexedrin et Gradumet de même que le Ritalin sont les plus fréquemment prescrits. Le Pemoline (Cylert) est donné aux enfants pour les mêmes raisons. Les stimulants sont aussi prescrits pour les adultes afin de traiter « les troubles d'attention et d'hyperactivité », la narcolepsie, la dépression et l'obésité. D'autres types de stimulants ont été utilisés pour le contrôle du poids, incluant le phentermin (Fastin, Adipex) et le mazindole (Sanorex). Une autre médication de contrôle de poids, le fenfluramine a récemment été retirée du marché au Canada et aux États-Unis parce qu'elle endommage les

artères du cœur. La caféine bien sûr est un stimulant doux largement utilisé.

Le Ritalin et les amphétamines sont très similaires à la cocaïne en termes d'effet sur la chimie et le fonctionnement du cerveau. Bien que l'impact des stimulants sur les neurotransmetteurs de dopamine est habituellement vu comme la cause majeure de l'euphorie ou le «plaisir» qui encourage les gens à continuer l'usage des drogues, des recherches récentes ont aussi mis l'accent sur un autre neurotransmetteur: la sérotonine. La cocaïne et les autres stimulants bloquent les retraits de sérotonine des synapses entre les cellules du cerveau. Étant donné que les antidépresseurs ISRS ont des effets semblables, il n'est pas surprenant que le sevrage des stimulants et des drogues antidépresseurs comme le Prozac en partage plusieurs caractéristiques.

Décrits dans plusieurs études depuis trois décennies, « le sevrage des stimulants a longtemps été ignoré [par les médecins] pendant des années ». Les cliniciens ont eu tendance à minimiser la gravité du sevrage des stimulants ou à le caractériser comme étant seulement « psychologique ». Parce que le sevrage des stimulants manque typiquement de certaines des manifestations *physiques* du sevrage des drogues utilisées de façon classique de manière excessive, comme l'alcool et les opiacés, il est plus facile de les ignorer.

Le «crashing» est l'effet le plus commun du sevrage des stimulants. Au cours de cet état, il est probable que vous vous sentiez perturbé émotionnellement et que vous manquiez d'énergie et de motivation. Cet état de fatigue et de dépression est le résultat d'une tentative de votre cerveau de surmonter l'état précédent de stimulation artificielle. De même manière, si les stimulants vous entraînent à avoir moins d'appétit, une augmentation marquée de l'appétit et de gain de poids peuvent accompagner le sevrage.

La dépression profonde et l'apathie ne durent habituellement pas plus de trois à dix jours. Toutefois, comme le confirme un manuel de

pharmacologie, la dépression et l'apathie peuvent « atteindre des proportions cliniques graves » et « persister pendant des semaines » chez des « individus instables ». Des pensées de découragement et de suicide peuvent accompagner cet « écrasement ». Une phase plus longue de lenteur mentale et physique suit normalement. Paradoxalement, vous pourrez aussi souffrir d'insomnie, d'anxiété et d'irritabilité.

Le DSM-1V spécifie certains critères d'un syndrome de sevrage associé avec le groupe de stimulants qui inclut le Ritalin et la cocaïne. La liste des symptômes inclut: la fatigue, des rêves réalistes et déplaisants, l'insomnie ou le sommeil excessif; l'augmentation de l'appétit, un retard psychomoteur ou de l'agitation.

Des réactions de rebond sont aussi très communes. Dans le cas des amphétamines et du Ritalin, le phénomène de rebond apparaît lorsque les enfants sont sevrés brusquement ou manquent une dose. Habituellement, ils éprouvent une augmentation de l'agitation, de la nervosité, de l'excitabilité et de la distraction. Les réactions de rebond sont par définition plus intenses que les mêmes symptômes éprouvés avant la prise de la drogue. Elles peuvent apparaître en quelques heures de la dernière dose du stimulant et persister pendant des jours.

Dans une étude contrôlée double-aveugle, les parents et les professeurs de garçons «normaux» à qui on donnait une «seule» dose d'amphétamine, ont observé un phénomène de rebond marqué cinq heures après. Il n'y a pas de doute que les parents, les professeurs et les médecins prennent erronément ces réactions de rebond pour des signes que les troubles de déficit d'attention et d'hyperactivité des enfants s'aggravent. Ils estiment alors que l'enfant «a clairement besoin» de cette médication.

Il y a des cas rapportés de délire, de psychose et d'état de confusion grave lors du sevrage des amphétamines. De même manière, les chercheurs ont documenté des psychoses et des symptômes de dépression profonde avec pensées suicidaires lors du sevrage du Ritalin chez des enfants.



Comme nous l'avons discuté au début de ce chapitre, le manque relatif d'études portant sur la détresse associée au sevrage n'est pas un bon indicateur de leur vraie fréquence.

La plupart de nos connaissances au sujet des réactions de sevrage après l'usage de stimulants proviennent d'études portant sur des utilisateurs adultes de cocaïne. Le sevrage d'amphétamine a été moins étudié; et le sevrage du méthylphénidate (Ritalin) encore bien moins. Des millions d'enfants prennent des stimulants quotidiennement. Il est vraiment remarquable que les chercheurs n'enquêtent pas systématiquement sur ce phénomène hasardeux.

Est-ce que le sevrage des stimulants doit être brusque ou graduel? La littérature spécialisée contient des recommandations en faveur d'un sevrage *abrupt* des stimulants, sur la base qu'aucun symptôme physique dangereux n'apparaîtra. Un manuel de psychopharmacologie récent est fort explicite: « Lorsqu'un patient qui est dépendant des stimulants est hospitalisé, on devrait en cesser la consommation abruptement. Il n'est pas nécessaire de réduire la dose graduellement. » Les auteurs de ces lignes confirment toutefois que le sevrage de larges doses produiront « souvent un syndrome de sevrage consistant en une dépression, de la fatigue, de l'hyperphagie (manger excessivement) et de l'hypersomnie ». Toutefois, au lieu de recommander un sevrage graduel afin d'atténuer les réactions débilitantes, les auteurs spéculent plutôt sur la valeur de les traiter avec des antidépresseurs!

Nous n'avons aucune raison d'endosser le sevrage abrupt des stimulants à moins qu'ils aient été utilisés pour une brève période ou sporadiquement avec peu ou aucun effet néfaste entre les périodes d'usage. Deux médecins qui ont décrit un sevrage ardu du Ritalin de deux hommes d'âge mûr ont souligné « qu'un état de sevrage complet ne peut facilement s'atteindre en suivant les recommandations largement acceptées de cesser les doses quotidiennes de façon abrupte ».

## ***Les réactions de sevrage du lithium et des anticonvulsivants***

Le sevrage du lithium soulève l'épineuse question de confondre les difficultés de sevrage avec la rechute. En fait, les réactions de sevrage au lithium imitent les mêmes symptômes maniaques qui ont mené au traitement au lithium. Les médecins prescrivent le lithium essentiellement pour traiter les manies; souvent, les problèmes de manies suivent le sevrage de lithium. Comment le médecin ou le patient peut-il savoir s'il s'agit de sevrage ou d'un retour au problème psychiatrique original?

Certains médecins refusent de voir un syndrome spécifique de sevrage du lithium. D'autres suggèrent qu'un syndrome de sevrage véritable du lithium ne peut pas seulement ressembler à de la manie mais que les « tremblements, les étourdissements et quelques fois les crises épileptiques » devraient aussi être observés. Nous croyons toutefois que ces opinions-ci ne sont que d'autres occasions où les médecins ont, sans plus penser, attribué des réactions de perturbations après un sevrage de la drogue à la « maladie sous-jacente » du patient plutôt qu'au traitement pharmacologique comme tel.

Le retour rapide de la phase maniaque peut se produire même parmi les patients qui ont pris du lithium pendant des années, sont apparemment « bien stabilisés » et sont sevrés depuis seulement quatre ou cinq jours. Dans une étude, on a substitué la dose de 21 patients précédemment en phase maniaque par des placébos. Ils avaient pris du lithium de façon continue en moyenne pendant environ quatre ans. Les auteurs écrivent: « En 14 jours de placébos, 11 patients ont rechuté dans un état grave de psychose avec syndromes paranoïde, maniaque et dépressif...La plupart des autres patients qui n'avaient pas rechuté rapportèrent de l'anxiété, de la nervosité, de l'irritabilité et un éveil accru et des troubles du sommeil.»

Une recension des écrits a systématiquement examiné quatorze études publiées de sevrage du lithium impliquant 257 patients « maniac-

dépressifs» avec en moyenne 30 mois de traitement stable de lithium. Des nouveaux épisodes maniaques, plus de 50 % se sont produits dans les trois mois de sevrage. On a aussi observé une augmentation dramatique par 28 du risque de nouveaux épisodes maniaques pour les patients récemment sevrés du lithium. Une autre recension d'études, publiées ou inédites, sur le sevrage du lithium arrivèrent à des conclusions semblables. Ces preuves amenèrent un médecin à déclarer candidement: « De francs symptômes maniaques sont les caractéristiques qui définissent les effets significatifs du sevrage et apparaissent être comparables dans leur gravité à ceux qui se manifestent généralement dans les maladies de manies et requièrent généralement une hospitalisation.»

Une augmentation de l'énergie et de l'éveil, une réaction émotionnelle accrue, une concentration plus vive et une baisse de la soif sont souvent rapportées même chez les patients qui n'éprouvent *pas* de manie pendant leur sevrage.

Un éditorial du *British Journal of Psychiatry* soutient ouvertement que lorsque des patients prennent du lithium pendant moins de deux ans, il est très fréquent qu'ils traversent des épisodes maniaques peu de temps après le sevrage. L'auteur, un psychiatre, croit qu'il s'agit de véritables effets de sevrage et recommande d'informer les patients du danger avant qu'ils décident de se soumettre à un traitement au lithium. Néanmoins, le même psychiatre maintient que de prendre du lithium pendant plus de dix ans ne comporte pas ce risque de sevrage. Cette conclusion contredit l'expérience clinique bien acceptée qui indique que plus longtemps la drogue est prise, plus grand est le risque de réactions de sevrage.

Les psychiatres ont commencé tardivement à réaliser que la récurrence rapide de manies après le sevrage de lithium est un véritable effet de sevrage. Toutefois, il n'y a aucun doute que plusieurs médecins continuent d'attribuer la manie provoquée par le sevrage à la « maladie chronique » de leurs patients. Ces médecins persistent ensuite à exposer leurs patients au lithium malgré ses effets néfastes à long terme.

Le Tegretol (carbamazépine) est un anticonvulsant largement utilisé pour traiter plusieurs problèmes, y compris la manie. Au moment du sevrage, le Tegretol peut provoquer des explosions de colère - dont la paranoïa, l'hostilité et l'agitation - chez les personnes qui étaient déjà perturbées. Ces réactions de sevrage peuvent aussi se produire chez des individus qui sont stables mentalement, comme dans un cas documenté impliquant un patient traité pour un trouble physique. D'autres anticonvulsants ou anti-épileptiques, comme le Depakene (acide valproïque), le Depakote (divalproex sodium), et le Dilantin (phénytoïn), sont aussi largement prescrits en psychiatrie. Le risque de crises doit être considéré lors d'un sevrage de n'importe quel anticonvulsant, qu'il y ait présence ou non de convulsions précédemment. D'autres symptômes communs de sevrage d'anticonvulsants peuvent aussi inclure l'anxiété, les contractions musculaires, les tremblements, la faiblesse, la nausée et les vomissements.

### ***Réactions au sevrage des neuroleptiques ou des antipsychotiques***

Les neuroleptiques ou les antipsychotiques incluent le Clozaril, l'Haldol, le Mellaril, le Navane, le Prolixin, le Risperdal, le Zyprexa et d'autres listés au chapitre 4. Ils produisent plusieurs réactions physiques et psychologiques, y compris un gain de poids, des mouvements anormaux et la psychose. Ces réactions varient de simplement déplaisantes à dangereuses pour la vie, de transitoires à irréversibles. Les neuroleptiques ont largement été utilisés depuis 45 ans et des syndromes distincts de sevrage ont été documentés dans la première décennie de leur utilisation. Néanmoins, comme pour la plupart des produits psychiatriques, ces syndromes n'ont pas été suffisamment étudiés.

L'intérêt pour les syndromes de sevrage des neuroleptiques a toutefois été renouvelé. Comme nous l'avons discuté dans cette section, les chercheurs réalisent maintenant que le sevrage brusque - une pratique très répandue - accroît le taux de « rechute schizophrénique ». De plus, après le sevrage de neuroleptiques atypiques, comme le Clozaril, une réaction

violente caractérisée par le délire peut se produire. L'intérêt pour le sevrage des neuroleptiques a aussi été stimulé par la réforme de la résidence pour aînés initiée par le Omnibus Budget Reconciliation Act de 1987 (OBRA). Cette loi confiait les résidences et les autres institutions recevant des fonds fédéraux le mandat d'implanter des programmes de réduction de doses et de sevrage de neuroleptiques et de sédatifs.

### **Trois types de réactions au sevrage de neuroleptiques**

Un type commun de réactions au sevrage des neuroleptiques ressemble au sevrage des antidépresseurs tricycliques. Cette réaction implique un rebond du système cholinergique du cerveau. Vu que les neuroleptiques comme le Mellaril, le Navane, le Thorazine et le Stelazine suppriment ce système, le cerveau rebondit ou « met les bouchées doubles », lorsque le produit est retiré. D'autres neuroleptiques, tels que le Haldol et la Compazine, ont des effets anti nauséux forts et lorsqu'ils sont retirés, il est probable que la nausée soit une réaction.

Le rebond cholinergique produit des symptômes déplaisants semblables à ceux d'une vilaine grippe, tels que la nausée, les vomissements, la diarrhée, les maux de tête, les frissons, la transpiration et des écoulements du nez. Les perturbations émotionnelles peuvent aussi se produire fréquemment. Ces symptômes durent habituellement de une à quatre semaines selon la durée de la période de la prise du produit. Toutefois, nous savons que certains patients ont souffert d'effets qui perdurent. Particulièrement dans des cas où les vomissements deviennent graves, ou que la respiration devient difficile, l'attention d'un médecin peut être nécessaire. Chez les enfants, « la réaction est souvent plus grave et peut parfois se produire après avoir sauté une seule dose ». Les cliniciens ont noté qu'un « nombre aussi élevé que 50 % des sujets affectés par le rebond cholinergique semble standard ».

Un deuxième groupe de réactions au sevrage implique des anomalies dans les mouvements. Parce que les neuroleptiques

suppriment le système de neurotransmission de la dopamine qui contrôle les mouvements volontaires, le retrait du produit peut provoquer des spasmes involontaires, des contractions, des tics, des tremblements et d'autres mouvements musculaires. Les réactions de sevrage peuvent inclure un syndrome semblable à celui de la Tourette, caractérisé par des tics et des vocalisations. Plusieurs de ces mouvements touchent le visage et le cou mais toutes les fonctions musculaires peuvent être affectées, y compris parler, avaler et respirer. Ces réactions de sevrage peuvent être douloureuses, défigurantes et débilitantes. Elles sont décrites davantage au chapitre 4 en rapport avec la dyskinésie tardive.

Dans certains cas, les mouvements cessent graduellement après quelques semaines; ce phénomène est appelé la dyskinésie émergente causée par le sevrage. (Autres noms pour ce phénomène: sevrage parkinsonien, dystonie et akathisie). Si les mouvements persistent quatre semaines ou plus, ils sont diagnostiqués comme de la dyskinésie tardive ou l'une de ses variantes. Dans environ un tiers des cas, ces mouvements sont substantiellement moindres ou, dans très peu de cas, disparaissent graduellement après quelques mois. La plupart des cas persistent indéfiniment. Des états mentaux déplaisants accompagnent ces troubles de mouvements, comme la dépression et l'indifférence dans le cas de la maladie de Parkinson, et l'anxiété, le désespoir et la colère dans les cas d'akathisie.

Ce n'est pas tout le monde qui voit ces mouvements anormaux comme de *véritables* réactions au sevrage, pour la simple et bonne raison qu'ils se manifestent habituellement *pendant* l'usage du produit (chapitre 4). Dans plusieurs cas, toutefois, les mouvements anormaux deviennent apparents ou s'aggravent seulement lorsque le patient réduit la médication ou la cesse. Étonnamment, une recension des réactions de sevrage des antipsychotiques ne fait aucune mention des mouvements anormaux.

Un troisième groupe de réactions au sevrage implique une grande variété de symptômes psychologiques et comportementaux, y compris

l'insomnie, l'anxiété, l'agitation, l'irritabilité et la psychose organique. Les symptômes psychotiques sont appelés psychose tardive, psychose d'hypersensibilité ou psychose de sevrage. Fréquemment accompagnés de mouvements anormaux, ils incluent les hallucinations, les délires, la confusion et la désorientation.

La psychose tardive est tenue pour controversée par certains enquêteurs et les chercheurs ont rapporté des taux largement différents. Toutefois, nous croyons que les preuves scientifiques et cliniques confirment son existence. Après des années de suppression du système de dopamine par ces produits, le cerveau compense pour leurs effets. Lorsque l'on en cesse l'usage, le système de dopamine survolté prend le dessus. Les réactions psychotiques au moment du sevrage abrupt ont été observées chez des individus sans historique de symptômes psychotiques, comme des patients prenant des neuroleptiques pour des troubles de tics.

Parmi des individus handicapés au niveau du développement et traités avec des neuroleptiques, le sevrage mène souvent à des perturbations émotionnelles profondes. Cette aggravation du comportement, appelée « détérioration du comportement liée au sevrage » dure environ plusieurs mois et peut devenir permanente. Toutefois, un nombre substantiel de personnes peuvent améliorer leur état si elles en sont sevrées. Un auteur note « qu'il n'est pas généralement accepté que des symptômes graves de comportements émergent pendant la diminution de la dose soient transitoires. » Par conséquence, « si les symptômes apparaissent au cours de la réduction de la dose, la pratique clinique usuelle est de réintroduire le produit, souvent à des doses plus élevées que l'originale. »

Des cas de syndrome grave (voir chapitre 4) ont aussi été documentés lors de sevrage de neuroleptiques, y compris une conscience brouillée, des mouvements anormaux, la fièvre et d'autres symptômes allant parfois jusqu'à la mort du patient.

## Sevrage du Clozaril

Les réactions au sevrage de la Clozaril (clozapine) impliquent non seulement une hypersensibilité des systèmes cholinergique et de dopamine mais aussi un rebond. Plusieurs rapports de cas décrivent un syndrome rapide de sevrage « avec un déclenchement de l'agitation, de mouvements anormaux et de symptômes psychotiques ». Selon un auteur, « ils apparaissent être beaucoup plus rapides que les syndromes constatés après l'arrêt des neuroleptiques conventionnels ». D'autres auteurs ont constaté que « l'agitation grave et les symptômes psychotiques [...] s'arrêtèrent rapidement et complètement après la prise de faible dose de la clozapine ».

Deux cas d'émergence soudaine de nouveaux symptômes obsessionnel-compulsifs - l'un d'eux impliquant aussi des « tics semblables à la Tourette » - ont été décrits après un sevrage de la clozapine. Dans les deux cas, les cliniciens ont observé « une disparition complète » des symptômes au moment de la reprise de la clozapine. Une autre personne traitée pendant deux ans a développé « une grave insomnie, de la nervosité et des frissons » après le retrait de la clozapine. Ces symptômes cessèrent lorsque l'on la réintroduisit, pour réapparaître trois mois plus tard lorsque les médecins retirèrent à nouveau le médicament, et ils cessèrent à nouveau après une nouvelle introduction de la clozapine. Dans une autre étude, 28 patients ont été évalués sept jours après un arrêt brusque de la clozapine; de ces derniers, 61 % développèrent des réactions de sevrage. La grande partie de ces réactions ont été évaluées comme étant « faibles » avec agitation, maux de tête ou nausée; mais quatre patients ont souffert de réactions plus déplaisantes, comme des nausées, vomissements, diarrhées. Un autre patient a éprouvé « un déclenchement rapide d'épisodes psychotiques exigeant l'hospitalisation ». L'étude ne spécifie pas combien de patients avec « faible » agitation au cours des sept premiers jours après le sevrage ont ensuite développé des épisodes plus graves de comportement agité. Selon un récent rapport décrivant quatre cas graves de sevrage de la Clozaril, deux patients étaient incapables de marcher, un

©[https://web.archive.org/web/20051126185129/http://www.cam.org/~agidd/chap9\\_livre\\_breggin\\_cohen.htm](https://web.archive.org/web/20051126185129/http://www.cam.org/~agidd/chap9_livre_breggin_cohen.htm)



autre avait une démarche chancelante et deux avaient des hauts le cœur lorsqu'ils mangeaient ou buvaient.

Des rapports de sevrage compliqué et grave de la Clozaril continueront sans doute d'apparaître. Un récent article intitulé: « La clozapine comme médicament de dépendance » confirme l'existence « d'un signe clair de sevrage somatique » dans les laboratoires de recherche sur les animaux après traitement à la clozapine. Ce produit a été vu comme le prototype pour les neuroleptiques atypiques lors de son introduction aux États-Unis en 1990. Depuis, ces supposés neuroleptiques atypiques comme le Clozaril, le Risperdal, le Seroquel et le Zyprexa - promus avec enthousiasme comme plus sûrs que les anciens neuroleptiques - semblent ressembler de plus en plus aux produits qu'ils devaient remplacer.

### **«Rechute» ou «Sevrage»?**

Dans les cas où les patients sont sevrés d'un long usage de neuroleptiques, la grande partie de ce que l'on appelle rechute « schizophrène » ou « psychotique » pourrait en fait être des réactions de sevrage non identifiées. Il est possible que les symptômes de sevrage tels que l'agitation, la nervosité et l'insomnie soient attribués par erreur à la maladie mentale du patient. À ce moment-là, cette situation peut être des plus décourageante pour le lecteur. Elle reflète la même confusion que nous avons notée à l'égard du sevrage des antidépresseurs, des tranquillisants mineurs, du lithium et des stimulants.

En effet, à cause de la ressemblance entre plusieurs symptômes de sevrage et les problèmes émotionnels originaux du patient, les cliniciens non seulement imputent les réactions au « trouble sous-jacent » mais recommandent aussi de continuer le traitement avec le produit qui en est responsable. Ces erreurs cliniques persistent malgré des signes aussi visibles que le déclenchement de symptômes après la cessation de la médication et le soulagement rapide après qu'elle soit réintroduite. Ils

persistent même malgré des observations que « la rechute psychotique se produit rarement au cours des premières semaines de sevrage ».

La controverse sur la valeur d'un traitement aux neuroleptiques augmentera probablement au fur et à mesure que les cliniciens continueront d'observer des taux différents de rechute entre le sevrage abrupt et graduel; tel que constaté, plusieurs patients sevrés graduellement n'ont pas besoin de médication additionnelle. Selon une étude récente, « il y a presque une différence de deux dans les risques de rechute entre le sevrage abrupt et graduel d'antipsychotiques», alors qu'une analyse plus globale originale a conclu que le taux de rechutes parmi les patients sevrés des neuroleptiques est trois fois plus élevé que parmi les patients maintenus sur la médication. Toutefois, lorsque d'autres chercheurs analysent ces données pour distinguer entre les patients sevrés rapidement et ceux qui le sont graduellement, les derniers ont un tiers du taux de rechute des premiers. En termes de taux de rechute donc, les traitements prolongés semblent ne pas être mieux qu'un sevrage graduel.

Bien sûr, le traitement prolongé est beaucoup plus dangereux. En effet, les chercheurs commencent à suggérer que les changements au cerveau provoqués par le traitement à long terme avec la médication pourraient créer « des facteurs pharmacologiques de stress » ou « des effets de stress iatrogènes et pharmacologiques » qui, combinés à un sevrage abrupt, accroît la vulnérabilité à la rechute. Prendre des médicaments et ensuite arrêter abruptement pourrait affaiblir les capacités du patient de répondre au stress dans l'avenir.

### **Quand se sevrer des neuroleptiques?**

Les circonstances dans lesquelles le sevrage des neuroleptiques doit être fortement considéré ou tenté sont tellement nombreuses qu'il est impossible d'en faire une couverture complète. Nous pouvons toutefois fournir quelques lignes directrices qui reflètent généralement les connaissances médicales:

1) Le sevrage des neuroleptiques doit se faire à tous moments où il y a signes de troubles provoqués par la prise de la médication et qui peuvent menacer la vie, comme le syndrome malin des neuroleptiques ou la suppression de la moelle osseuse avec compromission du système immunitaire. Des décès peuvent se produire si l'on ignore cette ligne directrice.

2) Les neuroleptiques doivent être retirés dans la mesure du possible aux premiers signes de dyskinésie tardive. La plupart des cas très graves et débilissants de la dyskinésie tardive se produisent en partie parce que l'on a ignoré cette ligne directrice.

3) Les neuroleptiques doivent être retirés aussi rapidement que possible chez les patients qui ont atteints 40 ans, étant donné que les taux de dyskinésie tardive augmentent avec l'âge.

4) Le sevrage des neuroleptiques doit être essayé, dans la mesure du possible, dans les cas où les patients qui ont pris cette médication pendant des mois ou des années ne démontrent plus des symptômes graves ou débilissants de psychose.

Vu la probabilité élevée d'effets irréversibles des neuroleptiques, les médecins qui suivent des patients qui sont sous traitement à long terme doivent considérer sérieusement de diminuer la dose au minimum. Chez plusieurs de ces patients, la dose minimale serait effectivement de zéro. En général, les patients devraient être sous traitement de neuroleptiques pour la période la plus brève possible aux plus petites doses possibles. Nous croyons qu'une pratique plus rationnelle de la psychiatrie éliminerait l'usage d'une médication si dangereuse.

Des recherches portant sur le OBRA-876, la législation du Congrès des États-Unis qui régit l'utilisation des psychotropes et de la contention physique dans les résidences pour aînées, démontrent que cette loi a eu l'impact attendu particulièrement en ce qui a trait à la diminution de l'usage des psychotropes. L'usage des benzodiazépines, ciblé aussi par la

©[https://web.archive.org/web/20051126185129/http://www.cam.org/~agidd/chap9\\_livre\\_breggin\\_cohen.htm](https://web.archive.org/web/20051126185129/http://www.cam.org/~agidd/chap9_livre_breggin_cohen.htm)

législation, a semblablement diminué. Nous avons encore besoin de mieux savoir comment ces changements améliorent la qualité de vie des résidents. Entretemps, toutefois, il est clair selon plusieurs études, que *près de la moitié des patients âgés en institution peuvent être sevrés avec succès des neuroleptiques*. Un sevrage graduel est habituellement réussi, les résidents montrent rarement des niveaux plus élevés d'agitation et la plupart sont en mesure d'être privés de ces produits pendant des périodes prolongées. À tout prendre, ces produits sont si dangereux pour les personnes âgées, qu'ils ne devraient pas leur être prescrits.

### **Combien de temps devrait durer le sevrage des neuroleptiques?**

Les neuroleptiques devraient être complètement arrêtés aux tout premiers signes de dyskinésie tardive. En l'absence de telle urgence, le sevrage de neuroleptiques pris depuis longtemps devrait être étendu sur *au moins* une période de plusieurs mois pour accroître les chances d'un sevrage relativement moins troublant. Une réduction de 10 % à tous les deux ou trois mois est souvent suggérée. Selon les preuves disponibles, le risque de rechute semble plus grand entre la 12<sup>e</sup> et la 24<sup>e</sup> semaine après la cessation selon vraisemblablement la vitesse du sevrage.

Des recherches sur des animaux confirment que le sevrage devrait être un processus lent parce que les changements liés à la médication pourraient durer pendant des mois après la dernière dose. Dans une étude en laboratoire, 38 singes en bonne santé ont été observés quotidiennement pendant 108 semaines. Au cours des premières 25 semaines, une information de base fut recueillie. À partir de la 25<sup>e</sup> semaine jusqu'à la 72<sup>e</sup>, les singes recevaient des injections de fluphénazine à effet prolongé (Prolixin). Les conclusions majeures pendant cette période étaient « une diminution substantielle de l'intérêt envers eux-mêmes et leur environnement », c'est-à-dire que les animaux accordaient beaucoup moins d'attention à eux-mêmes, à leurs compagnons et à leur environnement. À partir de la 73<sup>e</sup> semaine, les injections du médicament cessèrent et « le niveau d'agression augmenta au tout début du sevrage, accentué de

stress ». (Ce résultat ressemble à la réaction d'agitation observée chez les humains en sevrage.) Les chercheurs soulignent que « le rétablissement à un comportement normal de base commence après la septième semaine suivant le dernier traitement ». En d'autres mots, ce n'est pas avant deux mois après la dernière dose que les animaux commencèrent à démontrer un comportement normal. Finalement, « la dyskinésie tardive a persisté chez 30 % des animaux au cours d'une période prolongée ».

À partir d'une expérience clinique soutenue par la recherche, nous suggérons que si vous vous sevrerez des neuroleptiques, vous devez éviter de faire des changements importants dans votre vie pendant et peu après le sevrage. Accordez-vous une période d'ajustement d'au moins plusieurs semaines pour vous secouer des effets de la médication en mettant l'accent sur une bonne nutrition, l'exercice et le bien-être général. En particulier, solidifiez vos relations sociales et évitez les nouvelles sources déplaisantes de stress et de tension.

Reconstruire votre vie sans recours aux médicaments après des années de consommation de neuroleptiques peut être particulièrement difficile. Vous pouvez avoir accepté de prendre des produits que vous trouviez toxiques et qui gelaient votre cerveau, et cette soumission, aggravée par les effets du médicament, peut avoir affaibli votre capacité de prendre des décisions. Vous retirerez des bénéfices d'une planification attentive et d'une bonne préparation, d'un réseau de soutien et de la pratique d'options non-médicamenteuses pour gérer le stress et l'anxiété.

### ***Les réactions au sevrage des antiparkinsoniens***

Les médicaments antiparkinsoniens, tels que le Cogentin, le Kemadrin, l'Artane et le Symmetrel, sont fréquemment prescrits pour supprimer les troubles de mouvements, comme la maladie de Parkinson, causés souvent par les neuroleptiques. À peu près la moitié des patients traités avec des neuroleptiques conventionnels reçoivent aussi des médicaments antiparkinsoniens.

Ces produits sont aussi décrits comme « anticholinergiques » à cause de leur action chimique de suppression de l'activité cholinergique du cerveau. L'hypersensibilité cholinergique provoque une large partie des effets de sevrage des médications antiparkinsoniennes qui ressemblent aux tricycliques et aux neuroleptiques et peuvent être également complexes et variées. Plusieurs études ont démontré des symptômes semblables à la grippe, comme la nausée, les vomissements, les frissons, la faiblesse et les maux de tête de même que l'insomnie et la nervosité qui se produisent lors de la période de sevrage.

Dans une rare étude double-aveugle, avec placebo, les auteurs ont trouvé « un syndrome de sevrage reconnaissable » - nommément une augmentation de l'anxiété manifestée par « une irritabilité, une tension, des palpitations et des maux de tête », des malaises physiques variés (particulièrement de la trachée gastrointestinale), des étourdissements debout, des battements de cœur irréguliers. De plus, des symptômes psychotiques se manifestèrent dans les premiers jours du sevrage et durèrent jusqu'à trois semaines. Huit des onze patients sevrés (73 %) affichaient ces symptômes évidents de sevrage.

D'autres études aussi ont observé des explosions de symptômes psychotiques qui sont normalement accompagnés par une réapparition de mouvements anormaux. En effet, les chercheurs ont relié directement ces symptômes de psychose - incluant les délires, les hallucinations, les tentatives de suicide et l'isolement - aux symptômes physiques de rigidité, de nervosité, d'akathisie et de parkinson.

Dans l'une de ces études, les auteurs soulignent simplement que « le syndrome anticholinergique de sevrage ressemble au syndrome négatif de schizophrénie à plusieurs égards. Chez les patients schizophrènes, ces symptômes peuvent être pris par erreur pour une décompensation psychotique et résulter en un traitement inadéquat ». Un cas rapporté décrit aussi un état catatonique grave (immobilisme) lors d'un sevrage brusque du Symmetrel.

De plus, un cas grave ressemblant au syndrome maligne de neuroleptique a été rapporté lors d'un sevrage d'antiparkinsoniens, même si le patient n'avait jamais reçu de neuroleptiques.

Étant donné que les antiparkinsoniens aggravent la dyskinésie tardive et atteignent la mémoire, le sevrage peut générer des bienfaits additionnels. En particulier, le sevrage peut améliorer les symptômes de dyskinésie tardive et peut provoquer « une augmentation dramatique de la mémoire sur l'échelle Wechsler Memory Scale ».

Comme avec toutes les médications psychiatriques, le sevrage d'antiparkinsoniens devrait se faire graduellement, faisant en sorte de réduire la réapparition de mouvements anormaux supprimés originellement par les produits. Un sevrage graduel est plus garant d'un non retour à la consommation de médicament.

### ***Qu'est-ce qu'un sevrage « graduel » ?***

Comme nous l'avons vu au chapitre 7, le supposé sevrage graduel ou progressif d'antidépresseurs mentionné dans la littérature publiée est trop souvent rapide. Dans un rapport par exemple, « graduel » fait référence à une période de sept à dix jours; dans un autre, il réfère à un sevrage de quatre jours; dans un troisième rapport, le sevrage graduel fait référence à une réduction de 50 % au cours de cinq semaines, suivie d'aucune médication à tous les deux jours pendant une semaine, et finalement un arrêt brusque. Dans deux autres rapports, « graduel » veut dire une réduction de 50 % de la dose pendant une semaine, suivie d'un arrêt complet. Dans une revue de 46 rapports de cas de réactions au sevrage d'ISRS, 23 sevrages étaient abrupts, 12 autres impliquaient un sevrage graduel sur une période de deux semaines ou moins et seulement six impliquaient un sevrage graduel sur une période de plus de deux semaines. Aucun des 18 sevrages graduels a utilisé la méthode privilégiant une réduction de 10 % décrite au chapitre 8. Finalement, dans une recension de six études impliquant des patients avec diagnostics de schizophrénie et

autres psychoses qui étaient sevrés des neuroleptiques, les auteurs rapportent que dans la plupart des études spécifiant la rapidité du sevrage, le processus était complet en moins d'une semaine, habituellement dans une journée.

Il est rare que les chercheurs suggèrent que la période de sevrage graduel a besoin d'être étalée sur plusieurs semaines; en fait, 12 et 14 semaines sont les périodes les plus longues citées dans ces études. Dans le cas d'un homme de 29 ans souffrant d'étourdissements sévères se produisant à chaque tentative de sevrage du Zoloft, les médecins ont communiqué avec la compagnie pharmaceutiques afin d'obtenir de l'aide. Ils furent avisés de procéder avec « une réduction extrêmement lente de la dose ». Spécifiquement, une dose réduite fut prescrite à chaque deux jours pendant trois semaines, ensuite à chaque trois jours pour six semaines, ensuite chaque quatre jours pour encore deux semaines et finalement un arrêt complet. Le sevrage se prolongea sur une période de onze semaines.

Aucune recommandation du genre de procéder « extrêmement lentement » n'apparaît dans les monographies officielles du Zoloft ou de tous les autres antidépresseurs. Ainsi, médecins et patients doivent être encouragés à procéder plus lentement et prudemment lors de l'arrêt de médications psychiatriques. La méthode de 10 % décrite au chapitre 8 constitue une ligne directrice raisonnable à cet égard.

### ***Aperçu des réactions de sevrage des médicaments psychiatriques***

Dans un livre de 500 pages qui fait autorité dans le domaine et qui porte seulement sur les effets secondaires des médicaments psychiatriques, moins de cinq pages sont consacrées aux effets de sevrage associés à toutes les catégories de médicaments. Ce fait reflète le niveau inadéquat d'intérêt psychiatrique et la méconnaissance de ces réactions.

Les médications psychiatriques peuvent provoquer un large éventail d'effets secondaires lors qu'elles sont prises et elles peuvent aussi provoquer un large éventail d'effets lorsqu'elles sont arrêtées. Des

©[https://web.archive.org/web/20051126185129/http://www.cam.org/~agidd/chap9\\_livre\\_breggin\\_cohen.htm](https://web.archive.org/web/20051126185129/http://www.cam.org/~agidd/chap9_livre_breggin_cohen.htm)



syndromes de sevrage reconnus sont une caractéristique commune régulière de l'usage de tous les produits psychiatriques. Toutefois, comme nous l'avons vu, les médecins qui les prescrivent s'abstiennent trop souvent de mettre leurs patient en garde.

Parce qu'elles produisent des réactions de sevrage déplaisantes, les médications psychiatriques doivent être considérées comme des produits de dépendance. En d'autres mots, quelques usagers au moins recommenceront leur consommation à cause de l'inconfort provoqué par le sevrage. Ces individus poursuivront l'usage de ces produits simplement pour éviter les réactions de sevrage. Les nombreux compte-rendu personnels sur Internet d'usagers d'antidépresseurs de types ISRS ou de Prozac, par exemple, fournissent des preuves exceptionnellement impressionnantes que ce phénomène se produit beaucoup trop souvent. Malheureusement, lorsque les réactions de sevrage mènent à un usage prolongé des produits, les usagers risquent de souffrir de réactions plus sévères lors d'une prochaine tentative de sevrage.

Tel que mentionné, la quantité relativement petite de cas *publiés* décrivant les réactions de sevrage ne peut pas être prise comme un indicateur valide de leur fréquence réelle. Comme règle de base, les réactions de sevrage de la plupart des médications psychiatriques ont été ignorées ou simplement non reconnues comme telles. Toutefois, les études spécifiquement conçues pour examiner de telles réactions les ont identifiées chez une proportion de 60 à 80 % des patients. Un 20 % des personnes peuvent souffrir de réactions « graves ».

Les médecins mettent souvent l'emphase sur les conséquences *physiques* du sevrage, comme la nausée, les tremblements ou les crises, tout en négligeant d'identifier les symptômes émotionnels du sevrage qui trop souvent contribuent à un recommencement de la prise de médicament. Les réactions émotionnelles, telles que l'anxiété, la dépression, l'insomnie et l'irritabilité, peuvent en fait avoir un impact plus important sur les patients que les symptômes purement physiques.

Les trois catégories importantes de réactions émotionnelles et physiques du sevrage sont l'anxiété, la dépression et la psychose. Les réactions d'anxiété semblent être communes au moment du sevrage des médicaments qui dépriment le système nerveux central (SNC), tels que les tranquillisants mineurs, la plupart des antidépresseurs, les neuroleptiques, le lithium et les autres régulateurs de l'humeur, et les antiparkinsoniens. Les réactions de dépression semblent être communes au sevrage des stimulants et des ISRS. Et les réactions psychotiques semblent être associées au sevrage des neuroleptiques, du lithium et des antiparkinsoniens. Encore, les preuves des cas et des études suggèrent que toutes les médications psychiatriques peuvent produire toutes ces réactions de sevrage.

De plus, les cliniciens ne décrivent pas toujours bien les symptômes qui se produisent lors du sevrage. Dans plusieurs cas, des biais en faveur des produits et la résistance habituelle de reconnaître les effets de sevrage les mènent à utiliser des termes ambigus et neutres (tels que agitation, nervosité, anxiété et retard psychomoteur) au lieu de termes comme psychose.

Sans aucun doute, plusieurs réactions de sevrage de toutes les catégories de produits sont prises de façon erronée comme des « rechutes » par les médecins, ignorant ainsi l'implication de la médication comme telle et mettant l'emphase plutôt sur la « maladie psychiatrique » du patient. Plusieurs chercheurs abordent aussi le problème de façon timide omettant de décrire et de souligner les réactions de sevrage. Par conséquence, les patients souffrent et la population demeure mal informée.

Afin que les patients accordent leur consentement éclairé à la prise des médicaments prescrits, les médecins doivent décrire pleinement le sevrage en termes de réactions secondaires avec une « probabilité fréquente » de se produire. C'est le devoir de tous les médecins de s'assurer que les patients *saisissent* d'abord puis *se rappellent* la nature et la possibilité de toutes les réactions possibles, y compris les réactions de

sevrage. De même manière, dans leurs monographies officielles, les compagnies doivent fournir des résumés précis des rapports des réactions de sevrage de même qu'un guide détaillé pour un sevrage graduel de leurs produits.

La meilleure manière de minimiser les risques de réactions graves de sevrage est de ne jamais prendre de produits psychiatriques. L'approche suivante la meilleure est de planifier un sevrage lent et graduel impliquant une surveillance étroite et un programme systématique et continu d'information, de counselling et de soutien. Malheureusement, le sevrage abrupt demeure très commun en pratique clinique. Cette approche est imprudente et peut provoquer davantage de détresse et de symptômes débilissants. Sauf en cas d'urgence, les patients qui cessent l'usage de leur médication psychiatrique et les professionnels qui les suivent devraient procéder graduellement et maintenir ce pas jusqu'à la cessation complète même si les premières étapes du sevrage n'ont pas été difficiles.