

## LES MORTS CACHÉES PAR NEUROLEPTIQUES

*tiré du chapitre 4 du livre de Peter Gotzsche – Kit de survie en santé mentale*

*le livre sur drive de l'association Guerisons psy*

*-<https://drive.google.com/drive/folders/1T1wI6y8E16dw1eV9e0Dcrp3rChW1VNER>*

*les-schizonautes.fr*

Le moyen le plus simple est de dissimuler les morts sous le tapis, « afin de ne pas soulever d'inquiétudes », comme l'a dit un scientifique de la compagnie Merck lorsque son travail a été annulé et contredit par son patron . Le scientifique avait jugé qu'une femme sous Vioxx (rofecoxib), le médicament de Merck contre l'arthrite, était morte d'une crise cardiaque, mais la cause du décès a été changée en inconnue, y compris dans le rapport de Merck à la FDA. D'autres morts cardiaques subites sous Vioxx ont disparu avant la publication des résultats de l'essai. Lorsqu'il devint impossible de cacher les nombreux décès, Merck a retiré le Vioxx, en 2004. J'ai estimé que le Vioxx avait tué environ 200 000 personnes, dont la plupart n'auraient même pas eu besoin du médicament . Les fraudes aux conséquences fatales sont courantes dans les essais de médicaments et nos principales revues médicales, en l'occurrence The New England Journal of Medicine, y contribuent souvent volontairement en publiant des essais incorrects et en ne prenant pas de mesures quand il est clairement nécessaire d'agir pour sauver la vie des patients.

La psychiatrie ne fait pas exception. Seule la moitié environ des suicides et autres décès survenus lors des essais cliniques de médicaments en psychiatrie sont publiés .

Un autre gros problème est celui du sevrage brutal dans le groupe placebo. Comme pratiquement tous les essais souffrent de ce défaut de conception, ils sous-estimeront le caractère mortel des médicaments psychiatriques.

### **Neuroleptiques**

Les neuroleptiques sont très toxiques et ce sont probablement les plus mortels de tous les médicaments psychiatriques 4 . Lorsque j'ai voulu savoir à quel point ils étaient mortels, j'ai décidé de me focaliser sur les patients âgés et déments. J'ai supposé que peu d'entre eux seraient en traitement avant d'être randomisés et qu'il y aurait suffisamment de patients pour tirer une conclusion, car beaucoup d'entre eux meurent, qu'ils soient sous traitement ou non. J'ai trouvé une méta-analyse d'essais contrôlés par placebo dans la démence avec un total d'environ 5000 patients 82 . Après seulement dix semaines, 3,5 % étaient morts alors qu'ils prenaient l'un des nouveaux neuroleptiques, l'olanzapine (Zyprexa), le risperidone (Risperdal), la quétiapine (Seroquel) ou l'aripiprazole (Abilify), tandis que 2,3 % étaient

morts sous placebo. Ainsi, pour 100 personnes traitées pendant dix semaines, un patient a été tué avec un neuroleptique. Il s'agit d'un taux de mortalité extrêmement élevé pour un médicament.

*les-schizonaut.es.fr*

Comme la moitié des décès sont absents, en moyenne, des recherches publiées 81 , j'ai recherché les données correspondantes de la FDA en me basant sur les mêmes médicaments et essais. Comme prévu, certains décès avaient été omis des publications, et les taux de mortalité étaient désormais de 4,5 % contre 2,6 %, ce qui signifie que les neuroleptiques tuent deux patients sur cent en dix semaines seulement 83 . J'ai également trouvé une étude finlandaise portant sur 70 718 habitants de la communauté nouvellement diagnostiqués avec la maladie d'Alzheimer, qui a indiqué que les neuroleptiques tuaient 4 à 5 personnes par an par rapport aux patients qui n'étaient pas traités 84 . Si les patients recevaient plus d'un neuroleptique, le risque de décès était augmenté de 57 %. Comme il ne s'agissait pas d'un essai randomisé, les résultats ne sont pas totalement fiables, mais pris ensemble, ces données montrent un taux de mortalité si important que je ne me souviens pas avoir vu un autre médicament dont les patients n'ont pas besoin et qui soit aussi mortel. *Peut-on extrapoler ces résultats aux personnes jeunes avec schizophrénie ?* Oui. En médecine fondée sur des preuves, nous basons nos décisions sur les meilleures preuves disponibles. Cela signifie les preuves les plus fiables, qui sont les données ci-dessus. Ainsi, en l'absence d'autres preuves fiables, nous devons supposer que les neuroleptiques sont aussi mortels à un haut niveau chez les jeunes patients. Nous ne devrions donc utiliser les neuroleptiques pour personne, notamment parce qu'un effet sur la psychose n'a jamais été démontré dans des essais fiables. Nous n'avons pas besoin d'aller plus loin, quoique cela puisse être intéressant. Selon la FDA, la plupart des décès chez les patients déments semble d'origine soit cardiovasculaire (par exemple, insuffisance cardiaque, mort subite), soit infectieuse (par exemple, pneumonie). Les personnes jeunes qui prennent des neuroleptiques meurent aussi souvent de causes cardiovasculaires et de façon soudaine. Et je m'attendrais à ce que certains d'entre eux meurent de pneumonie. Les neuroleptiques et l'admission forcée dans un service fermé rendent les personnes inactives. Lorsqu'elles restent couchées dans leur lit, le risque de pneumonie augmente. Les médicaments de la dépression, les sédatifs / hypnotiques et les antiépileptiques augmentent également le risque de pneumonie. En outre, un service psychiatrique fermé n'est pas un service de médecine interne, et si un patient développe une pneumonie tout en restant allongé au lit dans un état qui ressemble à celui d'un zombie, alors il se peut qu'il ne s'en rende pas compte. *Les psychiatres sont parfaitement conscients - et ont souvent écrit à ce sujet - que la durée de vie des patients avec schizophrénie est inférieure de 15 ans à celle des autres personnes, toutefois ils ne*

*rejettent pas la faute sur leurs médicaments ni sur eux-mêmes, mais plutôt sur les patients* .

Il est vrai que ces personnes ont des modes de vie malsains et qu'ils peuvent

*les-schizonautes.fr*

abuser d'autres substances, en particulier du tabac. Mais il est également vrai que cela est dû en partie aux médicaments qu'elles reçoivent. Certains patients disent qu'ils fument parce que cela contrecarre certains des effets nocifs des neuroleptiques, ce qui est exact car le tabac augmente la dopamine alors que les médicaments diminuent la dopamine. Il est également incontestable que les neuroleptiques tuent certains patients avec schizophrénie car ils peuvent provoquer d'énormes prises de poids, de l'hypertension et du diabète, mais quelle est la fréquence de ceci ?

*les-schizonautes.fr*

Lorsque j'ai essayé de savoir pourquoi meurent ces personnes jeunes avec schizophrénie, je me suis heurté à un barrage, soigneusement défendu par la corporation psychiatrique. C'est l'un des secrets les mieux gardés de la psychiatrie que les psychiatres tuent beaucoup de leurs patients avec des neuroleptiques. J'ai décrit mon expérience avec les défenseurs de ce barrage en 2017 sur le site web Mad in America : Psychiatry ignores an elephant in the room « La psychiatrie ignore un éléphant dans la pièce », mais les événements qui ont suivi ont été encore pires.

Des études de cohorte à grande échelle réalisées sur des personnes avec un premier épisode de psychose offrent une opportunité unique de découvrir pourquoi les personnes meurent. Cependant, comme ces études contiennent trop peu d'informations, voire aucune information, sur les causes de décès, vous devez poser la question.

### ***L'étude TIPS, 12 % des patients sont morts en seulement 10 ans***

En 2012, Wenche ten Velden Hegelstad et 16 collègues ont publié des données de suivi sur 10 ans concernant 281 patients avec un premier épisode de psychose (étude TIPS) 86 . Bien que l'âge moyen à l'entrée dans l'étude n'ait été que de 29 ans, 31 patients (12 %) sont morts en moins de 10 ans. Cependant, l'article détaillé des auteurs portait sur le rétablissement et les scores cliniques des symptômes. Ils ne se sont pas intéressés à tous ces morts, qui figuraient dans un organigramme de patients perdus de vue et qui n'étaient commentés nulle part dans leur document. Dans le texte de l'étude, ils ne mentionnent que 28 décès (11 %), on ne sait donc même pas précisément combien sont morts. En mars 2017, j'ai écrit à Hegelstad et je me suis renseigné sur les causes de décès. La plupart des patients étaient encore sous neuroleptiques dix ans après les avoir commencés ; je considérais ceci avec effroi car environ la moitié d'entre eux devait avoir développé une dyskinésie tardive (ce sont des mouvements anormaux horribles, souvent irréversibles mais masqués par le traitement continu) et aussi parce que beaucoup d'entre eux, sinon tous,

devaient avoir développé des lésions cérébrales permanentes à ce stade. J'ai envoyé un rappel dix jours plus tard et il m'a été dit que je recevrais une réponse sous peu. Deux mois plus tard, j'ai écrit à nouveau et j'ai mentionné qu'il était important pour le monde de savoir de quoi étaient morts tous ces jeunes patients. J'ai également demandé si nous devions déposer une demande de liberté d'accès à l'information pour obtenir cette information. Hegelstad m'a répondu qu'ils préparaient un manuscrit détaillant les informations que je demandais. Le document est sorti le mois suivant, dans World Psychiatry, mais le nombre de décès était désormais différent de leur premier document, et les informations que j'avais demandées ne figuraient nulle part .

Deux mois plus tard, Robert Whitaker et moi-même avons écrit au rédacteur en chef de World Psychiatry, le professeur Mario Maj, pour lui demander de nous aider à comprendre pourquoi tant de patients étaient morts si jeunes. Nous espérions qu'il ferait en sorte que les expériences des enquêteurs contenues dans leurs dossiers soient rendues publiques en

*[les-schizonautes.fr](http://les-schizonautes.fr)*

publiant notre courte lettre à la rédaction et en leur demandant d'y répondre. « Ce serait un grand service rendu à la psychiatrie, aux patients et à tous ceux qui s'intéressent à cette question d'une importance vitale ». Nous avons expliqué dans notre lettre que les auteurs avaient signalé que 16 patients étaient morts par suicide, 7 par surdose accidentelle ou autres accidents, et 8 de maladies physiques, dont 3 de maladies cardiovasculaires : « Pour tenter de séparer les causes iatrogènes létales des morts causées par le trouble psychiatrique lui-même, nous avons besoin de savoir : Quand les suicides ont-ils eu lieu ? Les suicides surviennent souvent tôt, après que les patients ont quitté l'hôpital , et sont parfois iatrogènes. Une étude danoise du registre portant sur 2429 suicides a montré que, par rapport aux personnes qui n'avaient reçu aucun traitement psychiatrique l'année précédente, le taux de suicide ajusté était de 44 pour les personnes qui avaient été admises dans un hôpital psychiatrique . On s'attendrait bien sûr à ce que ces patients soient les plus exposés au risque de suicide parce qu'ils sont plus malades que les autres (ce qui crée une confusion par indication), mais les résultats sont solides et la plupart des biais potentiels de l'étude sont en fait conservateurs, c'est-à-dire qu'ils favorisent l'hypothèse nulle d'absence de relation. Un éditorial conciliant a noté qu'il ne faisait guère de doute que le suicide soit lié à la fois à la stigmatisation et au traumatisme et qu'il est tout à fait plausible que la stigmatisation et le traumatisme inhérents au traitement psychiatrique - en particulier s'il est involontaire – puissent provoquer le suicide.

*Que signifie la mention : surdoses accidentelles et autres accidents ?*

Les médecins ont-ils prescrit une surdose ou bien les patients ont-ils fait une surdose par erreur, et quels types d'accidents ont-ils été impliqués ? Les psychotropes peuvent entraîner des chutes, qui peuvent être fatales, et les suicides sont parfois mal codés comme des accidents .

*les-schizonautes.fr*

Il est surprenant que 8 personnes jeunes soient mortes de maladie physique. Quelles étaient ces maladies exactement et quelles étaient les maladies cardiovasculaires ? Si certaines de ces personnes sont mortes subitement, *c'est peut-être parce que les antipsychotiques peuvent provoquer une prolongation de l'intervalle QT.* »

Huit jours plus tard, Mario Maj nous a dit : « Malheureusement, bien qu'il s'agisse d'un texte intéressant, il ne parvient pas à s'imposer dans la compétition pour les places réservées dans le journal à la publication des courriers ». Il n'y avait donc pas de place dans le journal pour notre lettre de 346 mots, ce qui n'est pas plus long qu'un résumé d'étude, *et aucun intérêt à aider les jeunes gens à survivre en découvrant ce qui les tue à un si jeune âge.* C'était la psychiatrie dans sa pire expression, tout occupée à se protéger pendant qu'elle tue littéralement les patients. Cinq jours plus tard, j'ai fait appel de la décision de Mario Maj :

« Permettez-moi d'ajouter que les personnes à qui j'ai parlé dans plusieurs pays des décès de personnes jeunes avec schizophrénie - psychiatres, experts médico-légaux et patients - ont toutes convenu que nous avons désespérément besoin du type d'information que renferme la très précieuse cohorte de patients du rapport de Melle et al. publié dans votre journal ; nous vous avons demandé de permettre l'accès à cette information.

La suspicion est largement répandue et bien fondée que la raison pour laquelle nous n'avons pas vu de compte rendu détaillé des causes de décès dans des cohortes comme celle de l'étude TIPS de Melle et al. publiée dans votre journal, est que les psychiatres donnent la priorité à la protection de leurs intérêts corporatistes plutôt qu'à la protection des patients. En refusant de publier notre lettre et de produire les données que Melle et al. ont dans leurs dossiers, vous contribuez à ce soupçon. Nous avions auparavant demandé à l'une des enquêteurs, Wenche ten Velden Hegelstad, de nous fournir ces données, mais on nous a dit le 10 mai de cette année qu'elles seraient publiées ... Elles n'ont pas été publiées, car ce que Melle et al. ont publié dans votre journal n'est pas un compte rendu adéquat des raisons pour lesquelles ces jeunes gens sont morts. C'est pourquoi nous vous demandons de veiller à ce que ces données soient rendues publiques, dans l'intérêt des patients. Nous pensons qu'il est de votre devoir professionnel et éthique - en tant que rédacteur d'une revue et en tant que médecin - de faire en sorte que cela se produise. Il ne s'agit pas des espaces dont vous disposez dans la revue pour les courriers.

C'est une question de priorité. »

Nous n'avons pas eu de nouvelles de Mario Maj depuis cela. [les-schizonaut.es.fr](http://les-schizonaut.es.fr)

Contrairement aux auteurs de l'étude TIPS, la professeure de psychiatrie danoise Merete Nordentoft s'est montré très coopérative lorsque je lui ai demandé les causes de décès de 33 patients après 10 ans de suivi dans l'étude OPUS, portant également sur des patients avec un premier épisode de psychose . J'ai spécifiquement mentionné que les suicides, les accidents et les morts subites inexplicables pouvaient être liés au médicament. Merete Nordentoft nous a envoyé une liste des décès et a expliqué que la raison pour laquelle les décès cardiaques ne figuraient pas sur la liste était probablement que les patients étaient morts si jeunes. Dans les certificats de décès, elle avait vu certains patients qui étaient simplement tombés raides morts, dont l'un était assis sur une chaise. C'est ainsi que cela devrait se passer. Une communication ouverte est nécessaire si nous voulons réduire les nombreux décès qui surviennent chez les jeunes patients en santé mentale, mais très peu de psychiatres sont aussi ouverts que Merete Nordentoft. J'ai interrogé Hegelstad sur les chiffres contradictoires des décès et j'ai également demandé à obtenir des détails sur les causes de décès. Je n'ai plus eu de nouvelles de Wenche ten Velden Hegelstad.

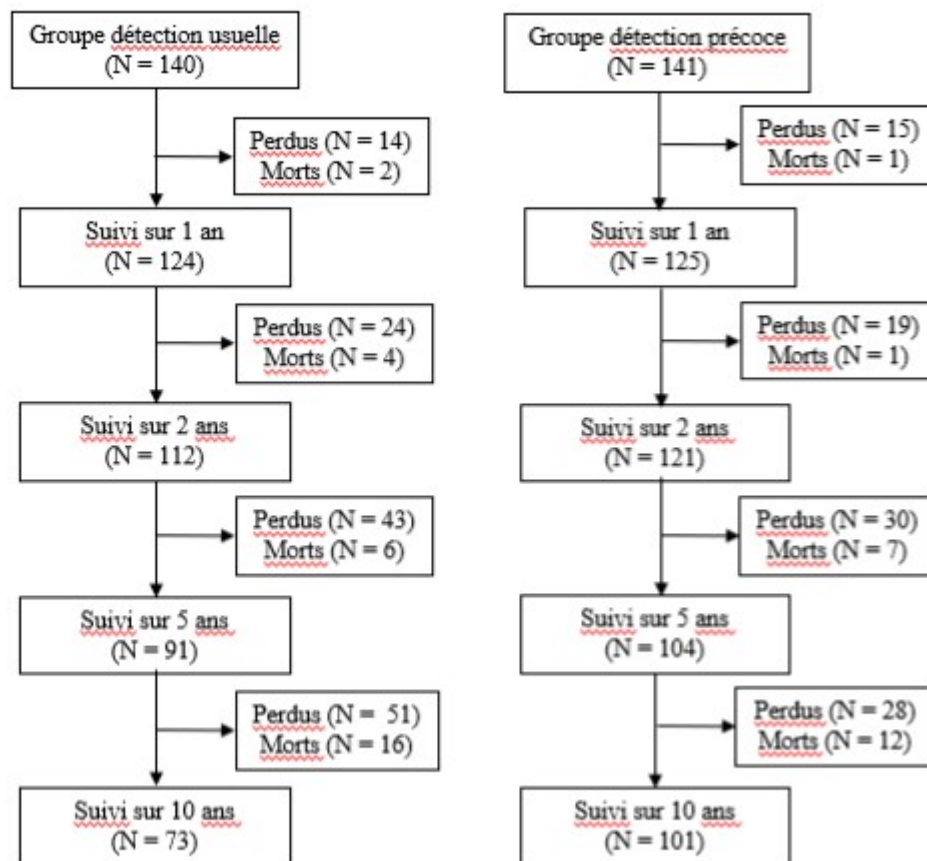
L'étude TIPS a été subventionnée par 15 bailleurs de fonds, dont le Conseil norvégien de la recherche, l'Institut national américain de la santé mentale, trois sociétés pharmaceutiques (Janssen-Cilag, Eli Lilly et Lundbeck), et d'autres bailleurs de fonds en Norvège, au Danemark et aux États-Unis. J'ai demandé à tous les bailleurs de fonds des informations détaillées sur les décès, en soulignant que les bailleurs de fonds ont l'obligation éthique de veiller à ce que les informations d'une grande importance pour la santé publique, qui ont été recueillies dans une étude financée, soient publiées. [les-schizonaut.es.fr](http://les-schizonaut.es.fr)

Le silence était décourageant. En décembre 2017, le Conseil norvégien de la recherche a publié sa politique concernant l'accès aux données de recherche pour les autres chercheurs, ce qui ne laissait aucun doute sur le fait que cela devait se faire, sans délai, et au plus tard au moment où les chercheurs publient leurs recherches. Janssen-Cilag a répondu : « Nous trouvons les données sur la mortalité publiées par Melle et al. 2017 dans World Psychiatry tout à fait satisfaisantes. » Janssen-Cilag, ainsi que Eli Lilly, nous ont encouragés à contacter les auteurs, ce qui était absurde, car j'avais écrit à ces sociétés

que les auteurs avaient refusé de nous communiquer leurs données. Lundbeck n'a pas répondu. Cinq mois après avoir écrit au Conseil norvégien de la recherche, j'ai reçu une lettre d'Ingrid Melle à qui le Conseil avait demandé de me répondre. On m'a dit que

j'avais mal lu la figure 1 du document original où j'avais compté 49 décès. Je ne l'avais pas fait. Leur chiffre est gravement trompeur car les organigrammes montrent toujours le nombre de patients qui ont été perdus ou sont morts au cours d'une étude. J'ai redessiné la présentation ici :

Vue d'ensemble de la participation des patients à une étude de suivi de long terme sur la détection précoce des psychoses



La raison pour laquelle il y a eu 31 décès, et non 28, dans l'article d'Ingrid Melle est l'ajout d'1 à 3 ans à la durée d'observation, ce qui ne rendait pas exactement plus transparent ce que les chercheurs avaient fait.

Ingrid Melle m'a envoyé un tableau, qui n'était pas particulièrement informatif :

*les-schizonautes.fr*

<b>Table 1. Causes de la mort pendant les dix premières années après le début du traitement.</b>		
	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>En vie</b>	<b>250</b>	<b>89</b>
<b>Suicide</b>	<b>16</b>	<b>6</b>
Suicide confirmé, moyens violents	4	1,4
Suicide confirmé, autres moyens hautement mortels	5	1,8
Suicide confirmé, overdose de substance ou autres intoxications	2	0,7
Suicide confirmé, autres moyens	2	0,7
Suicide probable, overdose de substance ou autres intoxications	3	1,1
<b>Autres causes de la mort</b>	<b>15</b>	<b>5</b>
Surdose de substance accidentelle	5	1,8
Accidents	2	0,7
Mort naturelle, maladies cardio-vasculaires	3	1,1
Mort naturelle, autres maladies	2	0,7
Mort naturelle de causes inconnues	3	1,1

Ingrid Melle a expliqué qu'une « surdose accidentelle de substance » signifie la prise accidentelle d'une substance illégale, ou d'une substance trop forte, et que cela ne concerne pas les médicaments délivrés sur ordonnance. Si les informations sur les surdoses étaient ambiguës, elles ont été définies comme un suicide probable. C'était vraiment intéressant. Pourquoi 16 jeunes (6 %) se sont-ils suicidés en seulement 10 ans ? Et pourquoi les chercheurs n'ont-ils pas exploré cette information d'une importance vitale ? Nous ne pouvons pas conclure que c'est leur schizophrénie qui les a conduits au suicide. Il est plus probable que ce soient les médicaments qui leur ont été imposés, d'autres traitements forcés, des admissions involontaires dans des services psychiatriques, l'humiliation, la stigmatisation et la perte d'espoir, par exemple lorsqu'on dit aux patients que leur maladie est génétique, ou qu'elle peut être observée par un scanner cérébral, ou qu'elle dure toute la vie, ou qu'elle nécessite un traitement à vie avec des neuroleptiques. Je n'invente rien 4 . Tout cela arrive, et certains patients subissent la totalité de ceci. Il n'est pas étonnant qu'ils puissent se suicider quand il n'y a pas d'espoir.

*les-schizonaut.es.fr*

Les « surdoses accidentelles de substances » présentent également un intérêt. Le terme est un peu tragicomique car les patients avec schizophrénie sont généralement victimes d'une surdose de médicaments prescrits par leur médecin et s'ils prennent également une drogue illégale, il est rarement possible de dire que c'est la substance illégale qui les a tués et non les médicaments prescrits. Il peut s'agir de la combinaison, et cela

n'aurait peut-être pas eu lieu si le patient n'avait pas été forcé de prendre des neuroleptiques et d'autres médicaments dangereux, par exemple des pilules de dépression et des antiépileptiques, qui doublent tous deux le risque de suicide (voir chapitre 1).



Enfin, huit décès sont dus à des « causes naturelles ». Il n'est pas naturel pour une personne jeune de mourir. J'aurais aimé savoir en détail ce qui s'est passé. Il est peut-être “naturel” pour les psychiatres que des personnes jeunes meurent en psychiatrie, mais c'est parce que les psychiatres ignorent leur propre rôle dans ces morts. J'ai de nouveau écrit au Conseil norvégien de la recherche, en soulignant qu'Ingrid Melle m'avait dit que les données sur les causes de décès contenaient toutes les informations dont disposaient les médecins rédigeant les certificats de décès. J'ai demandé à voir ces informations, sous une forme anonyme. J'ai également fait remarquer que les neuroleptiques avaient été utilisés de manière libérale dans l'étude et que certains décès ou tous les décès pouvaient potentiellement avoir été causés par les médicaments que prenaient les patients, ce qui implique souvent une poly médication. J'ai trouvé curieux, vu le taux de mortalité très élevé de 12 % (voir tableau 2.1), que les auteurs n'aient pas discuté de savoir si les décès pouvaient avoir été causés par les médicaments et n'aient pas indiqué quels médicaments prenaient les patients. Enfin, j'ai noté qu'Ingrid Melle m'avait demandé : « Puisque vous écrivez avec un papier à en-tête du Centre Cochrane nordique, je suis curieuse de savoir si Cochrane a des projets dans ce domaine ? » J'ai noté que je ne comprenais pas la pertinence de cette question. Pourquoi n'utiliserais-je pas l'en-tête pour mon propre centre ?

*les-schizonantes.fr*

Je n'en ai plus entendu parler. Mais le commentaire inapproprié d'Ingrid Melle sur l'en-tête de mon centre, que j'ai utilisé dans toute ma correspondance officielle, semble avoir fait partie d'un effort concerté visant à me licencier de mes fonctions de directeur Cochrane 36

### ***Harcèlements de la part de psychiatres et de Cochrane***

Dans ma lettre aux 15 bailleurs de fonds, le dernier paragraphe était : « Vous pouvez considérer ceci comme une demande de liberté d'accès à l'information, ce qui signifie que si votre organisation ne dispose pas d'informations détaillées sur les décès de l'étude TIPS, nous attendons de votre organisation qu'elle obtienne ces informations auprès de Hegelstad et qu'elle nous les envoie. Tout autre moyen serait contraire à l'éthique, et nous sommes convaincus que les patients avec des troubles psychotiques sont d'accord avec nous (je suis parrain du Réseau de l'entente de voix au Danemark). » Cela semblait simple et direct, mais l'Institut Stanley de recherche médicale aux États-Unis ne m'a pas écrit. Au lieu de cela, le psychiatre Edwin Fuller Torrey, directeur associé de la recherche à l'Institut, s'est plaint de moi dans deux lettres adressées au PDG de la Collaboration Cochrane, le journaliste Mark Wilson, où il écrit, entre autres choses 36 : La crédibilité de la Collaboration Cochrane repose sur l'hypothèse de l'objectivité ... Cette objectivité semble

être très douteuse pour le Dr Peter C. Gøtzsche qui s'identifie comme directeur du Centre Cochrane nordique et comme parrain du Réseau de l'entente de voix au Danemark. Cette organisation promeut la croyance que les hallucinations auditives ne sont qu'une extrémité d'un spectre comportemental normal, jetant ainsi le doute sur l'existence réelle de la schizophrénie en tant que maladie, et que l'entente de voix est causée par des traumatismes dans l'enfance, ce pour quoi il n'existe pas de preuves solides. Compte tenu de ce manque évident d'objectivité, je ne trouverais personnellement aucune publication de Cochrane sur les maladies mentales crédible.

*les-schizonaut.es.fr*

Fuller Torrey a également écrit que le Réseau des entendeurs de voix encourageait les personnes qui prennent des neuroleptiques pour leur schizophrénie à arrêter de prendre leurs médicaments, et que « il est très difficile d'imaginer comment une personne ayant ces opinions pourrait être objective concernant une étude Cochrane sur les antipsychotiques, mettant ainsi en cause cette crédibilité qui est votre atout le plus important. »

C'était bizarre. Comment mon objectivité pouvait-elle être "très douteuse" alors que je me contentais de demander le nombre de décès et leurs causes ? En outre, contrairement aux affirmations de Torrey, il existe des preuves solides que la psychose soit liée aux traumatismes de l'enfance, avec une relation dose-réponse claire .

Fuller Torrey a également tiré la conclusion logiquement fautive que le fait que je sois parrain du Réseau de l'entente de voix impliquait qu'aucune publication de Cochrane sur les maladies mentales ne serait crédible. Il n'y a aucun lien entre ces deux assertions. Voici un extrait d'un commentaire que le Réseau m'a envoyé :

Nous nous opposons aux tentatives d'Edwin Fuller Torrey de discréditer le Mouvement de l'entente de voix pour alimenter son entreprise de discréditer le professeur Peter Gøtzsche. En 2016, nous avons invité Gøtzsche à parrainer le Réseau en raison de ses travaux de pionnier en matière de recherche psychiatrique. Nous sommes honorés de l'avoir comme parrain. Nous pensons que les commentaires de Torrey à Wilson concernant le fait que Gøtzsche soit notre parrain frisent le ridicule lorsqu'il tente de discréditer l'ensemble de la Collaboration Cochrane. Nous demandons à Fuller Torrey de cesser d'utiliser le Réseau comme un marchepied pour insulter un professeur respecté ainsi que la Collaboration Cochrane. Nous lui suggérons également d'envisager de s'excuser pour ses remarques irrespectueuses à l'égard des entendeurs de voix. La devise de la Collaboration Cochrane est Trusted evidence « Des données probantes », une devise que Mark Wilson nous avait tous demandé d'utiliser, y compris dans les en-têtes de courriers, comme si nous étions une compagnie pharmaceutique et non une organisation scientifique indépendante, enregistrée comme une organisation caritative.

Il a également exigé que nous utilisions des noms courts pour nos centres, ce qui a créé une grande confusion parmi les journalistes qui écrivaient souvent le Cochrane Nordic Centre, même si le nom de mon centre était le Nordic Cochrane Centre :

*les-schizonaut.es.fr*

Il a également exigé que nous utilisions des noms courts pour nos centres, ce qui a créé une grande confusion parmi les journalistes qui écrivaient souvent le Cochrane Nordic Centre, même si le nom de mon centre était le Nordic Cochrane Centre :



**Cochrane**  
| Nordic

Trusted evidence. Informed decisions. Better health.

**Nordic Cochrane Centre**

Rigshospitalet, Dept. 7811

Blegdamsvej 9

2100 Copenhagen Ø, Denmark

Tel: +45 35 45 71 12

E-mail: [general@cochrane.dk](mailto:general@cochrane.dk)

[www.nordic.cochrane.org](http://www.nordic.cochrane.org)

La devise de Cochrane est fortement trompeuse lorsqu'il s'agit d'examiner les médicaments psychiatriques. Comme je l'ai expliqué ci-dessus, on ne peut pas faire confiance à la plupart de ces revues systématiques. Ma critique du crime organisé de l'industrie pharmaceutique, des essais cliniques de médicaments psychiatriques et de la surconsommation des médicaments psychiatriques n'a jamais été populaire au siège de Cochrane après que Mark Wilson ait pris ses fonctions en 2012 et qu'il ait transformé un mouvement populaire idéaliste en une entreprise axée sur la marque et les ventes 36 . Les harcèlements de Wilson et de son adjoint à mon égard ont été particulièrement préjudiciables après que j'aie publié l'article à propos de dix mythes en psychiatrie qui sont préjudiciables pour les patients, en 2014 , et lorsque j'ai expliqué au BMJ « Journal médical britannique » en 2015 pourquoi le traitement à long terme avec des médicaments psychiatriques causait plus de mal que de bien . Mark Wilson a aussi exercé sa tyrannie à cette occasion. Au lieu de rejeter la plainte de Fuller Torrey, ce qui était la seule chose à faire, Wilson m'a écrit que j'avais enfreint la politique d'un porte-parole de Cochrane en utilisant l'en-tête de mon centre et mon titre et que cela conduirait raisonnablement tout lecteur à supposer que la demande émanait du Centre Cochrane nordique et que les opinions exprimées étaient celles du Centre. Wilson voulait s'excuser auprès de Torrey pour « toute confusion à cet égard ». Il est assez intéressant de constater comment un tyran eût voulu s'excuser auprès de l'autre tyran alors que la personne qui se trouvait entre les deux tyrans n'avait rien fait d'inapproprié .

Le coup monté était ridicule, et même l'avocat engagé par Cochrane n'a pas trouvé d'infraction à la politique, ni dans cette affaire, ni dans une autre affaire similaire qui concernait également la psychiatrie 36 , mais de telles bagatelles n'ont pas d'importance pour les personnes qui pratiquent l'intimidation. Il n'y avait pas de problème, mais Mark Wilson en a inventé un. Il était clair que la demande émanait du Centre, que j'étais autorisé, en tant que directeur, à parler au nom de mon Centre, et mon point de vue était même partagé par mon personnel. De plus, ma lettre n'était pas une annonce publique, mais une lettre à un bailleur de fonds. Personne ne pouvait être "confus".

L'avocat américain Ryan Horath a décrit cette farce de la manière suivante :

*Les dirigeants de Cochrane sont devenus obsédés par le fait que Gøtzsche ait utilisé le papier à en-tête du Centre Cochrane nordique pour 65envoyer cette demande. Et un très grand nombre de personnes semble partager cette obsession du comité ..*

*. MON DIEU, QU'EST-CE QUI NE VA PAS CHEZ VOUS ? Un chercheur s'interroge sur la suppression d'informations concernant des enfants morts lors d'un essai clinique et tout le monde s'inquiète de l'en-tête du papier sur lequel il écrit ? ... Pire encore, il est clair que l'indignation suscitée par l'utilisation du papier à en-tête Cochrane est feinte, car il s'agissait d'une lettre privée. Fuller Torrey était-il confus par rapport à l'idée que la lettre puisse représenter les vues de Cochrane ? Apparemment non... Au lieu de cela, Torrey a soutenu que Gøtzsche n'était pas "objectif" et que cela a porté atteinte à la réputation de Cochrane - ce qui est totalement différent... Ainsi, l'utilisation de cette plainte par la direction de Cochrane dans son cas était fallacieuse. La plainte porte sur une chose, et ils l'ont utilisée comme preuve d'une autre (fausse allégation). C'est ainsi que fonctionnent les tribunaux fantoches.*

*les-schizonautes.fr*

### **Quel est le bilan des neuroleptiques ?**

D'innombrables études sans fiabilité ont été concoctées pour fabriquer le conte de fées décrivant les neuroleptiques comme aidant les personnes à survivre à leur psychose. J'ai disséqué certaines d'entre elles dans mon précédent livre 4 . Elles présentent de sérieux défauts et les patients comparés - ceux qui prennent des neuroleptiques et ceux qui n'en prennent pas - ne sont pas comparables pour commencer. Un médecin finlandais en particulier, Jari Tiihonen, a publié une étude fallacieuse après l'autre . Ne prêtez aucune attention à ces études. Robert Whitaker m'a écrit un jour qu'il fallait une gymnastique mentale extraordinaire de la part des psychiatres pour conclure que ces médicaments, qui provoquent l'obésité, des dysfonctionnements métaboliques, le diabète, des dyskinésies tardives, des arythmies cardiaques mortelles, etc., puissent protéger contre la mort. De plus, comme nous l'avons déjà mentionné, les psychiatres enlèvent souvent aux patients l'espoir

de vivre un jour une vie normale. Pourquoi se soucier d'avoir un mode de vie sain, quand cette vie ne vaudra jamais la peine d'être vécue ? Ce ne sont pas seulement les neuroleptiques, souvent en combinaison avec de nombreux autres médicaments psychiatriques, qui tuent les patients, c'est la totalité de l'ensemble de ce que la psychiatrie leur dispense.

*Si les patients gravement perturbés ont besoin de quelque chose pour les calmer, les benzodiazépines sont beaucoup moins dangereuses et semblent même mieux fonctionner* . Lorsque j'ai demandé à des patients s'ils préféreraient une benzodiazépine ou un neuroleptique la prochaine fois qu'ils développeront une psychose et qu'ils sentiront qu'ils ont besoin d'un médicament, tous ont dit qu'ils préféreraient une benzodiazépine. Pourquoi ne l'obtiennent-ils pas alors ?

**1** Faites tout ce que vous pouvez pour éviter de vous faire traiter par un neuroleptique.

**2** Faites tout ce que vous pouvez pour éviter que des personnes qui vous sont chères ne soient traitées avec un neuroleptique.

**3** Si un médecin insiste, donnez-lui une copie de mon livre et dites-lui que vous le poursuivrez en justice si ce médecin vous ignore.

**4** Assurez-vous que vous pouvez documenter que vous avez averti le médecin, par exemple en enregistrant la conversation, en amenant un journaliste à la réunion ou en demandant un document écrit du médecin immédiatement, et non plus tard. Si les médecins ont des ennuis, ils nient souvent ce qui s'est passé, et ils peuvent même modifier les documents écrits ! .

*les-schizonautes.fr*