

# Les jeunes déprimés. Quel soin?

Equal Stockholm 2024

Göran Högberg

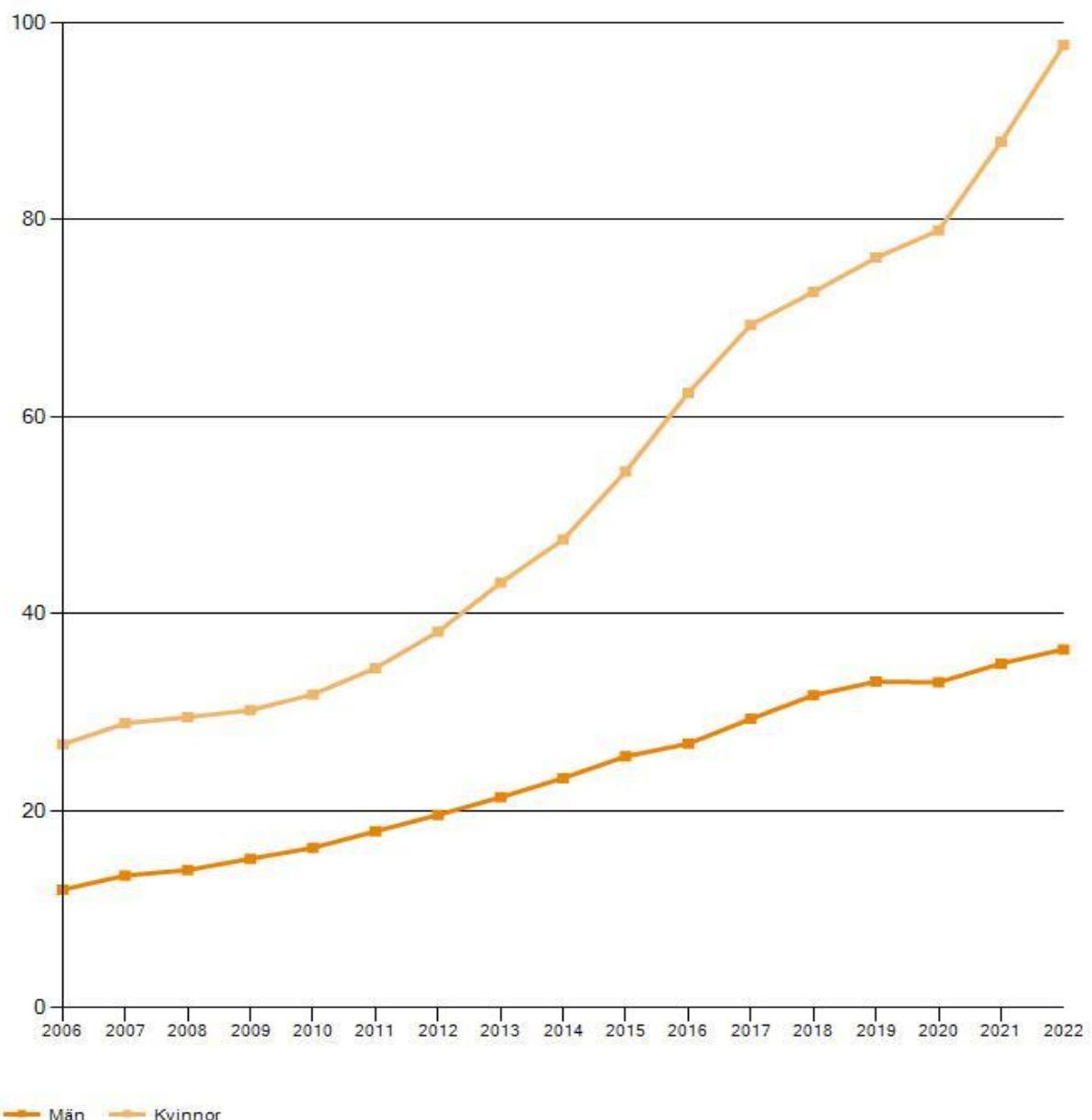
MD, specialist in child-adolescent and general psychiatry, PhD,  
psychotherapist, psychodramatist

Les antidépresseurs sont actuellement donnés à 10% des filles âgées de 15 à 19 ans et à 13% des jeunes femmes adultes âgées de 20 à 24 ans. Pour les garçons et les hommes, les chiffres sont de 4 et 6%.

*The National Board of Health and Welfare's statistical database*

Prescrire des antidépresseurs aux jeunes de 15 à 19 ans. Retirez un zéro et vous obtenez un pourcentage. Notez l'augmentation après les directives de 2010.

Läkemedelsstatistik, Patienter/1000 invånare, Antidepressiva, Riket, Ålder: 15-19



# Est-ce une bonne chose pour la dépression?



# Les explications des mots

**Fluoxétine** (anciennement Fontex et Prozac) sont l'une des nombreuses préparations dites ISRS.

Le **placebo** est une substance inefficace qui est donnée pour comparer le traitement actif souvent appelé pilules de sucre.

Le **RCT** (essai contrôlé randomisé) est une comparaison entre deux traitements qui est aussi claire que possible.

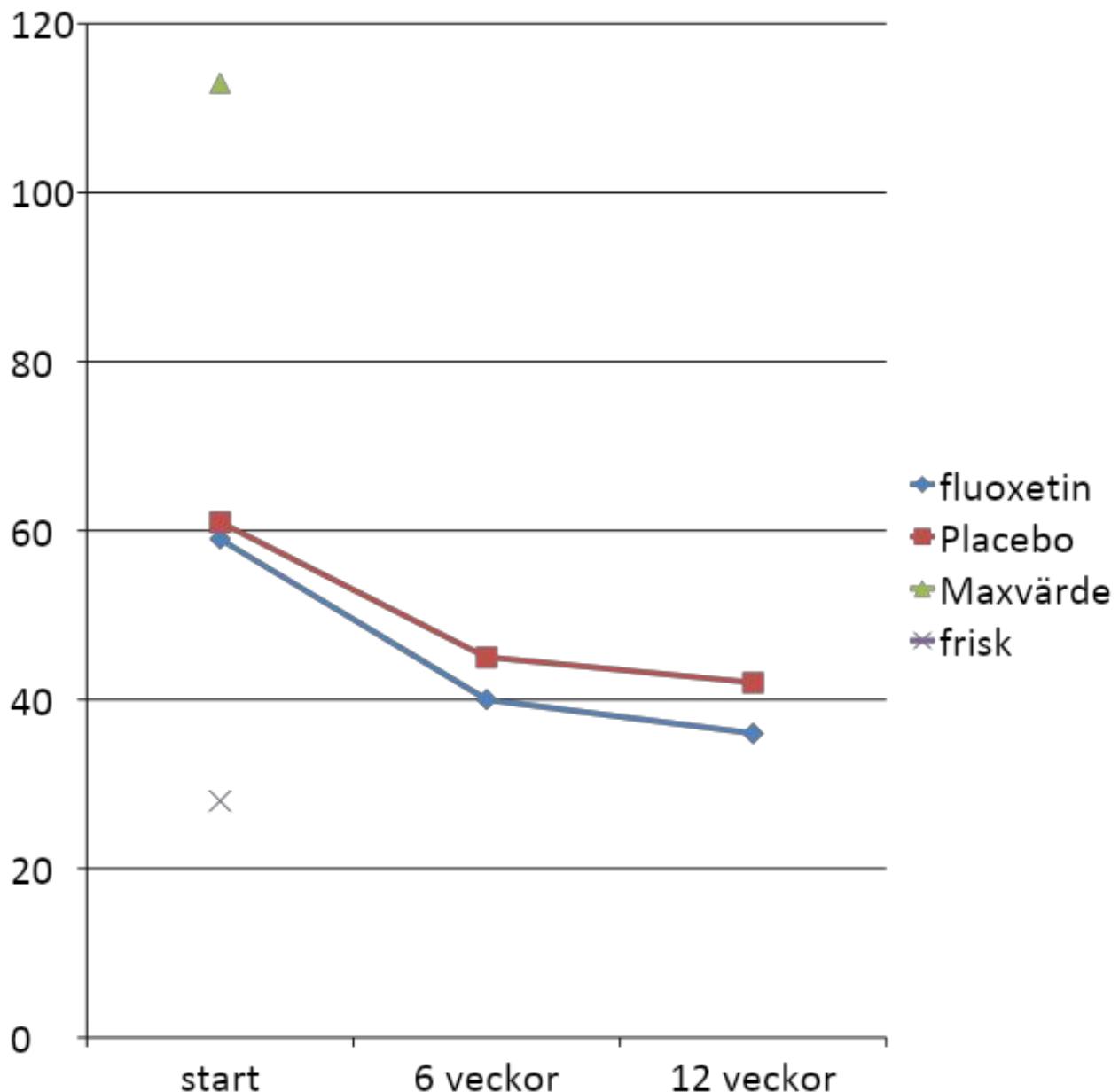
La **méta-analyse** est une compilation des résultats de plusieurs études.

La première étude sur la fluoxétine chez les jeunes déprimées a été publiée en 1990. Trente jeunes ont reçu soit de la fluoxétine (ISRS) ou un placebo. Les deux tiers se sont améliorés après 8 semaines, sans différence statistiquement significative entre les groupes. C'est-à-dire aucune différence clinique. Après 2 ans, environ la moitié des participants avaient encore besoin d'une aide professionnelle.

*Simeon et al. Adolescent depression: a placebo-controlled fluoxetine treatment study and follow-up. Progress in Neuro -Psychopharmacology & Biological Psychiatry* 1990;14:791-795.

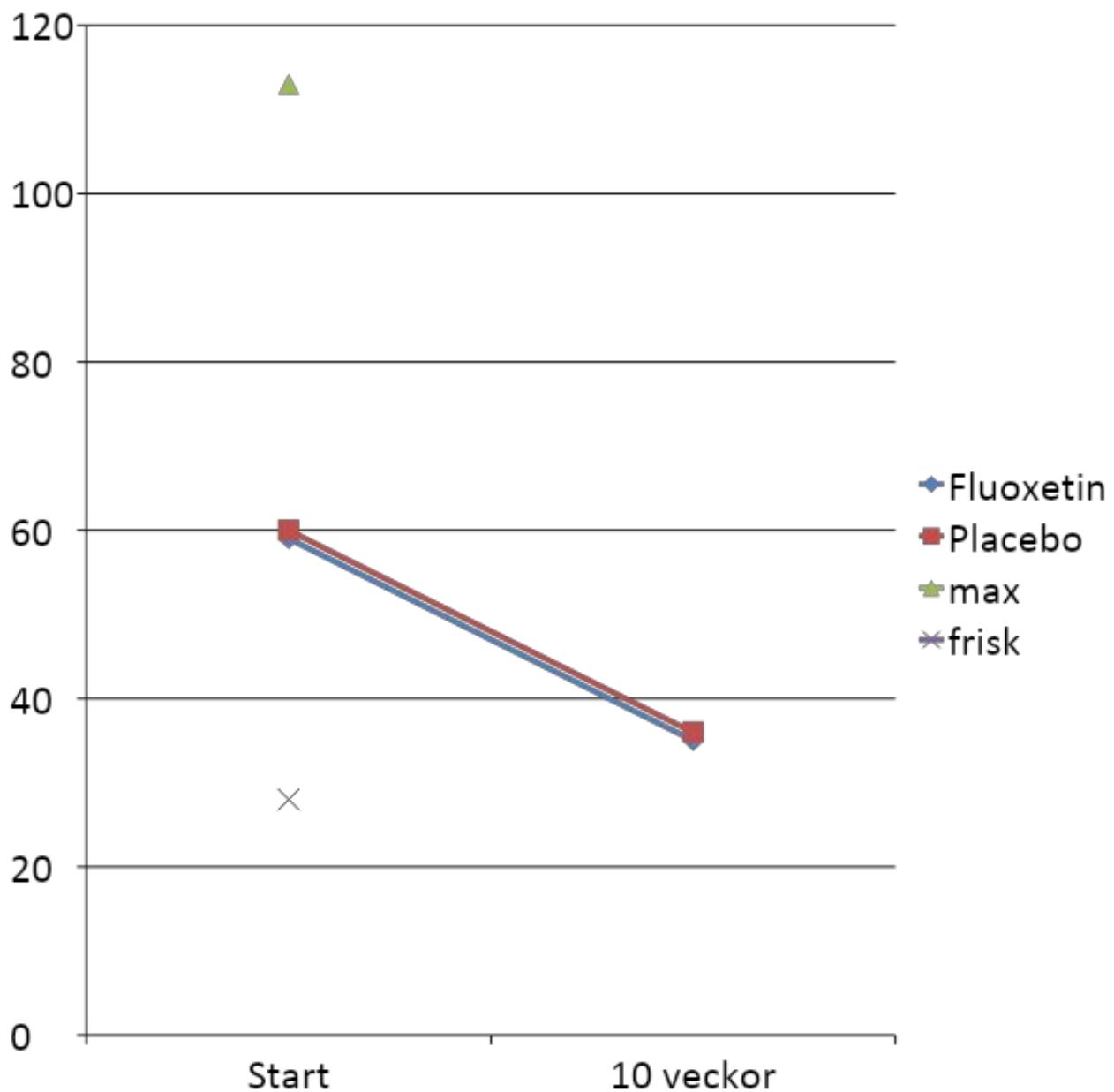
La seule étude qui n'a pas été financée par l'industrie pharmaceutique a été réalisée par le gouvernement américain, NIMH (National Institute of Mental Health). Il était grand avec environ 400 jeunes et a été appelé **TADS** (Étude de traitement des adolescents en dépression).

Différence de résultats entre la fluoxétine (ISRS) ( $n = 109$ ) et le placebo (pilule à sucre) ( $n = 112$ ) dans l'étude TADS. Il ne montre aucune différence significative dans les résultats. En moyenne, l'absence de dépression n'est pas atteinte, mais bien sûr, certains peuvent s'améliorer et d'autres se détériorer. L'amélioration des deux groupes peut être due à un effet placebo, à l'effet du contact de soins lui-même ou au cours normal de la condition («retour à la moyenne»). *Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescence with depression.* JAMA 2004;292:897-820 .



117 Les enfants et les jeunes déprimés ont reçu de la fluoxétine et 103 ont reçu un placebo. Aucune différence de déclin de l'échelle de dépression CDRS-R pour les participants après 10 semaines.

Atkinson et al. A double blind efficacy and safety study of duloxetine flexible dosing in children and adolescents with major depressive disorder. Journal of Child and Adolescents Psychopharmacology 2014;24:180-189.



Lorsque les chercheurs ont examiné plusieurs études pour voir ce que les jeunes eux-mêmes ont noté dans des échelles dits d'auto-évaluation, les jeunes n'ont remarqué aucune différence entre le placebo et les antidépresseurs en termes de dépression ou de qualité de vie.

Spielmans , Gerwig . The efficacy of antidepressants on overall well-being and self-reported depression symptom severity in youth : a meta-analysis . Psychotherapy and Psychosomatics 213;83:158-164.

# Études qui ont utilisé le CDRS-R (échelle de notation de dépression des enfants révisée), l'échelle qui est «l'étalon-or» dans la recherche sur les enfants et les jeunes

| article             | weeks           | Improvement flx /pbo | difference | %  |
|---------------------|-----------------|----------------------|------------|----|
| Emslie et al 1997   | n=96, 8 weeks   | 20.1/10.5            | 9.6        | 10 |
| Emslie et al 2002   | n=219, 9 weeks  | 22/14.9              | 7.1        | 7  |
| March et al 2004    | n=221, 12 weeks | 22.64/19.41          | 3.23       | 3  |
| Emslie et al 2014   | n=177 10 weeks  | 22.6/21.6            | 1          | 1  |
| Atkinson et al 2014 | n=177, 10 weeks | 23.7/24.3            | -0.6       | 0  |

Les deux études (Emslie et al 1997 et 2002), financées par la société, avec une différence légèrement plus élevée, ont été utilisées par le National Board of Health and Welfare et d'autres autorités comme arguments de recommandation. Maintenant, une nouvelle revue de ces deux études a montré que les estimations des patients dans les deux études n'ont montré aucune différence. L'estimation des évaluateurs du CDRS-R n'a pas non plus montré de différence cliniquement significative.

Götzsche & Healy . Restoring the two pivotal fluoxetine trials in children and adolescents with depression. Int J Risk & Safety in Medicine 2022;33:385-408.

Ce manque d'effet a été confirmé dans une méta-analyse par Feeney et ses collègues. Là, 32 études ECR avec un total de 6161 enfants ont été analysées.

La différence moyenne d'efficacité était chacune de 0,12, ce qui signifie qu'il n'y avait pas de différence cliniquement significative entre les antidépresseurs et le placebo.

*Feeney et al. Antidepressants in children and adolescents with major depressive disorder and the influence of placebo response : a meta-analysis . Journal of Affective Disorders 2022;305:55-64 .*

Nous pouvons voir que la recherche en 1990 a déjà montré un manque d'effet pour la fluoxétine (ISRS) et que la recherche ultérieure a confirmé ce premier résultat.

Pas un meilleur effet que  
les pilules de sucre



# Conclusion

Il n'y a aucune preuve, aucune base scientifique, pour réclamer un effet positif des ISRS



VI SKULLE  
FÅ DET BEDRE

medisinering av barn hos BUP og fastlegen

FORANDRINGSFABRIKKEN

*Nous irions  
mieux, les  
médicaments des  
enfants à Bup et  
Fastelegen.*

*100 jeunes, 15-20  
ans. Chaque  
jeune a été  
interviewé avec  
au moins deux  
interviews.*

Les propres histoires des jeunes. Dans un rapport d'interviews avec une centaine de jeunes qui ont reçu des médicaments antidépresseurs, leurs propres histoires émergent.

## Résumé:

La plupart des enfants ne sentaient pas qu'ils s'amélioraient par la médecine.

Beaucoup devenaient pires.

Les médicaments les ont rendus incapables de se soucier des autres ou de vivre des émotions.

Certains avaient des pensées plus suicidaires.

# Quelques voix du rapport:

j'ai eu de nombreux effets secondaires. J'ai mentionné cela que je pense que les médicaments m'aggravent, mais ils ne veulent pas l'entendre.

Je dois prendre des médicaments. N'avait pas le choix. On lui a dit que si je ne les prenais pas, je ne voulais pas coopérer et rien n'avait rien à faire là-bas.

Je ne me souviens rien des périodes où j'étais sous médicament, juste quelques aperçus. La mémoire est devenue bien pire.

Les médicaments m'ont rendu malade, indifférent et très impulsif. Cela n'a pas fonctionné. En fin de compte, il y a eu une tentative de suicide et une hospitalisation.

Au lieu de m'apprendre à prendre soin de mes émotions, ils m'ont engourdi avec divers médicaments qui m'ont rendu engourdi.

# Avertissement.

Maintenant, je vais parler de suicide. Soyez prêt à vous protéger pour que cela ne devienne pas trop personnel. Voir et entendre avec la distance. Protège toi.

Dès 1990, il a été décrit à quel point de nouvelles pensées suicidaires intenses se sont produites chez les patients prenant de la fluoxétine (ISRS).

*Emergence of intense suicidal preoccupation during fluoxetine treatment*  
. *The American Journal of Psychiatry* 1990;147:207-10.

# TADS

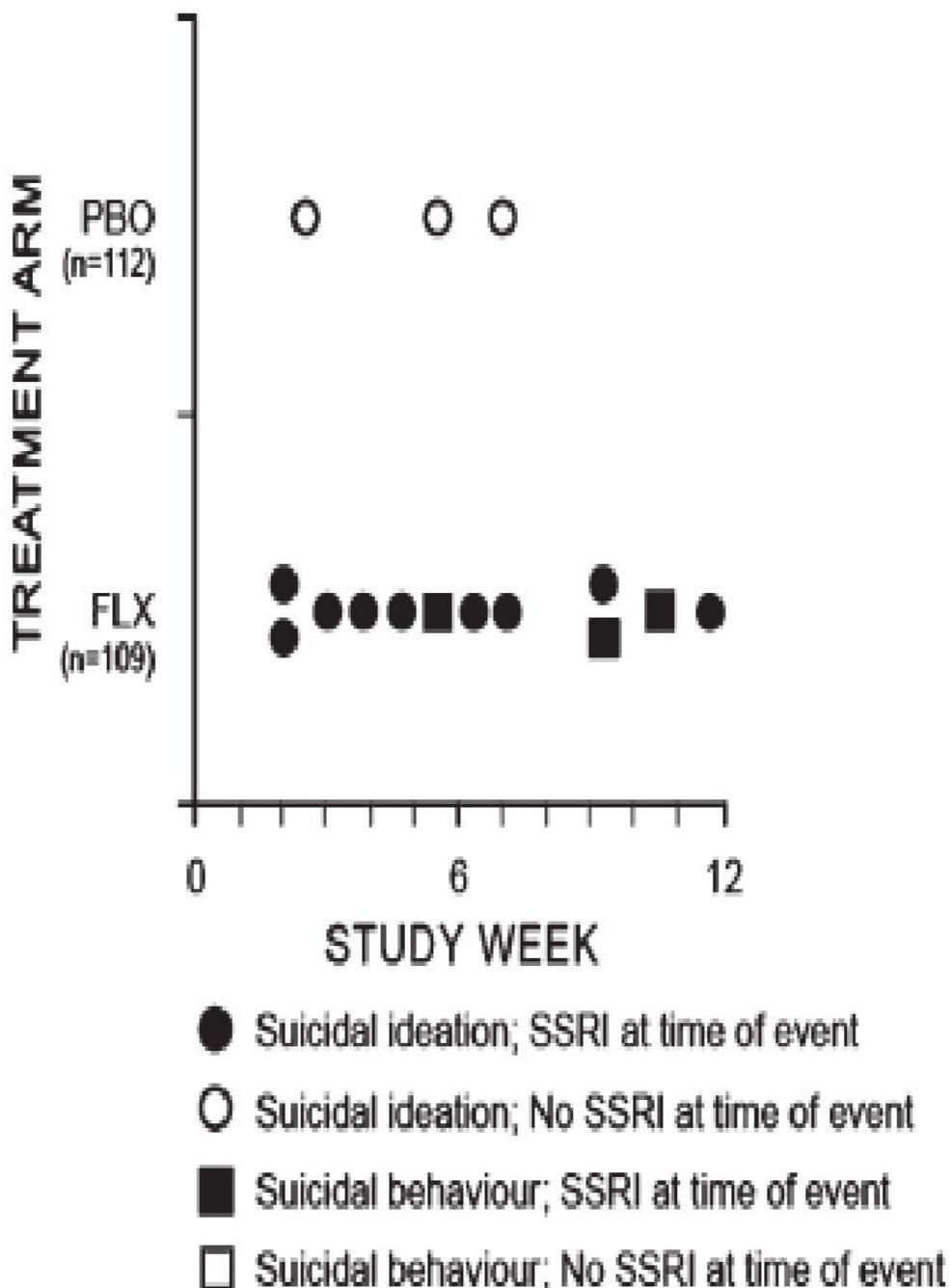
«Dans cette étude, les événements indésirables psychiatriques et les événements liés au suicide étaient plus fréquents chez les patients traités par la fluoxétine»

*Emslie et al. Treatment for adolescents with depression study (TADS): safety results . Journal of the American Academy of Child and Adolescents Psychiatry 2006;45:1440-1454.*

# Groupe de fluoxétine (n = 12) par rapport au groupe placebo (n = 3).

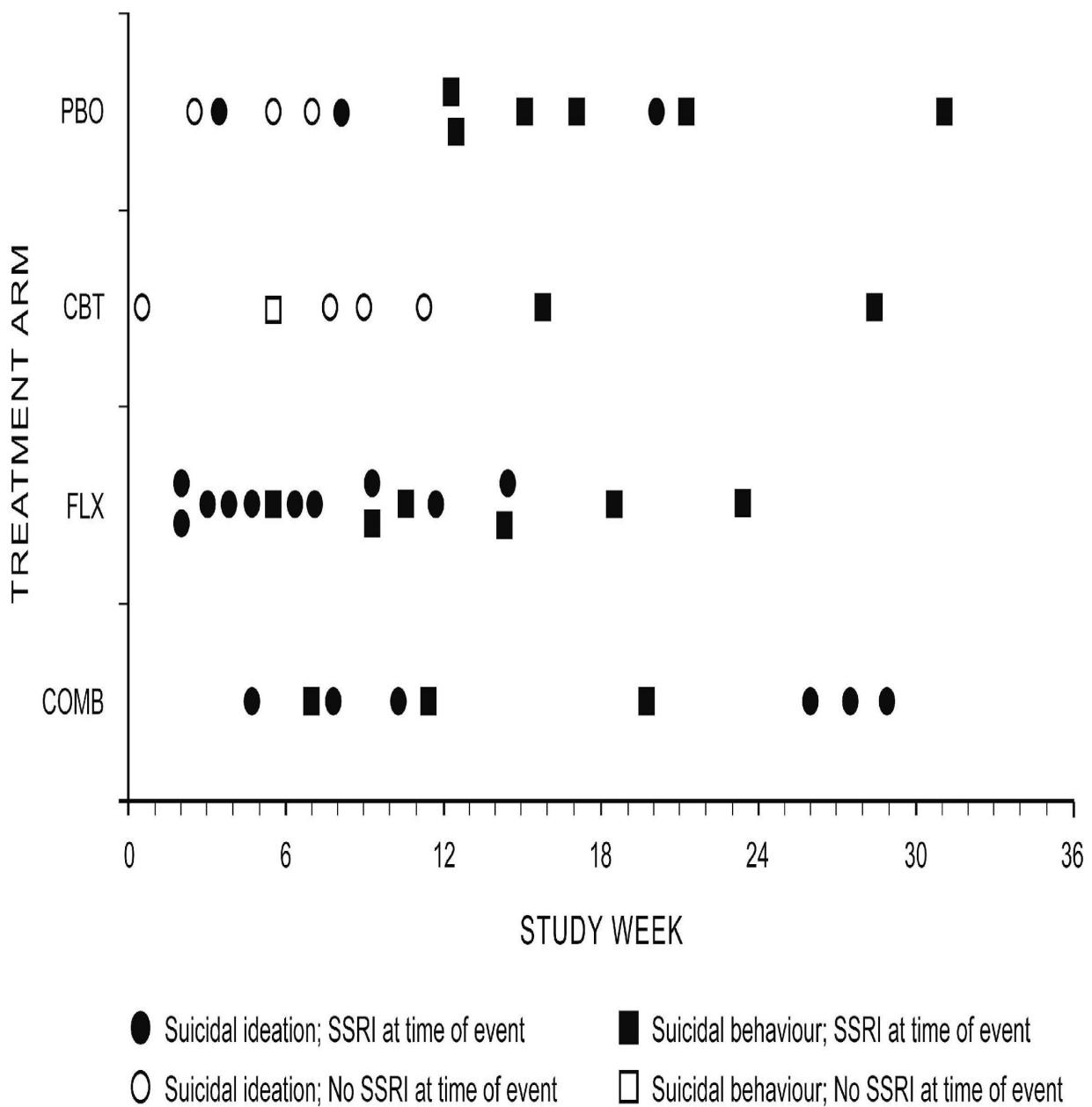
Vitiello et al . *Suicidal events in the treatment for adolescents with depression study (TADS)*. J Clin Psychiatry 2009;70(5):741-747.

Högberg et al. *Suicidal risk from the TADS study was higher than it first appeared*. International Journal of Risk & Safety in Medicine 2015;27:85-91.



L'image suivante montre que pendant les 9 mois de l'étude, il y a eu 36 incidents de suicide, dont 17 étaient des tentatives de suicide, chez ceux qui étaient sous la fluoxétine. Dans le groupe qui n'a reçu que un placebo ou un CBT, il y a eu 8 événements de suicide, dont 1 était une tentative de suicide.

# L'augmentation du risque de suicide a été observée au cours des neuf mois de l'étude



L'étude TADS a montré qu'il y avait un risque d'environ quatre fois plus élevé de suicide avec la fluoxétine de préparation ISRS.

Le chercheur suédois Tyra Lagerberg a déclaré qu'il y avait un risque de suicide multiplié par 3 chez les jeunes de moins de 25 ans et surtout pour ceux de 6 à 17 ans au cours des trois premiers mois de médicaments ISRS.

*Lagerberg et al. The effect of selective serotonin reuptake inhibitor treatment following diagnosis of depression on suicidal behavior risk: a target trial emulation . Neuropsychopharmacology 2023*

L'agence de santé publique rapporte des enfants qui se sont suicidés et ceux qui avaient des antidépresseurs dans leur sang à l'autopsie.

2000-2018, 416 enfants (0-18 ans). 96% âgés de 13 à 17 ans. En moyenne, 22 enfants par an.

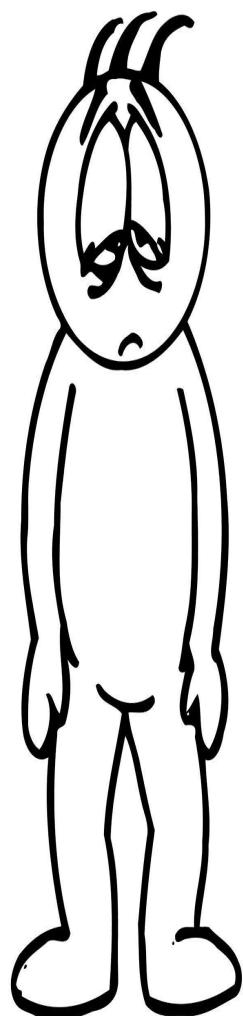
25% étaient sur un antidépresseur. 30% ont eu des contacts avec BUP l'année précédente.

Conclusion: 104 enfants se sont suicidés comme un effet secondaire suspecté des antidépresseurs. Environ 5 par an.

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/a0631c7344be413bb4aa754d2770043e/suicide-bland-barn-sverige.pdf>

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/p/psykisk-halsa-och-suicide-i-sverige-2022/?pub=126974>

# Diminution des émotions



# **Arrêt émotionnel, réduction de l'empathie et manque de motivation.**

Price et ses collègues ont montré dans une enquête d'interview auprès de personnes qui étaient sur des ISRS que la plupart se sentaient émotionnellement fermés, "déconnectés" avec une sympathie et une empathie réduites et un sentiment de détachement. Presque tout le monde sentait qu'ils ne se souciaient plus comme auparavant mais se sentaient plus indifférents et apathiques.

Rutgen et ses collègues ont montré que l'empathie, définie comme une sensation de compassion pour la douleur des autres, était similaire entre les sujets déprimés et non déprimés. Pour ceux qui ont ensuite reçu des médicaments antidépresseurs, une diminution de l'empathie a été notée chez ceux qui ont été médicamenteux.

Garland et Baerg ont décrit dans une série de cas d'enfants qui ont perdu leur motivation lorsqu'ils sont en ISRS.

*Price, Cole & Goodwin. Emotional side-effects of selective serotonin reuptake inhibitors: qualitative study . The British Journal of Psychiatry 2009;195:211-217.*

*Rütgen , Pletti , Tik et al. Antidepressant treatment , not depression, leads to reductions in behavioral and neural responses to pain empathy . Translational Psychiatry 2019;9:164.*

*Garland & Baerg . Amotivational Syndrome Associated with Selective Serotonin Reuptake Inhibitors in Children and Adolescents. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology 2001;11:181-186.*

# Amour



# Sexualité altérée

Mal examiné chez les jeunes mais probablement le même que chez les adultes.

Presque tous ceux qui prennent des ISRS éprouvent de nouvelles difficultés sexuelles telles que des sensations sexuelles réduites ou perdues, l'incapacité de l'orgasme et une diminution du désir sexuel.

La santé sexuelle altérée peut rester, c'est-à-dire que les problèmes restent après l'arrêt des ISRS. Personne ne sait combien de temps. C'est ce qu'on appelle le PSSD (dysfonction sexuelle post-SSRI).

*Healy, Le Noury , and Mangin. Citizen petition: sexual side effects of SSRIs and SNRIs. International Journal of Risk and Safety in Medicine 2018; 29: 125–134.*

*Healy. Post-SSRI sexual dysfunction & other enduring sexual dysfunctions. Epidemiology and Psychiatric Sciences 2020;29:e55, 1-2.*

# Résumé

La substance que la Swedish Child Psychiatry Association, SFBUP, BUP Stockholm, la Swedish Medicines Agency et le National Board of Health and Welfare recommandent pour les jeunes modérément et sévèrement déprimés est appelé fluoxétine et est une substance ISRS. Il y a déjà plus de trente ans, au début des années 90, les recherches ont montré qu'elle n'a pas aidé à la dépression et qu'elle a augmenté le risque de suicide. De plus, il a d'autres effets négatifs graves tels que les émotions réduites et la santé sexuelle altérée.

# Pas entendre. Ne parlez pas. Pas vu. Comment pourrait-il devenir si fou?

Sanzaru. L'original d'un temple japonais à  
Nikko au XVIIe siècle



# **Les sociétés pharmaceutiques influencent les psychiatres pour enfants avec de l'argent et des avantages sociaux.**

À partir de 2001, les sociétés pharmaceutiques ont investi dans le financement de la soi-disant éducation des psychiatres d'enfants avec un logement gratuit et de la nourriture sur de beaux sites. Les professeurs, les psychiatres d'enfants Håkan Jarbin et Tord Ivarsson, ont reçu une compensation très généreuse d'environ 40 000 Sek par occasion pour reprendre des conférences similaires. Deux fois par an, le nouveau message a été répandu selon lequel les enfants déprimés devraient recevoir des médicaments psychotropes sous forme de SSRI / fluoxétine. Les médecins ont reçu un total d'environ 1,2 million de SEK chacun en compensation pour environ 30 séances de cours.

<https://kvartal.se/artiklar/80-procent-av-flickorna-pa-bup-far-antidepp-trots-saknad-evidens/>

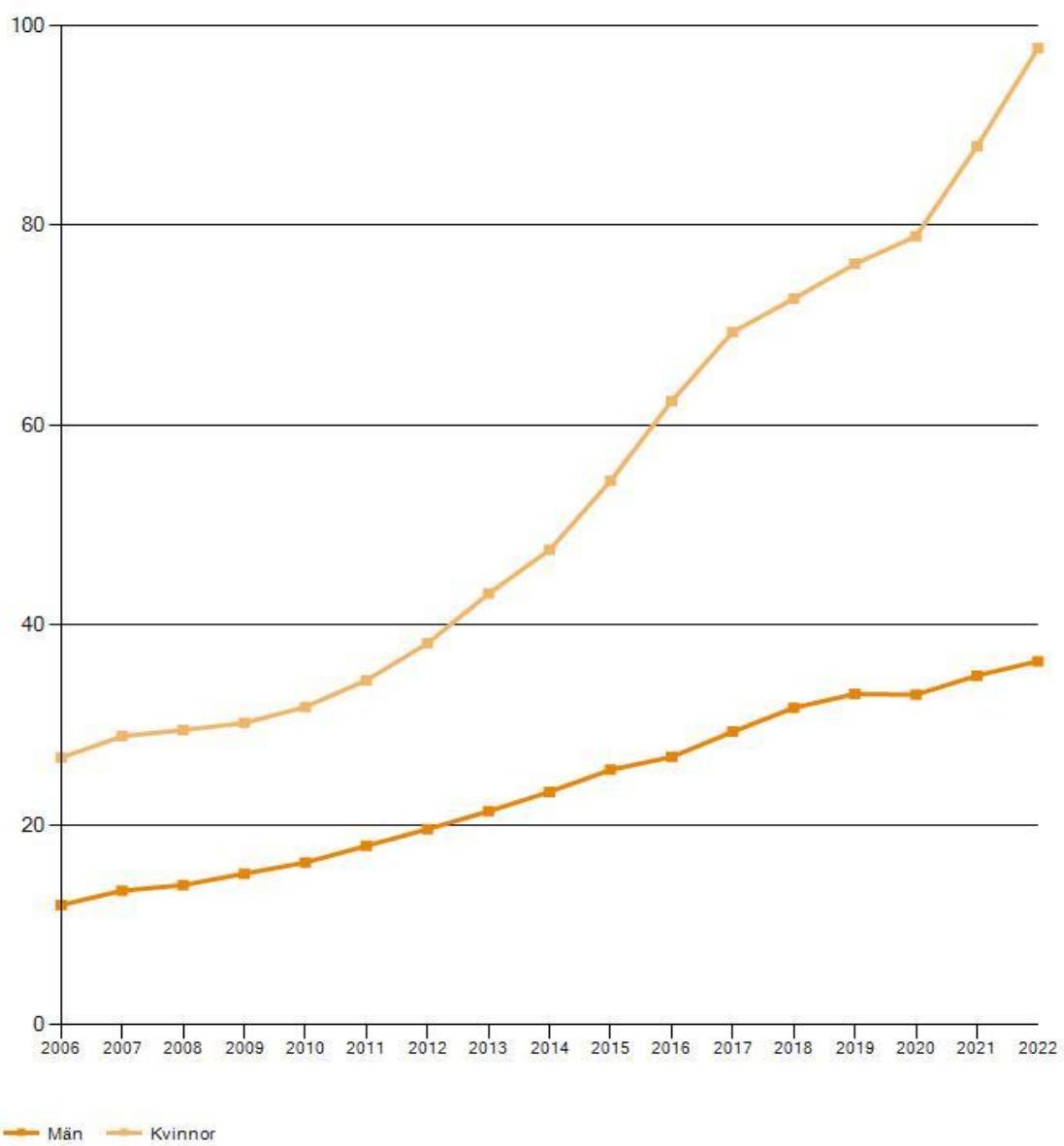
En 2007, le psychiatre de l'enfant Håkan Jarbin a écrit à Läkartidningen que l'agence suédoise des médicaments doit changer de recommandation que les enfants souffrant de dépression modérée et sévère "peuvent" être traités avec des ISRS avec les mesures psychosociales nécessaires à "devraient".

# **Les directives du National Board of Health and Welfare 2010.**

Les premières directives nationales pour le traitement des jeunes déprimées viendront en 2010 avec des psychiatres d'enfants Håkan Jarbin et Tord Ivarsson en tant qu'experts. Le même médecin qui a accepté de l'argent de l'industrie pharmaceutique. Ils préconisaient la fluoxétine comme premier choix dans le traitement des enfants et des adolescents souffrant de dépression modérée. C'est-à-dire la grande majorité des candidats à BUP. Maintenant, la prescription monte en flèche comme une fusée!

Prescrire des antidépresseurs aux jeunes de 15 à 19 ans. Retirez un zéro et vous obtenez un pourcentage. Notez l'augmentation après les directives en 2010. Une grande partie de l'augmentation est des temps de traitement plus longs.

Läkemedelsstatistik, Patienter/1000 invånare, Antidepressiva, Riket, Ålder: 15-19



— Män — Kvinnor

Socialstyrelsens statistikdatabas 2023-10-03

# Comment était-ce plus tard? Le National Board of Health and Welfare Rapports.

Les résultats des jeunes  
diagnostiqués avec l'anxiété  
/la dépression en 2006 après  
un peu plus de 10 ans.

# Garçons 10-17 ans

68% médicaments psychotropes  
10% tentatives de suicide  
5,1% de suicide

Filles 10-17 ans

86%

médicaments  
psychotropes

31% tentative de  
suicide

2,6% de suicide

Explication possible concernant les tentatives de suicide chez les filles?

Nous savons que l'empoisonnement avec le paracétamol (Alvédon) est courant. Ces empoisonnements peuvent être mortels après quelques jours, mais les patients peuvent être sauvés avec un traitement médical précoce. Le nombre de cas enregistrés de traitement pour l'intoxication au paracétamol a fortement augmenté au cours des années 2010.

<https://www.lakemedelsvarlden.se/forgiftningar-med-paracetamol-okar-ater-efter-nedgang/>

<https://www.svenskfarmaci.se/2023/03/08/allt-fler-tonarstjejer-overdosar-paracetamol/>

**Les directives en ce moment**

**Le National Board of Health and Welfare:** les soins de santé devraient "offrir un traitement avec des antidépresseurs (la préparation de la fluoxétine SSRI) pour les enfants et les adolescents souffrant de dépression majeure modérée à sévère CBY et IPT devraient être également proposés. Le National Board of Health and Welfare élargit ensuite l'utilisation, malgré un manque de preuves, à: "Afin d'empêcher la rechute, le système de santé peut offrir des antidépresseurs aux patients qui ont eu une dépression modérée à sévère, jusqu'à environ un an après le rétablissement". Aucune liste de contrôle pour les effets secondaires n'est fournie.

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2021-4-7339.pdf>

# **La proposition de l'Association suédoise de BUP (SFBUP) pour les directives 2023. Écrit par Håkan Jarbin (psychiatre enfant) et Maria Zetterqvist (psychologue).**

Largement le même que le National Board of Health and Welfare avec l'ajout de dix substances supplémentaires en plus de la fluoxétine qui devrait / peut être essayée (sertraline, escalitopram, duloxétine, lithium, mirtazapine, bupropion, agomelatine, venlafaxine, clomipramine, lurasidone)). Malgré tous ces médicaments psychotropes, ils ne suggèrent pas de liste de contrôle pour des effets secondaires suspects.

<https://slf.se/sfbup/app/uploads/2023/06/sfbup-riktlinje-depression-remissversion-2023.pdf>

## **L'approbation européenne de 2006. Comparer.**

Lorsque la fluoxétine a été approuvée par l'Agence européenne des médicaments EMEA, il a été déclaré que "un traitement antidépresseur de médicaments ne devrait être donné aux enfants ou aux adolescents souffrant de dépression modérée à sévère qu'en combinaison avec un traitement psychologique simultané" plus loin "si aucune amélioration clinique n'est obtenue dans les 9 semaines , le traitement doit être reconsidéré ". Et enfin "chez les enfants qui répondent au traitement, la nécessité d'un traitement continu doit être évaluée après 6 mois."

*EMEA/CHMP/46089/2006/SV*

Maintenant, le traitement psychopharmaceutique a lieu pendant des années et est recommandé par le National Board of Health and Welfare et SFBUP même jusqu'à un an après le rétablissement. Ceci est grave en termes d'effets secondaires et il manque de base scientifique solide. Les études dits de sevrage qui sont considérées comme montrant que les antidépresseurs "empêchent" la dépression ne sont pas adéquats car ils confondent les réactions de sevrage avec la rechute.

<https://lakartidningen.se/opinion/debatt/2023/05/evidens-for-langtidsbehandling-med-antidepressiva-saknas/>

Comme vous pouvez le voir, l'approbation européenne indique que ceux qui souffrent de dépression sévère recevant de la fluoxétine devraient également recevoir un traitement psychologique. En Suède, seule la fluoxétine est recommandée pour ce groupe. Dans le même temps, nous savons que les jeunes souffrant de dépression plus grave ont des effets secondaires plus graves des ISRS, comme un risque accru de suicide. Il n'y a pas non plus de recherches sur les patients réels souffrant de dépression majeure, car les patients à risque de suicide sont exclus de la plupart des études. Les petites recherches qui existent montrent plutôt que les résultats avec les ISRS sont pires dans la dépression sévère. Il n'y a aucun soutien aux jeunes souffrant de dépression sévère d'avoir de la fluoxétine au lieu de la psychothérapie.

Vitiello et al . *Suicidal events in the treatment for adolescents with depression study (TADS)*. J Clin Psychiatry 2009;70(5):741-747. Wilkinson et al. *Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the adolescent depression antidepressants and psychotherapy trial (ADAPT)*. American Journal of Psychiatry 2011;168:495-501.

# Résumé.

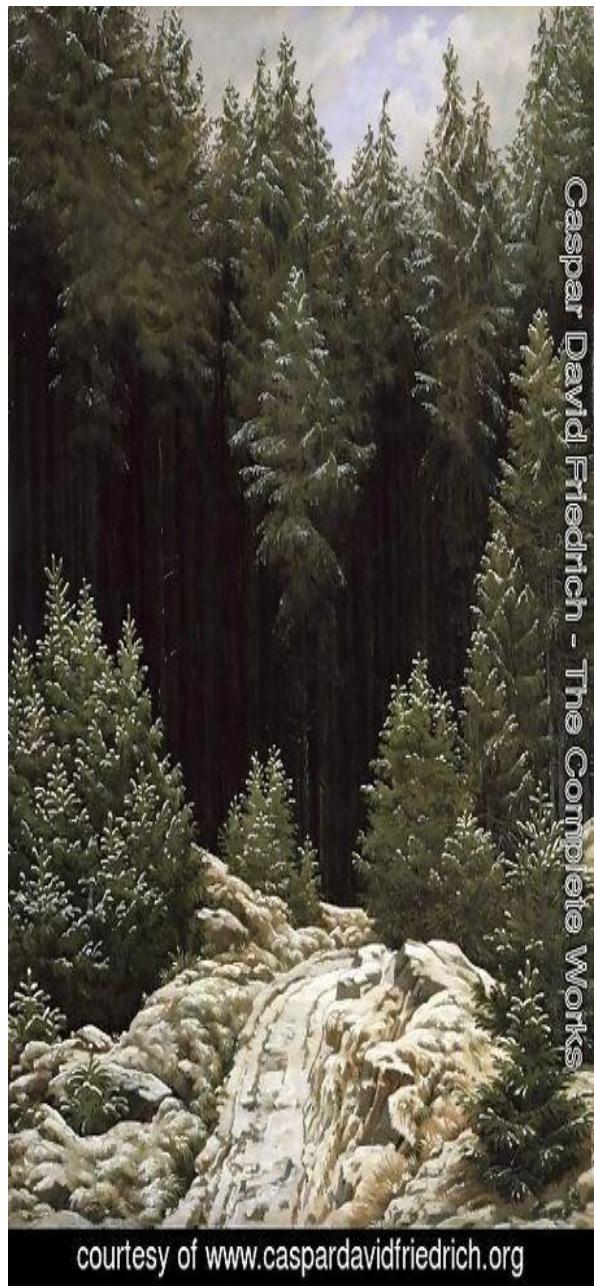
Plusieurs médecins psychiatriques pour enfants ont permis d'être aveuglés par l'argent des sociétés pharmaceutiques et ont concentré leurs soins sur un médicament inefficace et dangereux avec des substances ISRS.

Les mêmes médecins sont ensuite devenus des experts du National Board of Health and Medicines et de l'Agence des produits médicaux. Les autorités n'ont pas réussi à travailler pour de bons soins et à prévenir les blessures aux enfants et aux jeunes.

La restructuration pharmacologique de la psychiatrie des enfants et des jeunes entrave le travail de développement important de méthodes psychothérapeutiques efficaces.

Il existe une explication des épisodes dépressifs récurrents, qui viennent sans aucune situation difficile actuelle connue.

# Dépression dissociative - périodes sombres récurrentes.



La dépression dissociative est mal connue mais importante à identifier. D'après mon expérience, il y a des conditions avec des périodes très sombres récurrentes qui, lorsqu'elles sont traitées, se révèlent comme des rediffusions, comme de longs flash-backs. Les rediffusions sont alors souvent sur des périodes de vie plus antérieures et plus longues avec violence, menaces et peur. Les moyennes dissociées se désintègrent, dissous, séparés, coupés, séparés. Cela signifie qu'il peut ne pas y avoir d'images ou de pensées, mais seulement les réactions corporelles de la tension, de la respiration restreinte, de la fatigue et de la dépression non spécifique d'accompagnement. Le lien entre ces symptômes et les périodes de vie difficiles ne peut devenir apparente que pendant le traitement. L'important est de comprendre que ces épisodes dépressifs peuvent être liés au traumatisme et donc bien répondre au traitement thérapeutique.

*Vedat Sar . Dissociative depression is resistant to treatment-as-usual . J Psychol Clin Psychiatry 2015;3(2):14-12.*

*Vedat Sar . Depression among women in the community . J Trauma Dis 2013; 14(4): 423-438.  
Högberg & Hällström. Active multimodal psychotherapy in children and adolescents with suicidality : description , evaluation and clinical profile . Clinical Child Psychology and Psychiatry 2008;13:435-448.*

# **Qu'est-ce qui devrait être fait?**

1. interrompre les médicaments ISRS.
2. Comprenez que les épisodes récurrents de dépression sont souvent des réactions tardives à des périodes antérieures difficiles de la vie (dépression dissociative) qui peuvent être traitées avec une bonne thérapie.
3. Développer et élargir les options psychothérapeutiques.
4. Aidez les jeunes à se connaître, leurs pensées, leurs sentiments, leurs fantasmes et leurs réactions de manière positive.
5. Empêcher, surtout avec une école différente et meilleure, de réduire l'intimidation et le stress. Il s'agit de l'environnement de travail des enfants.

Merci de votre attention!

gorhogberg1@gmail.com

Göran Högberg

Pour un raisonnement supplémentaire sur ces questions, voir le groupe FB  
Les jeunes déprimés.  
Quel soin?