

Conduite à tenir devant un Épisode Dépressif Majeur

Il doit être reconnu par le médecin traitant devant un patient qui présente, depuis quelques jours ou quelques semaines, une tristesse de l'humeur, un ralentissement psychomoteur, une perte de goût et de la capacité à éprouver du plaisir, des idées de dévalorisation..., autant de symptômes en rupture avec son fonctionnement antérieur.

I. Discuter la nécessité ou non d'une hospitalisation, en fonction :

- du risque suicidaire :
 - selon la gravité de l'état dépressif : existence de thèmes mélancoliques, d'un état mixte, intensité de la douleur morale, de l'anxiété et de l'agitation ...
 - selon l'existence d'antécédents suicidaires, personnels et familiaux,
 - selon la qualité de l'entourage familial et de l'insertion socio-professionnelle.La question doit être clairement abordée avec le patient, en lui disant que l'idée du suicide est un des symptômes de la maladie dépressive. Une hospitalisation, même sans consentement, doit être effectuée si le risque semble important.
- de l'intensité de la dépression, d'une altération de l'état général, de troubles du sommeil importants
- de la demande du patient et de son entourage.

II. En cas de non hospitalisation, il est indispensable de :

- obtenir une collaboration du patient et de son entourage,
- les informer de la symptomatologie et du cours évolutif de la maladie, du délai d'action du traitement et des effets secondaires potentiels,
- donner un numéro de téléphone où ils puissent nous joindre,
- établir une prescription de courte durée, éventuellement par voie parentérale, avec un rendez-vous rapproché,
- évaluer avec le patient l'intérêt d'un arrêt de travail.

III. Le choix de l'antidépresseur repose sur :

- la symptomatologie de l'état dépressif (antidépresseur sédatif, intermédiaire ou psychotonique)
- l'existence de contre indications, en fonction d'un bilan somatique complet,
- l'efficacité ou l'échec de traitements antérieurs,
- la hiérarchie d'efficacité propre à chaque prescripteur. La référence reste en France la clomipramine (Anafranil®) qui est utilisée le plus souvent en deuxième intention après le ISRS (Deroxat®, Floxyfral®, Prozac®, Seropram®, Zoloft®) ou encore la tianeptine (Stablon®). Les AD à action duale peuvent être choisis : venlafaxine (Effexor®) souvent comparée à l'Anafranil®, ou encore Norset® proche de l'Athymil®, antidépresseur sédatif permettant une monothérapie chez le déprimé anxieux.

IV. L'antidépresseur est prescrit :

- per os, en perfusions I.V. ou par voie I.M. (aucune étude n'a fait la preuve d'une augmentation de l'efficacité ou d'une action plus rapide par la voie IV ou IM, mais la perfusion favorise le nursing et permet d'établir la relation soignante chez un patient replié)
- à une posologie rapidement progressive pour atteindre la dose efficace,
- pendant une durée d'au moins quinze jours avant d'évaluer l'efficacité, sauf en cas d'aggravation,
- seul, ou en association pendant un temps limité, à un anxiolytique, un hypnotique, ou un neuroleptique sédatif selon la symptomatologie et le type d'antidépresseur,
- en surveillant la réponse clinique et l'apparition d'effets indésirables pour adapter la posologie,
- dans le cadre d'une relation thérapeutique, éventuellement associé à une psychothérapie plus structurée.

V. La poursuite du traitement dépend de son efficacité et du cadre nosologique dans lequel s'inscrit l'état dépressif majeur :

- en cas d'inefficacité au bout de trois à quatre semaines :
 - changement d'antidépresseur pour une molécule d'une autre classe, ou de mode d'action différent ;
 - ECT en cas de résistance à deux ou trois traitements bien conduits, ou d'emblée devant une mélancolie stuporeuse ou délirante,
- en cas d'efficacité :
 - pour un premier EDM : prescription d'une durée de quatre à six mois, puis diminution progressive,
 - pour un EDM récurrent : prescription pendant plusieurs années, à posologie efficace, pour prévenir les rechutes,
 - pour un EDM s'inscrivant dans l'évolution d'un trouble bipolaire : prescription d'un thymorégulateur et si possible arrêt des antidépresseurs susceptibles d'induire des cycles rapides.