



# Kit de survie en santé mentale et sevrage des médicaments psychiatriques

Peter C. Gøtzsche

Institut pour la liberté scientifique

Peter C. Gøtzsche

**Kit de survie en santé mentale et  
sevrage des médicaments psychiatriques**

Institut pour la liberté scientifique

Traduit de l'anglais par Luc Thibaud

**Kit de survie en santé mentale et sevrage des médicaments psychiatriques**

© Peter C. Gøtzsche 2020

Couverture : l'auteur

ISBN : 978-87-972291-5-6

1. Edition, 1. Impression

Imprimé au Danemark 2020

Tous droits réservés. Aucune partie de cette publication ne peut être reproduite, transmise ou stockée dans un système de recherche documentaire, sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit, électronique, mécanique, par photocopie, enregistrement ou autre, sans l'autorisation préalable de l'éditeur.

Ce livre est vendu à la condition qu'il ne soit pas, à titre commercial ou autre, prêté, revendu, loué ou diffusé sans le consentement préalable de l'éditeur sous une forme de présentation autre que celle dans laquelle il est publié et sans qu'une condition similaire, y compris la présente condition, ne soit imposée à l'acheteur ultérieur.

Institut pour la liberté scientifique

Copenhague

[www.scientificfreedom.dk](http://www.scientificfreedom.dk)

# Contenu

Remerciements .....	5
Abréviations .....	5
1 Ce livre pourrait vous sauver la vie.....	6
La “carrière” psychiatrique d'une patiente .....	12
2 La psychiatrie est-elle fondée sur des preuves ? .....	19
Les diagnostics psychiatriques sont-ils spécifiques et fiables ? .....	24
Le kit de démarrage de la psychiatrie : les pilules de dépression.....	27
Les patients tombent-ils malades à cause d'un déséqui-libre chimique dans le cerveau ?.....	30
Les médicaments psychoactifs sont-ils spécifiques et en valent-ils la peine ?.....	37
Des essais faussés ont conduit les psychiatres à l'égarement .....	42
Suicides, autres décès et autres effets indésirables graves.....	52
Neuroleptiques .....	53
Pilules de dépression.....	67
Les pilules qui détruisent votre vie sexuelle sont appelées pilules du bonheur ...	77
Lithium.....	80
Médicaments antiépileptiques.....	82
Les pilules pour la construction sociale appelée TDAH.....	84
Les derniers clous dans le cercueil de la psychiatrie biologique .....	89
Fausses informations sur le sevrage émanant des psychiatres britanniques.....	100
L'utilisation des pilules de dépression chez les enfants a diminué de 41 %.....	110
Le « nombre de sujets à traiter » est fortement trompeur .....	112
Électrochocs .....	114
3 Psychothérapie.....	116
4 Se sevrer des médicaments psychiatriques.....	120
MIND Danemark ne veut pas aider les patients à se sevrer .....	127
La corporation des psychiatres ne veut pas aider les patients à se sevrer.....	131
La Collaboration Cochrane ne veut pas aider les patients à se sevrer .....	136
Guide pour le sevrage des médicaments .....	145

Personnes de soutien .....	149
Le comité d'éthique de la recherche a tué notre projet sur le sevrage .....	152
Conseils pour le sevrage .....	156
Liste des symptômes de sevrage que vous pourriez ressentir.....	165
Répartition des comprimés et des gélules .....	170
Les traitements forcés, une horrible violation des droits de l'homme .....	172
5 Kit de survie pour les jeunes psychiatres dans un système malade .....	177
Un débat lors de la réunion annuelle des jeunes psychiatres suédois .....	184
Les Autorités nationales de santé ne réagissent pas aux suicides d'enfants .....	187
Censure dans les revues médicales et les médias.....	189
Pas d'espoir pour la psychiatrie : suggestions pour un nouveau système .....	205
Témoignages de patients .....	208
Vidéos des conférences et des entretiens .....	218
À propos de l'auteur.....	219
Références .....	221
Index .....	242

## **Remerciements**

Je suis reconnaissant pour les milliers de courriels que j'ai reçus de patients et de parents décrivant les préjudices et les abus dont ils ont fait l'expérience en psychiatrie et pour les nombreuses interactions que j'ai eues avec des psychiatres, des psychologues, des pharmaciens et d'autres professionnels inspirants, dont Peter Breggin, Jane Bækgaard, James Davies, Magnus Hald, David Healy, Göran Högberg, Niall McLaren, Joanna Moncrieff, Luke Montagu, Klaus Munkholm, Peer Nielsen, Åsa Nilsson, John Read, Bertel Rüdinger, Olga Runciman, Kristian Sloth, Anders Sørensen, Sami Timimi, Birgit Toft et Robert Whitaker.

## **Abréviations**

CIM : Classification internationale des maladies

DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

EMA : Agence européenne des médicaments

FDA : Administration américaine des denrées alimentaires et des médicaments

ISRS : Inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine

IRSNa : Inhibiteur du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline

NICE : Institut national pour la santé et l'excellence des soins (Royaume-Uni)

OMS : Organisation mondiale de la santé

TDAH : Trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité

## 1 Ce livre pourrait vous sauver la vie

J'ai écrit ce livre pour aider les patients, et quand j'ai décidé de l'écrire, l'un de mes titres provisoires était *Écouter la voix des patients*. La plupart des personnes à qui j'ai parlé de questions de santé mentale, que ce soient ma famille, mes amis, mes collègues, mes partenaires sportifs, des cinéastes, des jardiniers, des agents d'entretien, des serveurs et des réceptionnistes d'hôtel, ont eu de mauvaises expériences avec la psychiatrie ou connaissent quelqu'un qui en a eu.

Venant d'une formation de spécialiste en médecine interne, ce qui est tout à fait différent, j'ai lentement compris à quel point la psychiatrie était néfaste. Il faut des années d'études approfondies pour découvrir que la psychiatrie fait beaucoup plus de mal que de bien<sup>1</sup>, et mes propres recherches ont contribué à le révéler.

Mes conclusions sont en étroite corrélation avec celles que le grand public a tirées de ses propres expériences. Une enquête menée auprès de 2031 australiens a montré que les gens pensaient que les médicaments de la dépression (aussi appelés antidépresseurs), les neuroleptiques (aussi appelés antipsychotiques), les électrochocs et l'admission dans un service de psychiatrie étaient plus souvent nocifs que bénéfiques<sup>2</sup>. Les psychiatres sociaux qui ont réalisé l'enquête étaient insatisfaits des réponses et ont fait valoir que les gens devraient être éduqués pour arriver à la "bonne opinion".

Au début de 1992, au Royaume-Uni, le Collège royal des psychiatres, en association avec le Collège royal des généralistes, a lancé une campagne de cinq ans intitulée *Campagne pour vaincre la dépression*<sup>3</sup>. Son objectif était d'informer le public sur la dépression et son traitement afin d'encourager la recherche précoce d'un traitement et de réduire la stigmatisation. Les activités de la campagne comprenaient des articles de journaux et de magazines, des interviews à la télévision et à la radio, des conférences de presse, la production de dépliants, de fiches d'information dans la langue des minorités ethniques, des cassettes audio, une vidéo d'auto-assistance et deux livres<sup>4</sup>. Lorsque 2003 personnes profanes ont été interrogées juste avant le lancement de la campagne, 91 % ont estimé que les gens souffrant de dépression devraient se voir proposer des services de conseil ; 16 % seulement ont pensé qu'il faudrait leur proposer les pilules

contre la dépression ; 46 % seulement ont déclaré que celles-ci étaient efficaces ; et 78 % d'entre eux considèrent ces médicaments comme addictifs<sup>3</sup>. L'opinion des psychiatres sur ces réponses était la suivante : « Les médecins ont un rôle important à jouer dans l'éducation du public sur la dépression et la raison d'être du traitement antidépresseur. En particulier, les patients devraient savoir que la dépendance n'est pas un problème avec les antidépresseurs ».

Lorsqu'on lui a demandé pourquoi les collègues avaient accepté les dons de tous les principaux fabricants de médicaments de la dépression de type ISRS pour la campagne, le président du Collège royal des psychiatres, Robert Kendall, a reconnu que « l'une des principales raisons de ces dons était l'espoir qu'une reconnaissance accrue des maladies dépressives, tant par le grand public que par les médecins généralistes, entraînerait une augmentation des ventes de ces médicaments »<sup>5</sup>. Il n'a pas précisé quelles étaient les autres principales raisons des sociétés. Je doute qu'il y en ait eu. L'argent est la seule motivation des compagnies pharmaceutiques.

Les psychiatres se sont lancés dans leur campagne de rééducation. Mais les gens n'ont pas été facilement convaincus qu'ils avaient tort. Un document de 1998 a rapporté que les changements d'opinion n'étaient que de l'ordre de 5 à 10 % et que les pilules de dépression étaient toujours considérées comme addictives et moins efficaces que le conseil<sup>4</sup>. Il est intéressant de noter que 81 % des personnes profanes sont d'accord avec l'affirmation que « la dépression est une condition médicale comme les autres maladies » et 43 % attribuent la dépression à des changements biologiques dans le cerveau, mais la plupart des personnes l'attribuent néanmoins à des causes sociales comme le deuil (83 %), le chômage (83 %), les problèmes financiers (82 %), le stress (83 %), la solitude / l'isolement (79 %) et le divorce / la fin d'une relation (83 %)<sup>4</sup>. Quelque chose ne collait pas.

Selon mon interprétation, en dépit des affirmations faites depuis de nombreuses années, et même bien avant 1992<sup>1</sup>, selon lesquelles les troubles psychiatriques sont causés par des déséquilibres chimiques dans le cerveau, le public n'est pas aussi enclin à accepter cette idée fausse.

En 2005, des psychiatres danois ont rapporté ce que 493 patients leur avaient dit à propos de leur traitement par les pilules de la dépression<sup>6</sup>. Environ la moitié des patients a reconnu que le traitement pouvait modifier

leur personnalité et qu'ils avaient moins de contrôle sur leurs pensées et leurs sentiments. Pour les quatre cinquièmes d'entre eux, pour autant qu'ils prenaient les médicaments, ils ne savaient pas vraiment s'ils leur étaient nécessaires, et 56 % étaient d'accord avec l'affirmation suivante : « Votre corps peut devenir dépendant des antidépresseurs ». Les psychiatres ont refusé catégoriquement de croire ce que les patients leur avaient dit, ce qu'ils considéraient comme faux, et ils les ont traités d'ignorants. Ils ont également estimé que les patients avaient besoin d'une "psychoéducation". Le problème avec ceci était que leurs proches partageaient aussi l'opinion des patients.

"L'éducation du public" et la "psychoéducation" destinées à leur permettre d'arriver à la "bonne opinion" est ce que nous appelons normalement un lavage de cerveau. Surtout lorsque les patients et le public ont exprimé davantage que de simples opinions ; ils ont tiré des conclusions basées sur leur propre expérience et celle des autres.

Ce n'est pas seulement dans la recherche que les psychiatres rejettent ce que leurs patients leur disent, ils le font aussi en pratique clinique. Souvent, ils n'écoutent pas ou ne posent pas les questions appropriées sur le vécu et les antécédents de leurs patients et ne découvrent donc pas que les symptômes actuels sont très probablement causés par un traumatisme ou un stress grave, et non par un quelconque "trouble psychiatrique".

Veillez noter que lorsque je généralise, bien sûr cela ne s'applique pas à tout le monde. Certains psychiatres sont excellents, mais ils sont une petite minorité. Il n'est pas étonnant que l'enquête britannique préalable à la campagne ait révélé que « le mot psychiatre avait une connotation de stigmatisation et même de peur »<sup>3</sup>. Cela est compréhensible, étant donné que les médicaments psychiatriques tuent des centaines de milliers de personnes chaque année et en handicapent des millions, physiquement et mentalement<sup>1</sup>.

Le terme "survivant de la psychiatrie" dit tout en deux mots. Dans aucune autre spécialité médicale, les patients ne s'appellent eux-mêmes des survivants dans le sens où ils ont survécu *malgré leur* exposition à cette spécialité. Ceux-là se sont battus pour sortir d'un système qui est rarement utile, et que de nombreux survivants ont décrit comme un emprisonnement psychiatrique, ou bien un dispositif qui posséderait une porte d'entrée, mais aucune porte de sortie.

Dans d'autres spécialités médicales, les patients sont reconnaissants d'avoir survécu *grâce aux* traitements que leurs médecins leur ont administrés. Nous n'avons jamais entendu parler d'un survivant de la cardiologie ou d'un survivant d'un service de maladies infectieuses. Si vous avez survécu à une crise cardiaque, vous n'êtes pas tenté de faire le contraire de ce que votre médecin vous recommande. En psychiatrie, vous risquez de mourir si vous faites comme votre médecin vous dit.

De nombreux survivants de la psychiatrie ont décrit comment la psychiatrie, avec son usage excessif de médicaments nocifs et inefficaces, leur avait volé 10 ou 15 ans de leur vie, avant qu'ils ne se décident un jour à reprendre à leur psychiatre la responsabilité de leur vie ; ils découvrent alors combien la vie est meilleure sans médicaments. Ils disent souvent que ce qui les a réveillés, c'est la lecture de certains des livres sur la psychiatrie par les psychiatres David Healy, Peter Breggin ou Joanna Moncrieff, par le journaliste scientifique Robert Whitaker ou par moi-même.

On trouve des milliers d'histoires personnelles de survivants de la psychiatrie sur Internet, par exemple sur le site [survivingantidepressants.org](http://survivingantidepressants.org). Dans beaucoup d'entre elles, les gens expliquent comment ils se sont sevrés des médicaments psychiatriques, un par un, souvent contre l'avis de leur médecin et souvent avec beaucoup de difficultés, parce que les médicaments les avaient rendus dépendants et parce que la profession psychiatrique avait totalement échoué à leur fournir des conseils appropriés sur la manière de faire le sevrage. Non seulement les psychiatres n'ont pas voulu s'attaquer à cet immense problème, mais ils ont activement nié son existence, comme vous venez de le voir et comme vous le verrez encore bien davantage dans ce livre.

Les difficultés de santé mentale vous empêchent de vivre pleinement votre vie et elles continuent à perturber votre psychisme. Tous les patients devraient se voir proposer une psychothérapie, ce que 75 % d'entre eux souhaite également<sup>7</sup>. Pourtant ce n'est pas ce qu'ils obtiennent, et cela montre une fois de plus que la profession psychiatrique n'écoute pas ses patients. Une large enquête américaine sur les personnes avec une dépression a montré que 87 % d'entre elles avaient reçu une prescription de pilules de la dépression, tandis que 23 % s'étaient engagées dans une psychothérapie, et 14 % avaient reçu des anxiolytiques, 7 % des neurolep-

tiques et 5 % des “stabilisateurs de l’humeur” (cette expression est un euphémisme que les psychiatres n'ont jamais défini, mais cela désigne généralement les médicaments antiépileptiques et le lithium, dont l'effet principal est de sédater les personnes)<sup>8</sup>.

La plupart des gens ont des soucis de santé mentale de temps en temps, tout comme ils ont des soucis de santé physique. Il n'y a rien d'anormal à cela.

Tout au long de ce livre, je donnerai des conseils basés sur des preuves scientifiques, des conseils dont j'ai de bonnes raisons de croire qu'ils conduiront à de meilleurs résultats que si vous les ignoriez. Mais veuillez noter que quoi que vous fassiez et quel que soit le résultat, vous ne pouvez pas me tenir pour responsable. Les informations que je fournis ne remplaceront pas les consultations avec les professionnels de santé, mais elles pourront vous outiller afin d'y engager des discussions sérieuses et informées ou bien de décider de prendre en charge ces questions par vous-même.

Je commencerai par un petit conseil dont je donnerai le contexte dans la suite du livre :

1 ATTENTION ! Les médicaments psychiatriques créent des dépendances. Ne les arrêtez jamais brusquement car les réactions de sevrage peuvent être constituées de graves symptômes émotionnels et physiques qui peuvent être dangereux et conduire au suicide, à la violence et à l'homicide.<sup>1</sup>

2 Si vous avez un souci de santé mentale, ne consultez pas un psychiatre. C'est trop dangereux et cela pourrait s'avérer être la plus grosse erreur que vous ayez faite de toute votre vie.<sup>9</sup>

3 Ne croyez pas ce qu'on vous dit sur les troubles psychiatriques ni sur les médicaments psychiatriques. Il est très probable que cela soit faux.<sup>1</sup>

4 Croyez en vous-même. Vous avez probablement raison, et votre médecin a tort. N'ignorez pas vos intuitions ou vos sentiments. Vous pouvez facilement vous égarer si vous n'avez pas confiance en vous.<sup>10</sup>

5 Ne laissez jamais les autres assumer la responsabilité de votre vie. Gardez le contrôle et posez des questions.

6 Votre conjoint ou parent peuvent être votre meilleur ami ou votre pire ennemi. Ils peuvent croire ce que les médecins leur disent et peuvent même voir leur propre avantage à vous maintenir sous médicament.

Beaucoup d'histoires que j'ai reçues de patients ont un thème commun. Les patients n'avaient aucune idée à quel point c'est dangereux de devenir un patient psychiatrique ; ils ont fait confiance à leurs médecins et ils ont volontiers suivi leurs conseils, jusqu'à ce qu'ils découvrent des années plus tard que leur vie en avait été ruinée.

Ce qui est particulièrement diabolique, c'est que la détérioration psychologique et physique se produit souvent progressivement, et elle passe donc inaperçue ; c'est un peu comme si votre champ de vision se rétrécissait, ce que vous ne découvrez pas avant qu'un jour un ami se demande pourquoi vous ne pouvez pas lire un panneau de signalisation près de vous. Les patients peuvent même se trouver reconnaissants pour les médicaments qu'ils ont reçus, même quand il peut paraître évident à d'autres personnes qu'ils en ont subi préjudice.

La détérioration graduelle et inaperçue n'est pas le seul problème. Un cerveau sous influence chimique perd éventuellement la capacité de s'auto-évaluer. Lorsque le cerveau est engourdi par des substances psychoactives, les patients peuvent ignorer qu'ils ne peuvent plus penser clairement ni s'évaluer eux-mêmes. Ce manque de lucidité vis-à-vis des sentiments, des pensées et des comportements s'appelle *medication spellbinding* « l'envoûtement par les médicaments »<sup>11,12</sup>. Cet envoûtement médicamenteux est généralement ignoré, tant par les patients que par leurs médecins, ce qui est surprenant car nous savons tous que les personnes qui ont trop bu ne peuvent pas juger de leur capacité à conduire.

Voici l'histoire d'une patiente qui illustre de nombreux problèmes communément rencontrés.

## La “carrière” psychiatrique d'une patiente

En novembre 2019, j'ai reçu un témoignage exceptionnel de Stine Toft, une patiente danoise que j'ai rencontrée lorsque j'ai donné une conférence pour une organisation de proches de patients psychiatriques qui s'appelle « Une meilleure psychiatrie »<sup>13</sup>.

Stine a subi de sévères préjudices dus aux médicaments psychiatriques ; sa vie a été mise en danger ; et elle a souffert d'une période de sevrage atroce parce qu'elle n'avait pas reçu les conseils nécessaires. Mais elle se porte bien aujourd'hui, à 44 ans.

Stine a donné naissance à sa deuxième fille en 2002, après avoir traversé une période difficile au cours de « toutes sortes d'essais et de traitements hormonaux ». Dans les suites, elle ne se sentait pas bien. Elle avait peur de perdre sa fille et de ne pas être capable de la protéger convenablement. Son médecin lui a diagnostiqué une dépression, et on lui a dit que c'était parfaitement normal et qu'elle devait simplement prendre de l'Effexor (venlafaxine, une pilule de dépression) afin que son cerveau fonctionne à nouveau ; et cela, peut-être pour le restant de sa vie, mais au moins pendant cinq ans.

Sa vie en a été changée de manière significative. Elle a pris 50 kg et elle a connu plusieurs épisodes bizarres qu'elle ne comprenait pas. Une fois, elle a voulu creuser un bac à sable pour ses enfants, mais elle a fini par enfouir un trampoline entier à 70 cm dans le sol en enlevant sept mètres cubes de terre à la pelle. Elle a également abattu un mur de la cuisine sans prévenir et sans être un artisan en aucune façon, car elle pensait que la famille avait besoin d'une cuisine améliorée qui soit adaptée à la conversation. Un jour, au cours d'un processus d'orientation professionnelle, elle a dit au conseiller en emploi qu'elle voulait devenir avocate, même si elle est dyslexique et qu'elle n'aurait jamais pu y parvenir.

Stine a revu un psychiatre, et 15 minutes plus tard, son cas était clair : elle était devenue bipolaire. Elle a été envoyée en psychoéducation et on lui a dit que son état durerait certainement pour le restant de sa vie. Elle a été formée à la manière de remarquer les moindres détails qui confirment qu'elle est malade, et on a veillé tout particulièrement à ce qu'elle prenne ses médicaments.

« Ils sont parvenus à instiller en moi une peur énorme », écrit Stine, et elle s'est alors identifiée clairement à une personne malade qui devait aborder la vie d'une façon particulière afin de survivre.

Le temps a passé et elle a fini par quitter son époux de 15 ans. En 2013, elle a rencontré son mari actuel, et il lui a demandé assez rapidement « en quoi consiste exactement cette maladie », car il ne la voyait pas. Au bout d'un an et demi, elle a accédé à sa demande et accepté de faire un petit essai avec un sevrage mesuré des médicaments. Il en était content, car il avait pu voir quelle catastrophe c'était quand elle oubliait de prendre ses médicaments. Une fois, elle a gâché la visite d'un parc d'attractions d'été parce qu'elle avait oublié d'emporter ses médicaments. Au fil de la journée, son état s'est aggravé avec des maux de tête et des vomissements ; elle était confuse et voulait seulement s'allonger et dormir, et ce, jusqu'à ce qu'elle ait repris les médicaments.

Sa liste de médicaments comprenait l'Effexor, qui a ensuite été remplacé par le Cymbalta (duloxétine), la lamotrigine et le Lyrica (prégabaline), deux antiépileptiques, et le Seroquel (quétiapine, un neuroleptique). De plus, on lui a donné des médicaments par rapport aux effets indésirables de ceux-ci et au trouble métabolique.

C'est un cocktail dangereux. Les antidépresseurs doublent le risque de suicide, non seulement chez les enfants mais aussi chez les adultes<sup>1,14-18</sup>, les antiépileptiques doublent aussi le risque de suicide<sup>19</sup>, et aussi bien les pilules de dépression que les antiépileptiques peuvent rendre une personne maniaque<sup>18,19</sup> ; c'est ce qui lui est arrivé et cela a entraîné le diagnostic erroné selon lequel elle était devenue bipolaire.

Le processus de sevrage lui a pris deux ans et demi, son mari l'aidant du mieux qu'il pouvait à rendre le processus aussi doux que possible. Ils ne l'ont pas compris à l'époque, mais en cours de route, les époux ont découvert ce que signifiait la courbe de saturation des récepteurs, à savoir qu'il faut réduire la dose de moins en moins au fur et à mesure qu'on l'a déjà abaissée. Très peu de médecins en sont conscients<sup>20</sup> et la plupart des recommandations officielles sont carrément dangereuses, par exemple, elles peuvent dire que vous devrez réduire la dose de 50 % toutes les deux semaines lorsque vous diminuez peu à peu votre antidépresseur<sup>21</sup>. En suivant cela, après deux réductions, vous n'en seriez plus qu'à 25 % de la

dose de départ, ce qui représente une baisse beaucoup trop rapide pour la plupart des patients.

La vie de Stine était en danger. Elle était mortellement terrifiée à l'idée que cela ne se termine mal et elle pensait souvent à abandonner. Elle a introduit plusieurs pauses dans le processus. Les pensées suicidaires étaient extrêmement pressantes pendant cette période où elle réduisait les doses peu à peu, car le vécu du sevrage lui était absolument horrible.

De façon inexplicable, Stine avait accepté le fait qu'elle détestait manifestement la vie et voulait y mettre un terme. Elle est, en dehors de cela, une personne énergique qui aime la vie ; elle n'avait jamais eu de pensées suicidaires avant de commencer à prendre les médicaments, elle n'en eut jamais plus après les avoir arrêtés. Mais son processus de sevrage était une affaire complètement "dingue", et elle s'est souvent demandé si mettre fin à sa propre vie ne serait pas un choix plus humain.

Pendant le sevrage, elle a eu des expériences "carrément bizarres". En positif, elle a pris sur elle à plusieurs reprises de simplement écouter la nature et les oiseaux. Ce fut une expérience très forte, car elle ne se souvenait pas de la dernière fois qu'elle avait vécu cela pendant les années où elle était "droguée". Un peu plus tristes étaient les autres symptômes qui sont apparus pendant le sevrage. Les symptômes d'abstinence comprenaient des chutes brutales de l'humeur qui pouvaient facilement être interprétées comme une dépression, et pendant le sevrage du Lyrica, elle était anxieuse et ressentait la vie comme insupportable. Un matin, au bain, elle s'est mise à pleurer, car le simple fait de sentir l'eau sur son corps était quelque chose qu'elle n'avait pas remarqué depuis de nombreuses années.

À ce moment-là, elle a pris connaissance de deux de mes livres sur la psychiatrie<sup>1,22</sup> et elle a réalisé que tout ce qu'elle avait vécu était bien connu et parfaitement normal. Ce fut vraiment choquant pour elle de lire comment c'est pratique courante d'exposer les patients à l'enfer qu'elle avait traversé, mais ce fut aussi libérateur de découvrir que c'était normal, qu'elle n'était probablement pas malade et qu'il n'y avait rien qui n'allât pas chez elle.

Vers la fin du sevrage, elle a vécu une expérience étrange où, pendant environ six mois, elle a été presque tordue dans son corps. Elle avait constamment la sensation de basculer vers la gauche et elle avait du mal à

marcher droit. Pendant plusieurs périodes, d'autres groupes musculaires ont montré des défaillances. Une fois, elle a joué à ce jeu où l'on lance un bâton vers des blocs en bois, mais sa main n'a pas relâché le bâton.

Après son sevrage des médicaments, les choses ont commencé à s'améliorer et elle a voulu travailler à nouveau, même si elle était restée hors du marché du travail pendant de nombreuses années et touchait une pension d'invalidité. Elle avait prévu de passer un permis de conduire professionnel et de conduire un taxi, mais « Oh non, oh non ! Il y a eu un grand non venant de la police ». Ils lui ont envoyé une lettre indiquant que son permis de conduire était limité dans le temps et qu'elle devrait fournir tous les deux ans des documents prouvant qu'elle n'était pas malade.

« Le fait qu'ils aient choisi de poser un diagnostic supplémentaire sur quelqu'un qui est sous pilules de dépression est tout à fait choquant » a-t-elle écrit. « Aujourd'hui, je dois renouveler mon permis de conduire tous les deux ans pour cette raison. Mais vous n'imaginez pas combien il était difficile d'éviter qu'on ne me le retire complètement. Quand je me suis adressée à la psychiatrie pour répondre aux demandes de la police, ils ont d'abord refusé de me voir - parce que j'étais bien. Je n'ai donc pas pu obtenir leur aide pour prouver que je n'étais pas malade et donc apte à conduire. Après une pression intense de ma part, mon propre médecin les a finalement persuadés de m'accorder un entretien et de faire une déclaration, dans laquelle il est noté sèchement que ma "maladie" n'était pas active. J'aurais pu les étrangler, car cela signifie que je suis toujours malade et, aux yeux de la police, une personne qui doit être surveillée dans le futur ».

Stine est en total désaccord avec le diagnostic bipolaire. Elle n'a jamais eu d'épisodes maniaques avant de commencer à prendre le médicament, et n'en a jamais eu après l'avoir arrêté. Mais le diagnostic lui colle à la peau pour le restant de sa vie, alors qu'il est bien connu que les pilules de dépression peuvent déclencher une manie et ainsi amener les psychiatres à faire un mauvais diagnostic, en confondant les effets indésirables du médicament avec une nouvelle maladie.

C'est une faute médicale que de poser un nouveau diagnostic, comme s'il y avait un problème chez le patient, alors que la condition pourrait être un effet indésirable causé par le médicament. Les psychiatres font cela tout le temps.

Stine Toft a abandonné l'idée de devenir chauffeur de taxi. Elle est devenue coach et a poursuivi ses études pour devenir psychothérapeute. Elle travaille avec de nombreuses personnes différentes et aide les patients à diminuer leurs pilules de dépression, avec beaucoup de succès. Ils se réapproprient leur vie et la voient aller de l'avant. Elle sait qu'il est important de les soutenir lorsqu'ils font le sevrage afin qu'ils ne soient pas confrontés aux mêmes difficultés qu'elle-même a connues. Leurs interrogations et leurs craintes sont nombreuses, et beaucoup de personnes ont du mal à se définir elles-mêmes si elles ne sont plus malades. Combiner la diminution progressive des doses et la thérapie semble avoir un effet extrêmement bénéfique.

Il est difficile de convaincre les personnes qu'arrêter leurs médicaments soit une bonne idée. Beaucoup y croient passionnément, parce qu'on leur a dit qu'ils étaient malades, et il y a souvent une forte pression de la part de leurs proches. Stine a elle-même fait l'expérience de ce que signifie être seule face au sevrage. Aujourd'hui, elle ne voit plus sa famille. Ils ont maintenu le narratif selon lequel elle était malade et avait seulement besoin de prendre ses médicaments. Cette opinion erronée est nourrie par le fait que les trois quarts des sites web prétendent à tort, encore aujourd'hui, que les personnes tombent malades de dépression à cause d'un déséquilibre chimique dans leur cerveau (voir ci-dessous)<sup>23</sup>. Si vous croyez à cette idée fautive, vous croyez aussi que vous ne pourrez pas vous passer des médicaments.

Il y a quelques années, Stine a acheté le nom de domaine [medicin-fri.dk](http://medicin-fri.dk) ([medicine-free.dk](http://medicine-free.dk)) parce qu'elle voulait fournir des informations sur la prise de médicaments et leurs méfaits, en coopération avec d'autres personnes, et aussi fournir une aide et un soutien pour le sevrage.

Trop peu de gens connaissent les difficultés rencontrées au cours du sevrage, trop peu en ont seulement entendu parler. Stine veut changer cela

et elle veut s'assurer de ne pas donner de conseils ni d'informations erronés. Elle m'a donc écrit et m'a demandé si je connaissais d'autres personnes qui souhaiteraient rejoindre un réseau organisé sur ces questions.

En plus de son travail quotidien avec ses clients, Stine donne des conférences, mais elle trouve que c'est difficile d'être "autorisée" à faire passer le message. Elle a donné des conférences sur la bipolarité pour la Psychiatrie dans la Région de la capitale, ce qui était facile, car tout le monde veut voir une personne malade et écouter son histoire. Mais un exemple de réussite qui remette le système en question n'est pas intéressant.

Stine s'est passionnée pour changer les choses et elle a, par exemple, créé plusieurs groupes d'entraide, donné des conférences pour l'association Dépression, fait du bénévolat pour la Croix-Rouge, créé des groupes pour les personnes seules et encadré des jeunes gens.

Elle a suggéré à l'organisation Une meilleure psychiatrie, dans sa ville natale, de m'inviter à donner des conférences. Ils ne savaient pas qui j'étais, et la présidente a introduit la réunion en disant que ce serait probablement bien si davantage d'argent était alloué à la psychiatrie. J'ai commencé ma conférence en disant que je n'étais pas sûre que ce soit une bonne idée. Si davantage d'argent était alloué, encore plus de diagnostics seraient faits, encore plus de médicaments seraient utilisés, et encore plus de personnes se retrouveraient avec une pension d'invalidité parce qu'elles ne peuvent pas fonctionner lorsqu'elles sont sous médicament<sup>4</sup> tine veut faire une conférence sur le thème Survivre à la psychiatrie. Elle trouve bouleversant de vivre une vie qui, après tant d'années sous traitement, lui semblait complètement hors de portée. Bien que sa vie passée ait été « stupidement gérée par divers psychiatres et autres médecins bien intentionnés », elle ne veut pas la gâcher en demandant l'accès à ses dossiers médicaux. Elle préfère se tourner vers l'avenir et informer les autres, par le biais de sites web et de conférences, combien il est préjudiciable de devenir médiqué aveuglément - souvent sans aucune raison.

Stine est convaincue que pratiquement aucune des expériences étranges qu'elle a vécues pendant les 14 années où elle a été placée sous médicaments ne se serait produites, si elle n'avait pas reçu ces médicaments. Sa mémoire en a souffert un coup sévère, mais elle est en voie d'amélioration.

Elle ne peut pas comprendre pourquoi ses médecins n'ont pas arrêté les médicaments. Rien ne pouvait justifier sa prise de poids massive, et même lorsqu'elle a pris de 70 à 120 kg, les médecins n'ont pas réagi, excepté en lui donnant des médicaments qui accroissent le métabolisme, ce qui était « complètement incompréhensible ... extrêmement handicapant de toutes les manières imaginables et en soi presque quelque chose de suffisant pour donner un diagnostic de dépression, car c'était une affaire désolante que d'exposer son corps à cela. »

Stine considère que le système est sans espoir. La surconsommation colossale de médicaments psychoactifs produit des patients chroniques, souvent sur la base de problèmes temporaires<sup>24</sup>, comme je l'expliquerai ci-après.

## 2 La psychiatrie est-elle fondée sur des preuves ?

La psychiatrie était en crise aux États-Unis au milieu du siècle dernier parce que les psychologues étaient davantage populaires que les psychiatres<sup>1</sup>. La corporation des psychiatres a donc décidé de faire de la psychiatrie une spécialité médicale, ce qui ferait ressembler les psychiatres à de vrais médecins et les distinguerait des psychologues qui n'étaient pas autorisés à prescrire des médicaments.

Depuis cela et de façon constante, la propagande massive, la tromperie, la manipulation des données de recherche, la dissimulation des suicides et autres décès, et les mensonges dans le marketing des médicaments ont pavé la voie à l'illusion que la psychiatrie serait une discipline respectable qui fournirait des médicaments guérissant les patients<sup>1-4</sup>.

Comme expliqué dans le premier chapitre, les “clients”, c'est-à-dire les patients et leurs proches, ne sont pas d'accord avec les vendeurs. Lorsque c'est le cas, les prestataires sont généralement prompts à changer leurs produits ou services, mais cela n'arrive pas en psychiatrie, qui a le monopole du traitement des patients souffrant de problèmes de santé mentale, avec les médecins de famille comme vendeurs de première ligne complaisants, ne posant pas de questions gênantes sur ce qu'ils vendent.

Le généraliste est le point d'entrée en psychiatrie pour la plupart des gens. C'est là que s'adressent les personnes tristes, inquiètes, stressées ou épuisées, pour parler de leurs symptômes. Le médecin s'alloue rarement le temps nécessaire pour s'enquérir des événements qui ont amené le patient à se retrouver dans cette situation. La consultation se termine souvent après quelques minutes par un diagnostic, qui peut ne pas être correct, et la prescription d'un ou plusieurs médicaments psychiatriques. Pourtant la thérapie par la parole aurait pu être meilleure. Une étude menée aux États-Unis a montré que plus de la moitié des médecins rédigeaient des ordonnances après avoir discuté de la dépression avec les patients pendant trois minutes ou moins<sup>5</sup>.

Vous pouvez obtenir un médicament psychiatrique même s'il n'y a pas de raison valable pour vous le prescrire, par exemple un médicament de la dépression pour des cas d'insomnie, de difficultés scolaires, d'anxiété aux examens, de harcèlement au travail, de violence conjugale, de rupture avec

un petit ami, de deuil, de difficultés économiques ou de divorce. Cela est également fréquent si vous consultez un psychiatre.

Contrairement à d'autres spécialités médicales, la psychiatrie repose sur un certain nombre de mythes, qui ont été dénoncés de façon si solide par la bonne recherche, qu'il convient de les appeler des mensonges. Je vous mets donc à nouveau en garde. La plupart de ce qu'on vous a dit ou que vous entendrez un jour sur la psychiatrie, les médicaments psychiatriques, les électrochocs, les hospitalisations et les traitements forcés, est faux. Cela a été documenté dans de nombreux articles et livres de recherche scientifique<sup>1-11</sup>.

Voici quelques conseils d'ordre général, qui, si vous les appliquez, donneront de meilleurs résultats que s'ils étaient ignorés :

1 Il est rarement judicieux de consulter un généraliste si vous avez une question de santé mentale. Comme les médecins sont formés à la prescription de médicaments, vous en subirez le plus vraisemblablement des dommages. Si ce n'est pas sur le court terme, alors ce sera sur le long terme.

2 Si vous obtenez une ordonnance de votre généraliste pour un médicament psychiatrique, n'allez pas à la pharmacie.

3 Trouvez quelqu'un qui soit doué pour la thérapie par la parole, par exemple un psychologue. Si vous ne pouvez pas vous le permettre ou si la liste d'attente est longue, rappelez-vous qu'il est généralement préférable de ne rien faire plutôt que de consulter votre médecin.

4 Demandez-vous si vous avez besoin d'un conseiller social ou d'un avocat. Les médecins ne peuvent pas vous aider par rapport à votre mariage qui est brisé, par exemple, et les médicaments ne vous aideront pas non plus.

Examinons de plus près ce qui ne va pas dans la psychiatrie actuelle. Les psychiatres affirment que leur spécialité repose sur le modèle biopsychosocial de la maladie qui prend en compte la biologie, la

psychologie et les facteurs socio-environnementaux lorsqu'il s'agit d'expliquer pourquoi les personnes tombent malades.

La réalité est très largement différente. La psychiatrie biologique est le modèle de maladie prédominant depuis que le président de la Société américaine de psychiatrie biologique, Harold Himwich, a émis en 1955 l'idée totalement absurde que les neuroleptiques agiraient comme l'insuline sur le diabète<sup>9</sup>.

Il semble même que la situation s'aggrave. Il y a quinze ans, certains porte-paroles de la psychiatrie étaient davantage préoccupés que les chefs de file d'aujourd'hui par les dangers d'une trop grande proximité avec l'industrie pharmaceutique. Steven Sharfstein, président de l'Association américaine de psychiatrie, a écrit en 2005 :

« En abordant ces questions des grandes sociétés pharmaceutiques, nous devons examiner le fait qu'en tant que profession, nous avons permis au modèle biopsychosocial de devenir le modèle bio-bio-bio ... Les représentants des compagnies pharmaceutiques qui apportent des cadeaux sont des visiteurs fréquents dans les cabinets et les salles de consultation des psychiatres. Nous devrions avoir la sagesse et la distance nécessaires pour appeler ces cadeaux ce qu'ils sont : des pots-de-vin et des dessous-de-table ... Si nous sommes considérés comme de simples vendeurs de pilules et comme les employés de l'industrie pharmaceutique, notre crédibilité en tant que profession est compromise »<sup>12</sup>.

D'autres déclarations ont été moins heureuses : « Les compagnies pharmaceutiques ont développé et mis sur le marché des médicaments qui ont transformé la vie de millions de patients psychiatriques. » Certes, mais pas pour le mieux.

« L'efficacité prouvée des médicaments antidépresseurs, stabilisateurs de l'humeur et antipsychotiques a permis de sensibiliser le public à la réalité des maladies mentales et de lui apprendre que le traitement fonctionne. De cette manière, les grandes entreprises pharmaceutiques ont contribué à réduire la stigmatisation associée aux traitements psychiatriques et aux psychiatres. »

Les traitements n'ont pas d'effets qui en valent la peine, surtout si l'on tient compte de leurs effets indésirables, et la stigmatisation en est accrue<sup>4</sup>. Mais c'est ainsi que les porte-paroles de la psychiatrie trompent les gens. Une revue systématique de 33 études a révélé que les attributions causales

biogénétiques n'étaient pas associées à des attitudes plus tolérantes ; elles étaient liées à un rejet plus fort dans la plupart des études examinant la schizophrénie<sup>13</sup>. Les pseudo-explications biologiques augmentent la dangerosité perçue, la peur et le désir de s'éloigner des patients avec schizophrénie parce qu'elles font croire aux gens que les patients sont imprévisibles<sup>13-15</sup>; elles entraînent également une moindre empathie de la part des cliniciens ainsi que l'exclusion sociale<sup>17</sup>.

Le modèle biologique génère un pessimisme excessif quant aux chances de guérison et réduit les efforts de changement, par rapport à une explication psychosociale. De nombreux patients décrivent la discrimination comme étant plus durable et handicapante que la psychose elle-même, et comme un obstacle majeur au rétablissement<sup>14,15</sup>. Les patients et leurs familles sont davantage stigmatisés et discriminés par les professionnels de la santé mentale que par tout autre secteur de la société, et plus de 80 % des personnes étiquetées comme schizophrènes pensent que le diagnostic lui-même est préjudiciable et dangereux. C'est pourquoi certains psychiatres évitent désormais d'utiliser le terme de schizo-phrénie<sup>15</sup>.

Sharfstein a admis que « il y a moins de psychothérapies offertes par les psychiatres qu'il y a dix ans. C'est vrai malgré la solide base de preuves que de nombreuses psychothérapies sont efficaces, utilisées seules ou en combinaison avec des médicaments. » La tragique réalité est là dans son ampleur. Ce n'est pas le progrès dont on entend tant parler.

Steven Sharfstein n'a pas pu résister à la tentation de jouer la carte de "l'antipsychiatrie" : « En réponse aux remarques antipsychiatriques ... l'une des accusations portées contre la psychiatrie ... est que de nombreux patients se voient prescrire les mauvais médicaments ou des médicaments dont ils n'ont pas besoin. Ces accusations sont vraies, mais ce n'est pas la faute de la psychiatrie - c'est la faute du système de soins de santé déficient que les États-Unis semblent vouloir supporter. »

Bien sûr. Tous les préjudices que les psychiatres causent en surdosant des populations entières ne sont JAMAIS de leur faute, mais de celle de quelqu'un d'autre.

Le psychiatre Niall McLaren a écrit un livre très instructif avec de nombreuses histoires de patients qui nous disent que l'anxiété est un symptôme clé en psychiatrie<sup>11</sup>. Si un psychiatre ou un généraliste ne réalise pas une anamnèse très précise, il risque de passer à côté du fait que

l'épisode de détresse actuel, qu'il diagnostique comme une dépression, a commencé comme une anxiété bien des années auparavant, lorsque le patient était adolescent. Ils auraient donc dû traiter l'anxiété par une thérapie par la parole au lieu de distribuer des pilules.

McLaren a développé une méthode standard avec laquelle il aborde tous les nouveaux patients afin de ne rien négliger d'important. Cela prend du temps, mais le temps investi au départ est souvent rentabilisé et permet d'obtenir de meilleurs résultats pour ses patients que l'approche typiquement pratiquée en psychiatrie.

Niall McLaren s'intéresse à la philosophie mais il a été confronté à une hostilité extrême lorsqu'il a défié ses collègues en leur demandant quel était le fondement de leur modèle biologique des troubles psychiatriques. Il n'y en a pas. Selon ses propres termes<sup>11</sup> :

« Ainsi nous pouvons laisser dans l'oubli la psychiatrie biologique. La difficulté cependant, c'est qu'un nombre considérable et impressionnant de personnes a investi énormément d'argent dans le traitement biologique des troubles mentaux et qu'elles ne l'abandonneront pas sans se battre. Pire encore, il y a un nombre impressionnant de psychiatres universitaires de haut niveau dans le monde entier qui ont investi toute leur carrière et leur ego (ce qui est bien pire) pour affirmer que les troubles mentaux sont de nature biologique. Ceux-là vont se battre avec ténacité pour sauver leur emploi et leur réputation. En conséquence nous sommes coincés avec la psychiatrie biologique pendant un certain temps. Ce n'est pas parce qu'il a été prouvé que c'est faux que cela va disparaître du jour au lendemain. L'intérêt de la psychiatrie biologique est qu'il n'est pas nécessaire de parler à un patient au-delà de quelques questions standard pour savoir de quelle maladie il souffre, et cela peut facilement être fait par un infirmier armé d'un questionnaire. Cela permet alors d'établir un diagnostic qui dictera ensuite les médicaments que le patient doit prendre. »

La psychiatrie biologique présuppose qu'il existerait des diagnostics spécifiques résultant de changements spécifiques dans le cerveau, et qu'il existerait des médicaments spécifiques qui corrigeraient ces changements, lesquels médicaments seraient par conséquent bénéfiques. Nous allons examiner ces hypothèses l'une après l'autre.

## **Les diagnostics psychiatriques sont-ils spécifiques et fiables ?**

Les diagnostics psychiatriques ne sont ni spécifiques, ni fiables<sup>4,6,18,19</sup>. Ils sont hautement dénués de spécificité, et les psychiatres sont en violent désaccord lorsqu'on leur demande de diagnostiquer les mêmes patients indépendamment les uns des autres. Il existe peu d'études de ce type, et leurs résultats ont été suffisamment embarrassants pour que l'Association américaine de psychiatrie les enterre d'une façon telle qu'il a fallu un travail de détective approfondi pour les retrouver<sup>19</sup>. Les funérailles ont pris place au milieu d'un rideau de fumée de rhétorique positive dans des articles étonnamment courts, étant donné l'importance du sujet. Même l'étude la plus large, portant sur 592 personnes, a été décevante, bien que les enquêteurs aient pris grand soin de former les évaluateurs<sup>20</sup>.

Les diagnostics psychiatriques ne sont pas fondés sur la science mais ce sont des exercices de consensus où l'on décide à main levée quels symptômes doivent être inclus dans un test diagnostique<sup>18</sup>. Cette approche par liste de cases à cocher est semblable au jeu de société bien connu, Trouvez cinq erreurs. Une personne qui présente au moins cinq symptômes sur neuf est déclarée dépressive.

Si nous cherchons bien, nous allons trouver des “erreurs” chez tout le monde. Cette manière de faire des diagnostics, qui découlent d'une constellation arbitraire de symptômes, n'a rien d'objectif ni de vérifiable. Pour établir un diagnostic donné, combien de critères doivent-ils être remplis, et pour lesquels votons-nous ?

Je donne beaucoup de conférences pour divers publics, professionnels et non-professionnels, et souvent je fais passer aux personnes le test recommandé pour le TDAH adulte (trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité)<sup>4,21</sup>. Cela ne rate jamais. Entre un tiers et la moitié du public est testé positif. Lorsque je lui ai fait passer le test, ma femme a obtenu un score maximum, ce qui correspond à six critères sur six. Il suffit de quatre réponses positives au questionnaire pour que le diagnostic soit posé. Une fois, lorsqu'une de mes filles et son petit ami nous ont rendu visite pour le dîner, nous avons discuté de l'inanité des diagnostics psychiatriques et pour l'illustrer, je les ai soumis au test. Ma fille a obtenu un score de cinq, comme moi, et son petit ami très décontracté, dont je ne soupçonnerais jamais la positivité, a obtenu un score de quatre. Nous étions donc quatre

personnes à profiter de notre dîner et de notre compagnie, chacune avec un faux diagnostic psychiatrique.

Mon petit exercice fait comprendre aux gens à quel point les diagnostics psychiatriques sont stupides et non scientifiques. Je dis toujours aux personnes que je suis dans le même bateau qu'eux et qu'ils ne doivent pas s'inquiéter mais être heureux, comme le dit la chanson de Bobby McFerrin, parce que certaines des personnes les plus intéressantes que j'ai rencontrées sont éligibles pour le diagnostic de TDAH. Ils sont dynamiques et créatifs et ont du mal à rester assis sur leur chaise en faisant semblant d'écouter si le conférencier est ennuyeux. Pourtant, les psychiatres ont eu l'impudence éhontée de dire au monde entier que les personnes ayant un diagnostic de TDAH souffraient d'un "trouble neurodéveloppemental". C'est par exemple dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) utilisé aux États-Unis et dans la Classification internationale des maladies (CIM-11) utilisée en Europe.

Affirmer ce postulat que des milliards de personnes ont un cerveau défectueux est aussi aberrant et scandaleux qu'on puisse l'imaginer.

À l'une des occasions où j'ai donné une conférence pour Une meilleure psychiatrie, une femme dans le public a dit : « J'ai le TDAH. » J'ai répondu : « Non, vous ne l'avez pas. Vous pouvez avoir un chien, une voiture ou un petit ami, mais vous ne pouvez pas avoir le TDAH. C'est une construction sociale. » J'ai expliqué qu'il ne s'agit que d'une étiquette, non pas quelque chose qui existerait dans la nature, comme un éléphant que tout le monde peut voir. Les gens ont tendance à penser qu'ils obtiennent une explication par rapport à leurs difficultés lorsque les psychiatres leur donnent un nom, mais c'est un raisonnement circulaire. Paul se comporte d'une certaine manière, et nous donnerons un nom à ce comportement, le TDAH. Paul se comporte de cette façon parce qu'il souffre de TDAH. En bonne logique, il est impossible de défendre un concept par ce procédé.

J'ai souvent plaisanté pendant mes conférences sur le fait qu'il faut également établir un diagnostic pour les enfants qui sont *trop* bons pour rester assis sans bouger et qui ne se font pas voir ou entendre en classe. C'est devenu vrai, avec l'invention du diagnostic TDA, trouble déficitaire de l'attention, sans l'hyperactivité. Depuis ce jour, je plaisante sur le temps

que nous allons attendre avant de voir également un diagnostic pour ceux qui se trouvent au milieu, car alors il y aura un médicament pour tout le monde et l'industrie pharmaceutique aura atteint son but ultime, à savoir que personne n'échappera au traitement.

Le diagnostic de la dépression n'est pas beaucoup mieux. Il est très facile d'obtenir ce diagnostic même si vous n'êtes pas vraiment déprimé mais que vous vous sentez juste un peu à côté de vous-même<sup>4</sup>.

Même les diagnostics plus graves sont très incertains. De nombreuses personnes - dans certaines études, de loin la plupart d'entre elles - ont été considérées lors de la procédure de révision comme ayant été diagnostiquées à tort avec schizophrénie<sup>4</sup>.

Étant donné cette immense incertitude, ces divergences et cet arbitraire, il devrait être très facile de se débarrasser d'un mauvais diagnostic. Mais c'est impossible, et il n'existe pas de cour d'appel comme dans les affaires pénales. C'est comme à l'époque médiévale où les personnes étaient condamnées sans raison et sans possibilité d'appel. Comme vous le verrez dans la section sur le traitement forcé au chapitre 4, la loi est régulièrement violée, une chose que nous ne tolérerions dans aucun autre secteur de la société.

Il ne semble pas important de savoir si un diagnostic est correct ou faux. Il vous suit pour le restant de votre vie et peut rendre difficile l'accès à l'éducation dont vous rêvez, l'obtention d'un emploi, de certaines pensions, d'une autorisation d'adoption ou même simplement le maintien de votre permis de conduire<sup>22,23</sup>. En outre, les diagnostics psychiatriques sont souvent utilisés abusivement dans les affaires de garde d'enfants lorsque les parents divorcent<sup>22</sup>. Même lorsque le diagnostic est manifestement erroné et que le psychiatre lui-même en a sérieusement douté lorsqu'il l'a posé, vous ne pouvez pas le faire supprimer<sup>23</sup>. Cela vous colle à la peau à jamais, comme si vous étiez une vache marquée.

La cinéaste danoise Anahi Testa Pedersen a réalisé le film *Diagnosing Psychiatry* « Diagnostiquer la psychiatrie »<sup>24</sup>, sur mes tentatives de créer une meilleure psychiatrie et sur ses propres luttes avec le système. Elle a reçu le diagnostic de schizotypie, un concept très vague et hautement douteux (voir chapitre 5), lorsqu'elle a été admise dans un service psychiatrique en raison d'une détresse sévère concernant un divorce. Il

était évident qu'elle souffrait d'une détresse aiguë et qu'elle n'aurait jamais dû avoir un diagnostic psychiatrique ni être traitée avec des médicaments, mais dans le service, ils lui ont donné de la quétiapine, un neuroleptique, et de l'escitalopram, une pilule de dépression. Anahi a été profondément choquée d'apprendre que même si elle avait volontairement contacté le service psychiatrique, les portes étaient fermées à clé derrière elle. Lorsqu'elle a remis en question son diagnostic à sa sortie de l'hôpital, on lui a dit : « Ici nous faisons des diagnostics ! » Les médicaments l'ont shootée et rendue apathique, et elle s'en est sevrée.

Un autre choc est survenu huit ans plus tard lorsqu'elle a reçu une lettre de la Psychiatrie de la Région de la capitale. Ils voulaient examiner sa fille. Ils pensaient que les troubles psychiatriques étaient héréditaires et qu'il était donc probable que les enfants de malades mentaux tombent également malades.

Anahi s'est mise en colère. Sa fille fonctionne bien, elle est heureuse, en bonne santé et a beaucoup d'amis. La convocation est arrivée sans qu'on lui pose de questions sur son parcours après sa sortie, ni sur la situation et le bien-être de sa fille, et la lettre la stigmatisait, elle et sa fille. Elle a téléphoné à un psychiatre du service où elle avait séjourné, huit ans auparavant. Même si son médecin de famille lui a assuré qu'elle allait bien et qu'il était surprenant qu'elle ait reçu le diagnostic dès le départ, le psychiatre lui a dit quand elle a demandé un réexamen : « Le système ne fait pas cela ! » Elle s'est retrouvée avec une condamnation à vie, erronée pourtant. Cela ne serait pas arrivé si elle avait été condamnée à tort pour un crime, mais en psychiatrie, le procédé est parfaitement “normal”.

Le problème du diagnostic qui colle à la peau est une raison terriblement bonne de <i>ne pas</i> consulter un psychiatre.
---

### **Le kit de démarrage de la psychiatrie : les pilules de dépression**

Les patients et leurs proches appellent communément les médicaments de la dépression “Le kit de démarrage de la psychiatrie”. En effet, de nombreuses personnes commencent leur “carrière” psychiatrique en consultant leur médecin de famille pour un problème que beaucoup d'entre nous ont de temps en temps et quittent le cabinet médical avec une

ordonnance pour une pilule contre la dépression, qui va les amener dans les ennuis.

Comme nous l'avons déjà indiqué, les pilules de dépression sont souvent prescrites pour des indications non approuvées, ce qu'on appelle l'utilisation hors indication. Lorsque les problèmes s'accumulent, le médecin généraliste peut orienter le patient vers un traitement psychiatrique. La plupart de ces problèmes sont iatrogènes (un mot d'origine grecque, signifiant quelque chose qui est causé par un médecin). Si vous lisez les notices des médicaments contre la dépression, faciles à trouver dans une recherche Google, par exemple *duloxetine fda* vous verrez que ces médicaments rendent certaines personnes hypomaniaques, maniaques, ou psychotiques selon les cas. Dans ce cas, votre médecin conclura probablement que vous êtes devenu bipolaire ou que vous souffrez de dépression psychotique et vous donnera des médicaments supplémentaires, par exemple un neuroleptique, du lithium, un antiépileptique, ou les trois, en plus de la pilule de la dépression.

Il existe un chevauchement considérable entre les effets indésirables des médicaments psychiatriques et les symptômes utilisés par les psychiatres pour établir leurs diagnostics. Il se peut donc que vous ne tardiez pas à avoir plusieurs diagnostics et à prendre plusieurs médicaments<sup>2,4</sup>.

En 2015, j'ai été invité à donner une conférence dans un grand hôpital du Danemark par l'organisation psychiatrique de cette région. Rasmus Licht, professeur de psychiatrie, a donné la conférence après moi et il y a eu une discussion générale. Rasmus est un spécialiste des troubles bipolaires, et j'étais l'un des examinateurs lorsqu'il a défendu son doctorat sur la manie, 17 ans plus tôt.

Je lui ai demandé comment il pouvait savoir, lorsqu'il a posé le diagnostic de bipolarité chez un patient qui a reçu un médicament pour le TDAH, s'il ne voyait pas simplement les effets nocifs du médicament car ceux-ci sont très similaires aux symptômes que les médecins utilisent pour diagnostiquer la bipolarité. J'ai été sidéré lorsqu'il a dit qu'un psychiatre était capable de distinguer ces deux possibilités. J'ai décidé de ne pas approfondir la discussion.

Rasmus Licht a dit beaucoup d'autres choses qui n'étaient pas correctes, ce qui illustre ce que la psychiatrie fait à ses propres praticiens. Quand je

l'ai rencontré pour la première fois, c'était un jeune homme brillant qui m'avait impressionné. Je ne l'avais pas vu depuis toutes ces années, et il était choquant de voir comment il avait assimilé toutes les idées fausses de la psychiatrie. Nous nous sommes rencontrés un peu plus tard de manière très amicale, mais mes tentatives pour le convaincre qu'il avait tort ont échoué.

Rasmus Licht a notamment écrit que « peu importe ce que vous écrivez, il n'a pas été clairement démontré que les antidépresseurs pouvaient changer le trouble bipolaire. On a cru cela, c'est pourquoi il est mentionné dans la CIM 10 et le DSM IV que si la manie ne se produit que lorsque le patient a reçu un antidépresseur en même temps, cela parle contre le trouble bipolaire, car il est entendu qu'il pourrait s'agir d'une manie induite par un médicament. En revanche, le DSM-5 a tiré les conséquences d'études épidémiologiques récentes et écrit que, même si une manie survient pendant un traitement par un antidépresseur, elle doit être perçue comme un véritable trouble bipolaire, c'est-à-dire primaire. Donc, dans ce cas, vous contredisez un savoir supérieur. »

Je me suis demandé comment il était possible pour Rasmus de croire à de telles inepties. C'est une farce complète de postuler qu'une manie survenant au cours d'un traitement avec un médicament de la dépression constitue un nouveau trouble alors qu'elle pourrait aussi bien être un dommage iatrogène. Ce n'est rien d'autre qu'une ruse habile que les psychiatres utilisent pour se distancier des effets indésirables dont ils sont la cause et des comptes qu'ils ont à rendre. C'est toujours le patient qui est à blâmer, jamais nous, ni nos médicaments, voilà le message qu'ils envoient.

Rasmus Licht aurait dû critiquer les psychiatres qui ont fait un rattrapage sur le DSM-5 de telle sorte qu'ils soient au-delà de tout reproche. Pensez aussi à Stine Toft dont j'ai décrit l'histoire dans le premier chapitre. Elle n'a jamais été maniaque, à l'exception de la période pendant laquelle elle a reçu une pilule de dépression.

J'ai vécu de nombreuses expériences de ce type, c'est pourquoi je ne vois absolument aucun espoir pour la psychiatrie. Les personnes ayant des soucis de santé mentale devraient consulter des professionnels qui ne les traiteront pas avec des médicaments psychiatriques, mais qui les écouteront et les aideront par d'autres approches<sup>25</sup>.

J'ai décrit ailleurs à quel point la cécité que les psychiatres s'infligent à eux-mêmes face à la réalité est dévastatrice pour leurs patients<sup>4</sup>. Le pédo-psychiatre américain le plus connu, Joseph Biederman, est également l'un des plus nuisibles. Il a inventé le diagnostic de trouble bipolaire juvénile, et lui et ses collègues ont posé un diagnostic de bipolarité chez 23 % parmi 128 enfants avec TDAH<sup>26</sup>. Cette condition était pratiquement inconnue avant que Biederman n'entre en scène, mais en huit ans seulement, de 1994-95 à 2002-03, le nombre de visites médicales aux États-Unis pour les enfants diagnostiqués comme ayant un trouble bipolaire a été multiplié par 40 (soit une augmentation de 3900 %)<sup>27</sup>.

## **Les patients tombent-ils malades à cause d'un déséqui-libre chimique dans le cerveau ?**

Il n'y a pas de changements chimiques spécifiques dans le cerveau qui provoqueraient les troubles psychiatriques. Toutes les études affirmant qu'un trouble mental commun comme la dépression et la psychose commencerait par un déséquilibre chimique dans le cerveau sont dénuées de fiabilité<sup>4</sup>.

Une différence du taux de dopamine entre les patients ayant reçu un diagnostic de schizophrénie et les personnes en bonne santé ne peut rien nous dire sur ce qui a déclenché la psychose. Si une maison brûle et que nous trouvons des cendres, cela ne veut pas dire que ce sont les cendres qui ont mis le feu à la maison. De même, si un lion nous attaque, nous sommes terriblement effrayés et nous produisons des hormones de stress, mais cela ne prouve pas que ce soient les hormones de stress qui nous ont fait peur. Les personnes qui ont des psychoses ont souvent vécu des expériences traumatisantes dans le passé, nous devrions donc considérer ces traumatismes comme des facteurs de causalité et non réduire la souffrance à un quelconque déséquilibre biochimique qui, s'il existe, serait davantage susceptible d'être le résultat de la psychose plutôt que sa cause<sup>28</sup>.

Un document ayant analysé les 41 études les plus rigoureuses a révélé que les personnes ayant souffert d'expériences adverses dans leur enfance étaient 2,8 fois davantage susceptibles de développer une psychose que celles qui n'en avaient pas souffert ( $p < 0,001$ , ce qui signifie que la proba-

bilité d'obtenir un tel résultat, ou un nombre encore plus élevé que 2,8, si en réalité il n'y existait pas de relation, serait inférieure à une sur mille)<sup>29</sup>. Neuf des dix études qui ont testé une relation dose-réponse l'ont trouvée<sup>29</sup>. Une autre étude a révélé que les personnes ayant subi trois types de traumatismes (par exemple, abus sexuel, abus physique et intimidation) étaient 18 fois plus susceptibles d'être psychotiques que les personnes n'ayant pas subi d'abus, et si elles avaient subi cinq types de traumatismes, elles étaient 193 fois plus susceptibles d'être psychotiques (intervalle de confiance de 95 % : 51 à 736 fois, ce qui signifie que le risque réel a 95 % de chances d'être dans l'intervalle de 51 à 736 fois le risque d'une personne n'ayant pas été exposée à un traumatisme)<sup>30</sup>.

De telles données sont très convaincantes, à moins que vous ne soyez un psychiatre. Une enquête menée auprès de 2813 psychiatres britanniques a montré que pour chaque psychiatre qui pense que la schizophrénie est principalement causée par des facteurs sociaux, il en existe 115 qui pensent qu'elle est principalement causée par des facteurs biologiques<sup>31</sup>.

Le mythe selon lequel un déséquilibre chimique dans le cerveau serait la cause des troubles psychiatriques est l'un des plus grands mensonges de la psychiatrie et aussi l'un des plus nocifs. Comme indiqué plus haut, ce mythe existe depuis au moins 65 ans, depuis qu'Harold Himwich affirma que les neuroleptiques fonctionnaient comme l'insuline pour le diabète.<sup>9</sup> Il semble impossible de faire disparaître ce mythe, tellement il est utile à la corporation des psychiatres de le conserver. Cela leur donne un alibi pour traiter leurs patients avec des médicaments nocifs et cela les fait ressembler à de vrais médecins aux yeux du public.

En 2019, Maryanne Demasi et moi avons recueilli des informations à propos de la dépression sur 39 sites web populaires dans 10 pays : Australie, Canada, Danemark, Irlande, Nouvelle-Zélande, Norvège, Afrique du Sud, Suède, Royaume-Uni et États-Unis. Nous avons découvert que 29 sites web (74 %) attribuaient la dépression à un déséquilibre chimique ou bien affirmaient que les médicaments de la dépression pouvaient corriger ce déséquilibre<sup>32</sup>.

J'ai de bonnes raisons d'appeler mon livre de 2015 sur la psychiatrie *Psychiatrie mortelle et déni organisé*<sup>4</sup>. Le déni, non seulement de la réalité mais aussi de la posture de la psychiatrie elle-même lorsqu'elle est contestée, est tellement immense que je vais l'exposer en détail, en prenant

mon propre pays comme exemple. C'est la même chose partout, et il importe donc peu que vous n'ayez jamais entendu parler des personnes que je mentionne.

En 2005, le professeur de psychiatrie Lars Kessing et ses collègues ont publié une étude portant sur 493 patients avec des troubles dépressifs ou bipolaires, qui a montré que 80 % des patients étaient d'accord avec cette affirmation : « Les antidépresseurs corrigent les changements qui se sont produits dans mon cerveau en raison du stress ou de difficultés »<sup>33</sup>. J'en dirai davantage sur Lars Kessing au chapitre 5 où je décrirai également ce qui se passe lorsque des programmes télévisés critiques tentent de dire la vérité sur la psychiatrie<sup>34-36</sup>.

En 2013, Thomas Middelboe, le président de l'Association danoise de psychiatrie, a décrit le terme de déséquilibre chimique comme une métaphore dont la psychiatrie s'est emparée pour tenter d'expliquer des maladies dont les causes sont inconnues :<sup>37</sup> « Il est un peu loufoque de dire que les personnes manquent d'une substance dans le cerveau, mais le déséquilibre chimique - je pourrais utiliser ce terme. Nous avons affaire à des processus neurobiologiques qui sont perturbés. »

En 2014, j'ai débattu avec le professeur de psychiatrie Poul Videbech lors d'une réunion publique organisée par des étudiants en médecine. Après que j'aie soigneusement expliqué et documenté pourquoi beaucoup trop de personnes étaient sous traitement avec des pilules de dépression et que j'aie suggéré une réduction progressive et complète de ces prescriptions, Poul Videbech a déclaré devant 600 personnes, dont des patients et leurs proches : « Qui retirerait son insuline à un diabétique ? »

En 2015, la Psychiatrie dans la Région de la capitale et le Conseil conjoint des sociétés de psychiatrie ont tenu une réunion intitulée : « Vérités ou mensonges sur les médicaments psychiatriques ». L'occasion en était le débat prolongé sur les médicaments psychiatriques que j'avais lancé un an plus tôt, lorsque j'ai publié dans un journal l'article exposant dix mythes en psychiatrie qui sont nuisibles aux patients<sup>4</sup>. L'article existe également en anglais<sup>38</sup>. Officiellement, l'objectif de la réunion était de fournir « une évaluation neutre et sobre des médicaments », mais son véritable but était de protéger le statu quo. Il y a eu une longue introduction où mon nom n'était pas mentionné, même si j'étais la raison directe de la réunion et je n'étais pas non plus invité à prendre la parole. La

psychologue Olga Runciman a fait remarquer que l'histoire des troubles mentaux causés par un déséquilibre chimique était morte à l'étranger et a demandé si elle était également morte au Danemark. Aucun des professeurs de psychiatrie n'a voulu répondre, et le président ne leur a pas demandé de rendre des comptes, même après que j'aie mentionné deux fois qu'ils n'avaient pas répondu.

Huit mois plus tard, la veille de la sortie de mon livre de psychiatrie<sup>4</sup>, j'ai eu une longue interview dans le journal où j'avais décrit les dix mythes<sup>39</sup>. J'ai souligné que l'un des plus grands mythes, qu'on a dit à plus de la moitié des patients<sup>33</sup>, est qu'ils souffrent d'un déséquilibre chimique dans le cerveau. J'ai également dit que de nombreux patients finissaient par prendre des médicaments pour le reste de leur vie parce qu'ils avaient été trompés de cette façon ou bien parce qu'on leur avait dit qu'ils subiraient des dommages cérébraux s'ils ne prenaient pas les médicaments.

Poul Videbech a également été interviewé et a déclaré : « S'opposant à un savoir supérieur, il attribue à son adversaire toutes sortes de motifs déloyaux. Par exemple, nous savons depuis 20 ans que la théorie du déséquilibre chimique dans le cerveau pour la dépression est beaucoup trop simple. J'ai écrit à ce sujet dans mes manuels pendant de nombreuses années. Il est donc totalement hors de question que l'on nous assigne, à moi et à d'autres, de telles vues. »

Enfin, pas vraiment. Le mythe du déséquilibre chimique ne devient une chose du passé que lorsqu'il est remis en question. Birte Glenthøj, professeur de psychiatrie, a également été interviewée et a confirmé que le mythe était toujours vivant et bien vivant : « Nous savons, grâce à la recherche, que les patients souffrant de schizophrénie ont en moyenne une synthèse et une libération accrues de dopamine, et que cela est lié au développement des symptômes psychotiques. L'augmentation de l'activité de la dopamine est également observée avant que les patients ne reçoivent pour la première fois un médicament antipsychotique, ce qui n'a donc rien à voir avec le médicament. »

Deux semaines après la publication de mon livre sur la psychiatrie, la psychiatre Marianne Geoffroy a écrit dans un magazine jetable soutenu par l'industrie que j'utilisais des fonds publics pour publier des livres privés, non scientifiques, qu'elle comparait aux livres de Scientologie. Elle affirmait que je faisais peur aux citoyens souffrant de troubles psychiatriques

en les empêchant d'obtenir un traitement approprié<sup>40</sup>. Dans un commentaire électronique, le psychiatre Lars Søndergård (voir le chapitre 5) a déclaré qu'il ne connaissait aucun psychiatre qui attribuerait la maladie mentale à un « déséquilibre chimique dans le cerveau ».

Un autre psychiatre, Julius Nissen, a répondu : « J'ai passé mes nombreuses années en psychiatrie à parler à beaucoup de gens qui ont reçu exactement cette explication et la comparaison avec l'insuline, que c'est une substance dont ils ont besoin. Cette conviction fait qu'il est très difficile de les motiver à se sevrer de ce médicament. C'est précisément parce que, pendant le sevrage, ils connaissent de facto un "déséquilibre chimique", maintenant que le cerveau est habitué à la substance. Ils ont donc le sentiment que l'hypothèse est vraie parce qu'ils sont malades, même si ce sont des effets secondaires qui doivent être surmontés. »

Au début de 2017, Poul Videbech a de nouveau émis le postulat qu'il existerait un déséquilibre dans leur cerveau lorsque les personnes sont déprimées<sup>41</sup>. Je me suis plaint à l'éditeur du Manuel pour les patients, qui est disponible publiquement et qui a un statut officiel au Danemark, que Lars Kessing et Poul Videbech avaient écrit dans leurs deux contributions que la dépression est causée par un déséquilibre chimique<sup>42,43</sup>.

Je ne suis arrivé à rien, bien sûr, mais j'ai estimé qu'il était de mon devoir envers les patients d'essayer au moins. Kessing et Videbech ont changé quelques petites choses et ont introduit de nouvelles prétentions qui ont rendu leurs articles encore pires. Je me suis plaint à nouveau, et encore une fois en vain, et le mensonge sur le déséquilibre chimique a continué.

Dans sa mise à jour, Lars Kessing a ajouté que « l'on sait que les antidépresseurs stimulent le cerveau à fabriquer de nouvelles cellules nerveuses dans certaines zones ». Poul Videbech a écrit la même chose, mais il n'y a pas de références. Si cela peut arriver, cela signifie seulement que les médicaments de la dépression sont nocifs pour les cellules du cerveau, car le cerveau forme de nouvelles cellules en réponse à une lésion cérébrale. Cela est bien documenté, par exemple pour la thérapie par électrochocs et pour les neuroleptiques<sup>7</sup>. Les psychiatres éminents considèrent que leurs patients sont ignorants, mais je dois dire que le niveau d'ignorance en leur sein concernant leur propre spécialité est stupéfiant.

Comme Lars Kessing, Poul Videbech a fait valoir que le traitement avec les médicaments de la dépression pouvait durer toute la vie, par exemple si la dépression apparaissait après 50 ans. Je n'ai jamais entendu parler d'une preuve scientifique fiable à l'appui de cette affirmation.

En 2018, un patient a écrit dans un journal<sup>44</sup> : « Quand un psychiatre a changé mes médicaments... cela a “marché” en me faisant prendre environ 20 kilos. Quand j'ai voulu arrêter de prendre ce médicament, il m'a raconté le mensonge habituel : que j'avais un déséquilibre chimique et que j'avais besoin de ces pilules. Alors, j'ai continué... Ma mère me disait toujours : “Ne va pas à la boulangerie pour la viande”. Et aller chez un médecin formé à la médecine dans l'espoir d'obtenir des réponses à des problèmes mentaux, c'est exactement ça. » Par la suite, mon doctorant Anders Sørensen l'a aidé à se sevrer de ses médicaments.

Pourquoi devons-nous écouter les patients et non les psychiatres si nous voulons connaître la vérité sur les médicaments psychiatriques et les électrochocs<sup>4,23</sup> ? Une patiente ne se souvenait même pas des choses les plus courantes, comme le nom de la capitale danoise, après avoir reçu des électrochocs<sup>23</sup>. Elle a subi des dommages cérébraux permanents et graves à la suite d'électrochocs qu'elle n'aurait jamais dû recevoir, mais on lui a dit que c'était sa “maladie”, même si elle ne souffrait d'aucun trouble psychiatrique ; elle a été abusée sexuellement dans son enfance. Son livre est un récit effrayant de pratiquement tout ce qui ne va pas en psychiatrie<sup>23</sup>, tout comme le livre à propos d'une jeune femme que les psychiatres ont tuée avec des neuroleptiques (voir chapitre 4)<sup>4,45</sup>.

Avant d'aborder la question de savoir si les médicaments psychiatriques ont des effets spécifiques et utiles, conformément à la doctrine de la psychiatrie biologique, je vais exposer l'idée d'un déséquilibre chimique à un brin de logique.

Si un déficit en sérotonine est la cause de la dépression et qu'un médicament qui augmente la sérotonine agit sur la dépression, on ne s'attendrait pas à ce qu'un médicament qui diminue la sérotonine agisse sur la dépression. Néanmoins, c'est le cas, par exemple, pour la tianeptine<sup>2,3</sup>. Plus généralement, il semble que presque tout ce qui provoque des effets secondaires, ce qui est le cas de tous les médicaments, “fonctionne” pour la dépression<sup>8</sup>, y compris plusieurs médicaments qui n'augmentent pas la

sérotonine, par exemple la mirtazapine. Ces éléments, et d'autres preuves que j'examinerai plus loin, suggèrent que les pilules de dépression ne sont pas efficaces contre la dépression. Les patients pensent qu'elles sont utiles parce qu'ils peuvent sentir quelque chose se passer dans leur corps, et les psychiatres se font des illusions.

Si un déficit en sérotonine est la cause d'une dépression, les souris génétiquement dépourvues de sérotonine cérébrale devraient être sérieusement déprimées, mais en fait elles se comportent comme les autres souris<sup>46</sup>.

Si un déficit en sérotonine est la cause de la dépression, les médicaments de la dépression devraient agir assez rapidement car les niveaux de monoamine dans le cerveau augmentent un à deux jours après le début du traitement<sup>47</sup>. Ce n'est pas le cas. L'amélioration est progressive, avec très peu de différence entre le médicament et le placebo, et selon qu'ils reçoivent un médicament ou un placebo, il faut généralement des semaines avant que les patients ne puissent sentir que leur dépression a disparu<sup>4,48</sup>.

Si les médicaments de la dépression agissent en augmentant le taux de sérotonine, on ne s'attendrait pas à ce qu'ils agissent dans des maladies dont on n'a jamais prétendu qu'elles aient un quelconque rapport avec un manque de sérotonine, par exemple la phobie sociale<sup>47</sup>. Lorsque mon groupe de recherche a examiné les sortes de diagnostics qui ont été étudiés dans les essais contrôlés par placebo des pilules de dépression, nous avons compté 214 diagnostics différents, en plus de la dépression et de l'anxiété<sup>49</sup>. Les essais étaient motivés par des intérêts commerciaux, en se focalisant sur les maladies prévalentes et les problèmes quotidiens, à tel point que personne ne peut vivre une vie bien remplie sans connaître plusieurs des problèmes pour lesquels ces médicaments ont été testés. Nous avons conclu que les médicaments de la dépression sont la version moderne de la pilule dite soma, destinée à rendre tout le monde heureux dans le livre d'Aldous Huxley *Le Meilleur des mondes*.

En 1996, Steven Hyman, ancien directeur de l'Institut national américain de la santé mentale, a souligné que les pilules de dépression ne corrigent pas un déséquilibre chimique dans le cerveau mais, au contraire, elles créent un déséquilibre chimique<sup>50</sup>. C'est pourquoi tant de personnes ont du mal à se défaire de ces médicaments psychiatriques (voir chapitre 4). Le mythe du déséquilibre chimique est très nocif pour d'autres raisons. Il fait croire aux personnes qu'il y a quelque chose de sérieusement anormal en

eux-mêmes et parfois même que ceci est héréditaire. Le résultat est que les patients craignent ce qui se passerait s'ils arrêtaient, ou même s'ils diminueraient lentement les médicaments. De même, le mythe convainc les médecins qu'ils ont raison lorsqu'ils persuadent leurs patients de prendre des médicaments qu'ils n'aiment pas ou dont ils ont peur.

L'industrie pharmaceutique et ses alliés rémunérés de la profession psychiatrique ont trahi le monde entier, et la recette est simple. Vous prenez une substance et vous découvrez qu'elle augmente X, par exemple la sérotonine, ou qu'elle diminue Y, par exemple la dopamine. Vous inventez alors l'hypothèse que les personnes que vous traitez sont déficientes en X ou produisent trop de Y. Il n'y a rien de mal à inventer des hypothèses. C'est comme ça que la science fonctionne. Mais lorsque votre hypothèse est rejetée, encore et encore, peu importe ce que vous faites et votre ingéniosité, et dans quelle mesure vous manipulez la conception de votre étude et les données, alors il est temps d'enterrer l'hypothèse pour de bon.

Cela n'arrivera pas. Le mythe du déséquilibre chimique n'est pas une question de science, mais il s'agit d'argent, de prestige et d'intérêts corporatistes.

Pouvez-vous imaginer un cardiologue disant : « Vous avez un déséquilibre chimique dans votre cœur, donc vous devez prendre ce médicament pour le reste de votre vie », alors qu'il n'a pas la moindre idée de ce dont il parle ?

## **Les médicaments psychoactifs sont-ils spécifiques et en valent-ils la peine ?**

Les psychiatres disent constamment qu'ils utilisent des médicaments aux effets spécifiques qui sont aussi efficaces que beaucoup d'autres médicaments, par exemple ceux utilisés pour les douleurs rhumatismales ou pour soigner l'asthme.

Pour de nombreux médicaments psychiatriques, nous pouvons dire quel est le principal récepteur du cerveau ciblé, leur action de blocage ou de renforcement de l'effet d'un neurotransmetteur particulier, par exemple la sérotonine, la dopamine ou l'acide gamma-aminobutyrique (GABA).

Cela ressemble à un effet spécifique, comme l'insuline pour le diabète, mais ce n'est pas le cas. Si votre taux de sucre dans le sang est très élevé,

vous pouvez vous retrouver dans un coma hyperglycémique, qui peut entraîner des lésions cérébrales permanentes et la mort. Cependant, si vous êtes traité avec de l'insuline, des solutions intraveineuses et des électrolytes, vous vous rétablissez généralement complètement. L'effet est spectaculaire et rapide.

Les antibiotiques sont également des traitements hautement spécifiques. Vous pouvez devenir mortellement malade si vous êtes infecté par des streptocoques, mais vous rétablir en une heure ou deux si vous recevez de la pénicilline.

Les médicaments psychiatriques interagissent avec plusieurs récepteurs différents et il existe de tels récepteurs ailleurs dans le corps, en dehors du cerveau. Plus d'une centaine de neurotransmetteurs ont été décrits et le cerveau est un système très compliqué, ce qui rend impossible de savoir ce qui se passera lorsque vous perturbez ce système avec un médicament.

Il est révélateur de voir ce qui se passe lorsque des personnes sont exposées à des médicaments psychiatriques et à d'autres substances actives sur le cerveau. Il existe des similitudes remarquables, quelle que soit le médicament ou la substance que nous utilisons, qu'il s'agisse de médicaments sur ordonnance, de stupéfiants achetés dans la rue, d'alcool ou d'opium. Les effets les plus courants sont l'engourdissement des sensations, l'émoussement des émotions, la somnolence, le manque de contrôle sur ses pensées, un moindre souci de soi-même et des autres, et une capacité réduite ou absente à avoir des relations sexuelles et à tomber amoureux.

Les substances psychoactives modifient votre cerveau et si vous arrêtez brusquement de prendre un médicament, les symptômes de sevrage sont aussi remarquablement similaires, quel que soit le médicament. Il y a aussi des différences, mais il est clair que les médicaments psychiatriques n'ont pas d'actions spécifiques. Si vous les donnez à des volontaires ou à des animaux en bonne santé, ils connaîtront les mêmes effets non spécifiques que les patients. Ce n'est pas le cas pour les médicaments spécifiques. Si vous donnez de la pénicilline à une personne en bonne santé, cette personne ne se sentira pas mieux et ne ressentira probablement rien.

Nous avons de nombreux médicaments spécifiques qui peuvent augmenter la survie. Les antibiotiques, les antihypertenseurs, la streptokinase pour les

crises cardiaques, l'aspirine pour prévenir de nouvelles crises cardiaques, les facteurs de coagulation pour les personnes souffrant de défauts de coagulation héréditaires, les vitamines pour les personnes souffrant de graves carences en vitamines, les hormones thyroïdiennes pour le myxœdème, et bien d'autres choses encore.

Les médicaments psychiatriques ne peuvent pas guérir les gens, mais seulement atténuer leurs symptômes, ce qui s'accompagne de nombreux effets néfastes. Et ils ne sauvent pas la vie des gens, mais ils les tuent. D'après mes estimations, basées sur les meilleures données scientifiques que j'aie pu trouver, les médicaments psychiatriques sont la troisième cause de décès, après les maladies cardiaques et le cancer<sup>4</sup>. Il est possible qu'ils ne soient pas tout à fait aussi nocifs que cela, mais il ne fait aucun doute qu'ils tuent des centaines de milliers de personnes chaque année. J'ai estimé qu'un seul neuroleptique, l'olanzapine (Zyprexa), avait tué 200 000 patients jusqu'en 2007<sup>51</sup>. Ce qui est particulièrement attristant, c'est que la plupart de ces patients n'auraient jamais dû être traités au Zyprexa.

Les psychiatres veulent-ils en entendre parler ? Non. En octobre 2017, j'ai donné à Berlin deux conférences invitées au 17e Congrès mondial de psychiatrie de l'Association mondiale de psychiatrie. Lorsque j'ai parlé du « sevrage des psychotropes », il y avait environ 150 psychiatres dans le public. Quinze minutes plus tard, j'ai parlé de « Pourquoi les médicaments psychiatriques sont-ils la troisième cause de décès après les maladies cardiaques et le cancer ? » Trois psychiatres sur les plus de 10 000 présents au congrès étaient là. Ils ont refusé de donner des interviews et ont soigneusement évité d'être filmés par l'équipe de documentaristes qui me suivait, comme s'ils allaient voir un film porno.

La première chose que les gens remarquent lorsqu'ils commencent à prendre un médicament psychiatrique, ce sont ses effets néfastes. Rares sont les personnes qui n'en subiront aucun. La réaction évidente à cela serait de dire à votre médecin que vous ne voulez pas de ce médicament. Mais - selon le scénario de la psychiatrie - votre médecin vous persuadera de continuer et on vous dira qu'il faut un certain temps avant que l'effet ne se fasse sentir et que les effets nocifs - que les médecins appellent effets secondaires parce que cela sonne plus agréablement - seront moins perceptibles avec le temps.

Donc, vous continuez. Même lorsque vous serez rétabli, ce qui serait arrivé dans la plupart des cas, même sans médicaments, votre médecin insistera - selon des directives basées sur des études fortement biaisées souvent rédigées par des médecins recevant salaire de l'industrie<sup>4</sup> - sur le fait que vous devez continuer pendant un certain nombre de mois, parfois des années, ou pour le restant de votre vie.

Dans leur article « Les antidépresseurs guérissent-ils ou créent-ils des états anormaux du cerveau ? », Joanna Moncrieff et David Cohen expliquent pourquoi le modèle d'action des médicaments centré sur la maladie, qui suppose que les médicaments rectifieraient des anomalies biologiques, est incorrect<sup>52</sup>. Un modèle centré sur le médicament est beaucoup plus vraisemblable. Dans ce modèle, qui n'est pas un modèle mais la simple réalité, les psychotropes créent des états anormaux qui peuvent, par coïncidence, soulager les symptômes. Les effets désinhibiteurs de l'alcool peuvent soulager les symptômes de la phobie sociale, mais cela n'implique pas que l'alcool corrigerait un déséquilibre chimique sous-jacent à la phobie sociale.

Les auteurs soutiennent qu'un modèle basé sur la maladie - comme l'insuline pour le diabète - pourrait être considéré comme établi si :

*La pathologie des conditions ou des symptômes psychiatriques a été délimitée indépendamment de la caractérisation de l'action du médicament, et l'action du médicament pourrait être extrapolée à partir de cette pathologie ;*

*Les échelles de notation utilisées pour évaluer le traitement médicamenteux dans les essais cliniques ont permis de détecter de manière fiable les changements dans les manifestations d'un processus pathologique sous-jacent plutôt que de détecter les effets induits par le médicament ;*

*Les modèles animaux de conditions psychiatriques ont sélectionné des médicaments spécifiques ;*

*Il a été démontré que les médicaments dont on pense qu'ils ont une action spécifique dans certaines conditions sont supérieurs aux médicaments dont on pense qu'ils ont des effets non spécifiques ;*

*Les volontaires en bonne santé ont présenté des profils d'effets différents ou absents, par rapport aux patients diagnostiqués, car il est attendu que les médicaments ne devraient exercer leurs effets thérapeutiques que sur*

*un système nerveux anormal ; et l'utilisation généralisée de médicaments supposés être spécifiques à une maladie a conduit à des améliorations démontrables de l'issue à court ou à long terme des troubles psychiatriques.*

Rien de tout cela n'est vrai pour les médicaments psychiatriques. Dans une chaîne de logique circulaire, la théorie de la monoamine de la dépression a été formulée principalement en réponse aux observations selon lesquelles les premiers médicaments de la dépression commercialisés augmentaient les niveaux de monoamine dans le cerveau. Les monoamines comprennent la sérotonine, la dopamine et la norépinéphrine, mais il n'existe aucune preuve qu'il y ait une anomalie des monoamines dans la dépression.

Les échelles d'évaluation de la dépression, par exemple l'échelle de Hamilton<sup>53</sup>, contiennent des éléments qui ne sont pas spécifiques à la dépression, notamment les troubles du sommeil, l'anxiété, l'agitation et les plaintes somatiques. Ces symptômes sont susceptibles de répondre aux effets sédatifs non spécifiques qui se manifestent avec de nombreux médicaments de la dépression et avec d'autres substances, par exemple l'alcool, l'opium et les neuroleptiques, qui pourraient alors également être considérés comme des médicaments de la dépression. Cependant nous ne prescrivons ni alcool ni morphine aux personnes souffrant de dépression et nous n'appelons pas ces substances des antidépresseurs.

Selon l'échelle de Hamilton, même les stimulants comme la cocaïne, l'ecstasy, les amphétamines et les médicaments du TDAH pourraient être considérés comme des médicaments de la dépression. Presque tout peut l'être. En effet, de nombreux médicaments qui ne sont pas considérés comme des médicaments de la dépression présentent des effets comparables à ceux-ci, par exemple les benzodiazépines, les opiacés, la buspirone, les stimulants, la réserpine et d'autres neuroleptiques<sup>52</sup>.

La forte augmentation récente de la consommation de médicaments de la dépression s'est accompagnée d'une augmentation de la prévalence et de la durée des épisodes dépressifs et d'une hausse des taux d'absentéisme pour cause de maladie<sup>52</sup>. Dans tous les pays où cette relation a été examinée, l'utilisation accrue de médicaments psychiatriques s'est accompagnée d'une augmentation des pensions d'invalidité pour des raisons de santé mentale<sup>3</sup>. Cela montre que les médicaments psychiatriques sont nuisibles.

1 Nous devrions tous contribuer à changer le discours gravement trompeur de la psychiatrie.

2 L'expression « pilule de dépression » est la désignation correcte pour un « antidépresseur », car elle ne fait aucune promesse.

3 L'expression « tranquillisant majeur » est la désignation correcte pour un « antipsychotique », car c'est ce que fait le médicament, aux patients, aux volontaires sains et aux animaux. Il peut être également appelé neuroleptique, ce qui ne fait aucune promesse.

4 Sédatif est le terme correct pour désigner un médicament « anxiolytique », car c'est ce que le médicament fait, aux patients, aux volontaires en bonne santé et aux animaux.

5 L'expression « *speed* (amphétamines) sous prescription » est correcte pour les médicaments du TDAH, car ceux-ci agissent comme les amphétamines, et certains d'entre eux sont précisément des amphétamines.

6 « Stabilisateur de l'humeur », est comme la licorne. Comme un tel médicament n'existe pas, cette expression ne doit pas être utilisée.

## **Des essais faussés ont conduit les psychiatres à l'égarement**

Les échelles d'évaluation utilisées dans les essais de médicaments psychiatriques évalués contre placebo sont destinées à mesurer la réduction des symptômes. Elles ont fait croire aux psychiatres que les médicaments étaient efficaces et l'effet obtenu spécifique au trouble traité. Cependant, ces résultats ne disent rien quant au fait que les patients aient été guéris ou non ou encore s'ils peuvent mener une vie raisonnablement normale.

En outre, les effets mesurés à l'aide de ces échelles ne sont pas fiables. Pratiquement chaque essai de médicament évalué contre placebo, parmi tous ceux réalisés en psychiatrie, est incorrect<sup>4,54</sup>.

Comme les essais sont faussés, la revue systématique des essais l'est également, et les recommandations qui en découlent sont faussées aussi. Même le processus d'autorisation des médicaments est faussé. Les autorités de régulation des médicaments ne prêtent pas suffisamment attention à ces défauts. Ils ne demandent même pas aux entreprises pharmaceutiques les nombreuses données ou annexes manquantes qui, selon les index fournis par les entreprises, auraient dû être incluses dans leurs demandes d'autorisation<sup>55</sup>.

### Le sevrage médicament brutal dit *cold turkey* dans le groupe placebo

Dans la grande majorité des essais, les patients prenaient déjà un médicament similaire à celui qui est testé contre placebo. Après une courte période de sevrage sans ce médicament, dite de *wash-out*, les patients sont tirés au sort pour recevoir ou bien le nouveau médicament ou bien le placebo. Ce procédé pose trois problèmes principaux.

Premièrement, les patients qui sont recrutés pour les essais sont ceux qui n'ont pas réagi trop négativement quand ils prenaient un médicament similaire auparavant<sup>52</sup>. Ils ne réagiront donc probablement pas négativement au nouveau médicament, ce qui signifie que les essais cliniques sous-estimeront les effets néfastes des médicaments psychiatriques testés.

Deuxièmement, lorsque les patients qui ont bien toléré un médicament psychiatrique sont tirés au sort pour recevoir un placebo, ils y réagiront probablement plus négativement que s'ils n'avaient pas suivi de traitement auparavant. En effet, les médicaments psychiatriques ont toute une série d'effets, dont certains peuvent être perçus comme positifs, par exemple l'euphorie ou l'engourdissement émotionnel.

Troisièmement, le sevrage brutal que subissent certains patients du groupe placebo leur nuit. Il n'est donc pas surprenant que le nouveau médicament paraisse meilleur que le placebo. L'introduction de périodes de sevrage de *wash-out* plus longues n'élimine pas ce problème. Si des personnes ont subi des dommages cérébraux permanents avant de participer aux essais, les périodes de sevrage ne peuvent pas compenser

cela, et même si ce n'est pas le cas, ces personnes pourraient être en train de souffrir des symptômes de sevrage persistant pendant des mois ou des années<sup>7,56,57</sup>.

Des milliers d'essais de neuroleptiques ont été réalisés, mais lorsque mon groupe de recherche a recherché récemment les essais contre placebo dans la psychose, qui incluraient seulement les patients n'ayant pas reçu un tel médicament auparavant, nous n'avons trouvé qu'un seul essai<sup>58</sup>. Il provenait de Chine et semblait être frauduleux. Ainsi, tous les essais randomisés de médicaments neuroleptiques contre placebo chez des patients avec des troubles du spectre de la schizophrénie se sont avérés incorrects, ce qui signifie que l'utilisation de médicaments neuroleptiques ne peut être justifiée sur la base des preuves dont nous disposons actuellement<sup>4</sup>.

Le premier essai qui ne soit pas défectueux a été publié le 20 mars 2020<sup>59</sup>, 70 ans après la découverte du premier neuroleptique, la chlorpromazine, que Rhône-Poulenc a mis sur le marché en 1953 sous le nom commercial Largactil, ce qui signifiait large spectre d'activité.

Cependant, même 70 ans n'ont pas suffi aux psychiatres pour revenir à leurs sens. Ils n'étaient pas encore prêts à tirer les conséquences de ces résultats, ce que démontre le résumé de l'essai<sup>59</sup> :

« Les différences entre les groupes étaient faibles et cliniquement triviales, ce qui indique que le traitement par placebo n'était pas moins efficace que le traitement antipsychotique conventionnel (différence moyenne = -0,2, intervalle de confiance bilatéral de 95 % -7,5 à 7,0,  $t = 0,060$ ,  $p = 0,95$ ). Dans le cadre d'un service d'intervention précoce spécialisé, et avec une courte durée de psychose non traitée, l'introduction immédiate de médicaments antipsychotiques peut ne pas être nécessaire pour tous les cas de premier épisode de psychose afin de constater une amélioration fonctionnelle. Cependant, cette constatation ne peut être généralisée qu'à une très faible proportion des cas de PEP [premier épisode psychotique] à ce stade, et un essai plus important est nécessaire pour clarifier si un traitement sans antipsychotique peut être recommandé pour des sous-groupes spécifiques de personnes avec un PEP. »

J'ai traduit en clair ce que cela signifie pour ceux d'entre nous qui n'ont pas d'intérêts corporatistes à défendre :

« Notre étude était petite, mais elle est unique car elle n'a inclus que des patients qui n'avaient pas été traités avec un neuroleptique auparavant. Nous avons découvert que les neuroleptiques ne sont pas nécessaires pour les patients souffrant de psychose non traitée. C'est un grand progrès pour les patients, car ces médicaments sont hautement toxiques et rendent difficile le retour à une vie normale. Compte tenu de l'ensemble des preuves dont nous disposons, l'utilisation des neuroleptiques dans les psychoses ne peut être justifiée. Les neuroleptiques ne devraient être utilisés que dans le cadre d'essais randomisés contre placebo sur les patients dits *drug-naïve*, c'est à dire n'ayant jamais pris ces médicaments. »

Les auteurs d'une revue systématique Cochrane de 2011 sur les neuroleptiques pour les épisodes précoces de schizophrénie ont souligné que les preuves disponibles ne permettent pas de conclure à l'efficacité d'un traitement antipsychotique dans un épisode aigu précoce de schizophrénie<sup>60</sup>. C'est l'une des très rares études Cochrane sur les médicaments psychiatriques à laquelle on puisse se fier<sup>4,54</sup>. La plupart des revues Cochrane posent d'énormes problèmes, par exemple les revues Cochrane sur la schizophrénie incluent systématiquement dans une méta-analyse des essais où la moitié des données sont manquantes (une méta-analyse est un résumé statistique des résultats de plusieurs essais)<sup>4</sup>. Il s'agit alors d'une poubelle à l'intérieur, d'une poubelle à l'extérieur, avec un joli petit logo Cochrane dessus, comme Tom Jefferson l'a dit au cours d'une interview dans l'article : *Cochrane – a sinking ship?* « Cochrane - un navire en train de couler »<sup>61</sup> ?

Pour savoir pendant combien de temps il convient de conseiller aux patients de continuer à prendre leurs médicaments, des études dites de thérapie d'entretien, également appelées études de sevrage, ont été réalisées. Ces études sont fortement trompeuses en raison des effets du sevrage brutal pratiqué. Une vaste méta-analyse de 65 essais contre placebo a révélé qu'il fallait traiter trois patients par neuroleptiques pour prévenir une occurrence de rechute au bout d'un an<sup>62</sup>. Cela semble très impressionnant, mais le résultat n'est absolument pas fiable. Le bénéfice apparent de la poursuite du traitement par les neuroleptiques a diminué au fil du temps et il était proche de zéro après trois ans. Ainsi, ce qui a été

observé après un an était un dommage iatrogène, qui a été décrit comme un bénéfice.

Lorsque le suivi dépasse trois ans, il s'avère que *l'arrêt des neuroleptiques est la meilleure option*. Il n'y a qu'un seul essai de thérapie d'entretien correctement planifié et mené, qui a été effectué en Hollande. Le suivi est de sept ans, et les patients qui ont vu leur dose diminuer ou qui ont cessé de prendre des neuroleptiques ont obtenu de bien meilleurs résultats que ceux qui ont continué à en prendre : 21 sur 52 (40 %) contre 9 sur 51 (18 %) se sont remis de leur premier épisode de schizophrénie<sup>63</sup>.

Les psychiatres chefs de file interprètent les études d'entretien des neuroleptiques et des pilules de dépression comme signifiant que ces médicaments sont très efficaces pour prévenir de nouveaux épisodes de psychose et de dépression, respectivement<sup>4</sup>, et que les patients devraient donc continuer à prendre ces médicaments pendant des années, voire à vie.

Des chercheurs danois ont tenté de répéter l'étude néerlandaise, mais leur essai a été abandonné parce que les patients avaient peur de ce qui se passerait s'ils ne continuaient pas à prendre leurs médicaments. Un psychiatre impliqué dans l'essai raté m'a parlé d'un autre essai de sevrage, récemment mené à Hong Kong<sup>64</sup>. Les chercheurs y ont traité les patients d'un premier épisode avec de la quétiapine (Seroquel) pendant deux ans, puis ils ont interrompu le traitement chez la moitié des patients en introduisant un placebo et ont rapporté les résultats à dix ans. Ils ont constaté que les résultats cliniques étaient médiocres chez 35 (39 %) des 89 patients du groupe ayant interrompu le traitement et chez seulement 19 (21 %) des 89 patients du groupe ayant poursuivi le traitement d'entretien.

J'ai immédiatement soupçonné que l'essai était faussé, car ce résultat était exactement à l'opposé du résultat néerlandais, et qu'ils avaient diminué le neuroleptique beaucoup trop rapidement et ainsi provoqué un sevrage brutal. Comme l'article ne contenait rien sur leur procédure de diminution progressive des doses, j'ai consulté une publication antérieure, qui faisait état des résultats à trois ans<sup>65</sup>. Ils n'ont pas diminué du tout les doses ; tous les patients randomisés pour recevoir un placebo ont été exposés à un sevrage brutal.

Le rapport à 10 ans a été fortement révélateur : « Une analyse post-hoc a suggéré que les conséquences négatives d'une interruption précoce du

traitement étaient en partie représentées par une rechute précoce pendant la période d'un an suivant l'arrêt du médicament »<sup>64</sup>.

Les enquêteurs ont défini un mauvais résultat en y agrégeant la persistance des symptômes psychotiques, la nécessité d'un traitement à la clozapine et le décès par suicide. Ils ont appelé leur essai une procédure en double aveugle, mais il est impossible de maintenir le caractère aveugle dans un essai avec les symptômes du sevrage brutal, et il est hautement subjectif de déterminer s'il existe des symptômes psychotiques et si la clozapine doit être administrée. Je suis bien davantage intéressé de savoir si les patients reprennent une vie normale, et un tableau a montré qu'après dix ans, 69 % de ceux qui ont continué à prendre leur médicament étaient employés contre 71 % dans le groupe avec sevrage brutal, un résultat assez remarquable compte tenu des dommages iatrogènes infligés à ce dernier groupe.

Je considère cet essai comme fortement contraire à l'éthique car certains patients se suicident lorsqu'ils ressentent les effets du sevrage brutal. Robert Whitaker a démontré qu'une telle conception d'essai était mortelle<sup>1,66</sup>. Un patient en est décédé pour 145 patients entrés dans les essais sur la rispéridone (Janssen), l'olanzapine (Eli Lilly), la quétiapine (AstraZeneca) et le sertindole (Lundbeck), mais aucune de ces morts n'a été mentionnée dans la littérature scientifique, et la FDA n'a pas exigé qu'elles le soient. Le taux de suicide dans ces essais cliniques s'est avéré 2 à 5 fois supérieur à la norme.

Il n'est pas étonnant que ce soit AstraZeneca, vendeur de la quétiapine, qui ait financé avec enthousiasme cet essai à Hong Kong, un essai sérieusement biaisé en faveur de leur médicament<sup>64</sup>.

Les efforts des enquêteurs pour expliquer ce qu'ils ont trouvé m'ont estomaqué. Ils ont écrit que leur résultat de la troisième année a soulevé la suggestion que « il pourrait y avoir une fenêtre temporelle ou une période critique pendant laquelle une rechute pourrait modifier le cours des choses ». La plausibilité de l'existence d'une telle fenêtre temporelle entre la deuxième et la troisième année est nulle. Comme l'incidence d'une rechute et le moment de celle-ci sont fortement variables, il ne peut exister une telle fenêtre temporelle. Les psychiatres ont délibérément porté préjudice à la moitié de leurs patients, mais ils ont conclu qu'ils ne

s'étaient pas trompés et que leurs patients, ou leur maladie, ou encore une "fenêtre temporelle", étaient à blâmer.

### Absence d'aveuglement

En raison des effets secondaires évidents des médicaments psychiatriques, les essais dits en double aveugle ne sont pas en fait en double aveugle. Un grand nombre de patients - et leurs médecins - savent qui prend un médicament et qui prend un placebo<sup>4</sup>. Il suffit d'une levée minime de l'aveugle lors d'un essai en double aveugle pour que les petites différences enregistrées s'expliquent uniquement par un biais dans l'évaluation des résultats sur une échelle d'évaluation subjective<sup>4</sup>.

Dans les essais supposés être réalisés en double aveugle, les enquêteurs peuvent faire état d'effets positifs qui n'existent que dans leur imagination. C'est ce qui s'est passé lors d'un célèbre essai financé par l'Institut national de la santé mentale des États-Unis en 1964, qui est encore très souvent cité comme une preuve de l'efficacité des neuroleptiques. Il s'agissait d'un essai portant sur 344 patients avec schizophrénie nouvellement admis, qui ont été randomisés pour recevoir des phénothiazines telles que la chlorpromazine ou bien un placebo<sup>67</sup>. Les enquêteurs ont rapporté, sans fournir aucune donnée chiffrée, que les médicaments réduisaient l'apathie et rendaient les mouvements moins retardés. C'est l'exact opposé de ce que ces médicaments font aux personnes, ce que les psychiatres avaient admis une décennie plus tôt<sup>3</sup>. Les enquêteurs ont affirmé que les médicaments avaient un effet bénéfique énorme sur la participation sociale (ampleur de l'effet de 1,02) et qu'ils rendaient les patients moins indifférents à leur environnement (ampleur de l'effet de 0,50). Les médicaments ont l'effet inverse. Ils ont également affirmé, sans aucune donnée, que 75 % contre 23 % des patients avaient une amélioration marquée ou modérée et ont suggéré que les médicaments ne soient plus appelés tranquillisants mais antischizophréniques. Leur étude a contribué à façonner les croyances erronées selon lesquelles la schizophrénie pouvait être guérie par des médicaments et que les neuroleptiques devraient être pris indéfiniment<sup>1</sup>.

Les neuroleptiques n'ont pas d'effets cliniquement pertinents sur la psychose. Malgré les formidables biais dans les essais - la méthode du sevrage brutal, l'absence d'aveuglement et le financement de l'industrie qui

consiste à torturer les données jusqu'à en obtenir la confession désirée<sup>4,51</sup> - et bien les résultats publiés ont été très médiocres<sup>4</sup>. L'effet le moins pertinent sur le plan clinique correspond à environ 15 points sur l'échelle des syndromes positifs et négatifs (*PANSS*)<sup>68</sup> couramment utilisée dans les essais. Pourtant, ce qui a été rapporté dans les essais contrôlés par placebo de médicaments récents soumis à la FDA n'était que de 6 points<sup>69</sup> - même si les scores s'améliorent facilement lorsqu'une personne est assommée par un tranquillisant et exprime moins fréquemment des idées anormales<sup>9</sup>.

Les médicaments contre la dépression ne fonctionnent pas non plus. Le plus petit effet perceptible sur l'échelle de Hamilton est de 5 à 6<sup>70</sup>, mais seulement 2 points environ sont obtenus dans des essais biaisés<sup>71,72</sup>.

Certaines méta-analyses ont trouvé que l'effet des pilules de dépression était plus important chez les patients sévèrement déprimés<sup>71,73,74</sup> et que les pilules étaient généralement recommandées pour les dépressions sévères et parfois aussi pour les dépressions modérées. Cependant, les effets rapportés sont très faibles pour toutes les sévérités de dépression, par exemple 2,7 pour les patients dont le score de Hamilton de base est supérieur à 23, ce qui est considéré comme une dépression très sévère<sup>74</sup>, et 1,3 pour les degrés plus légers<sup>71</sup>. De plus, il est probable que ce ne soit qu'un simple artefact mathématique si l'effet paraît légèrement plus important dans le cas d'une dépression grave<sup>75</sup>. Comme les scores de base pour la dépression sévère sont plus élevés que pour la dépression légère, tout biais influencera davantage le résultat mesuré chez les patients avec dépression sévère par rapport à ceux qui dépriment légèrement. Si nous supposons que le biais de levée de l'aveugle est de 10 % lors de l'estimation de l'effet dans le groupe médiqué et, pour la simplicité de l'exemple, qu'il n'y ait pas de biais dans le groupe placebo et aucune amélioration entre le point de départ et la visite finale, alors un score de base de Hamilton de 25 serait encore de 25 après le traitement. Mais en raison du biais, il y aurait une différence de 2,5 points entre le médicament et le placebo. Si le point de départ est de 15, cette différence ne serait que de 1,5.

Le petit effet des pilules de dépression mesuré lors d'essais biaisés disparaît si le placebo contient de l'atropine, qui a des effets secondaires similaires à ceux des pilules, par exemple la sécheresse de la bouche<sup>76</sup>. De tels essais ont été réalisés il y a de nombreuses années lorsque les

médicaments de la dépression étaient les molécules tricycliques. De nombreux psychiatres affirment qu'elles sont plus efficaces que les nouvelles pilules de la dépression (mais aussi plus dangereuses, c'est pourquoi elles sont rarement utilisées). Malgré cela, l'effet mesuré dans sept essais avec de l'atropine dans le placebo ne correspondait qu'à 1,3 sur l'échelle de Hamilton<sup>76</sup>. “L'effet” des médicaments plus récents est d'environ 2,3, soit presque le double<sup>71,72</sup>.

Il est très facile de faire “fonctionner” presque toutes les substances ayant des effets secondaires dans les cas de dépression, y compris les stimulants<sup>77</sup>. Trois des 17 points de l'échelle de Hamilton concernent l'insomnie, et ce seul élément peut rapporter six points sur l'échelle<sup>53</sup>, soit trois fois plus que “l'effet” noté dans les essais biaisés. Et si une personne passe d'une anxiété maximale à une absence d'anxiété, elle peut gagner huit points.

### Résultats non pertinents

Quels sont les objectifs des médecins en matière de médicaments ? Avant tout, éviter les suicides et les décès dus à d'autres causes. En outre, ils veulent permettre aux patients de retrouver une vie normale, avec de bons contacts sociaux.

Parfois, cela ne peut pas être obtenu. La plupart des patients qui reçoivent un diagnostic de dépression mènent une vie déprimante, par exemple s'ils sont mariés à la mauvaise personne, s'ils ont un patron qui les harcèle, un travail fastidieux ou une maladie chronique, et il n'appartient guère aux médecins d'essayer de les sortir d'une telle situation. De plus, il n'existe pas de pilules pour cela, mais ces personnes se voient néanmoins prescrire de façon routinière des pilules de dépression, qui sont considérés comme “la solution” aux difficultés de la vie.

Un score sur une échelle de notation ne nous dit pas si le patient va bien. Plus d'un millier d'essais contre placebo ont été réalisés sur des pilules de dépression, mais je n'en ai vu aucun qui sache mesurer si les patients étaient *guéris* par un médicament, c'est-à-dire s'ils revenaient à une vie productive normale. Si de tels essais existaient, nous en aurions eu connaissance. A moins que ceux-ci n'aient montré que les médicaments

aggravent la situation et qu'ils ne soient alors en conséquence enterrés dans les archives de la compagnie<sup>4</sup>.

Selon le manuel des maladies de l'Association américaine de psychiatrie, le DSM-5, la dépression majeure est avérée lorsque le patient présente 5 ou plus des 9 symptômes qui « entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. » Compte tenu de la définition de la maladie, il n'est pas logique que les essais de médicaments n'évaluent pas ces conséquences sur le fonctionnement de la personne.

Un essai portant sur ces conséquences pour la personne a été réalisé, mais il n'était pas approprié, car il s'agissait d'un essai de sevrage. Cet essai nous a seulement dit que les dommages causés aux patients par le sevrage brutal infligé par les psychiatres étaient plus importants pour certains médicaments que pour d'autres<sup>78</sup>. Sans surprise, les patients sous fluoxétine (le produit du sponsor, Eli Lilly) pouvaient supporter une courte interruption de traitement quand ils ont reçu le placebo car ce médicament a un métabolite actif avec une très longue demi-vie. La paroxétine en revanche, a une demi-vie courte, et même après avoir manqué une seule dose, une augmentation statistiquement significative des effets nocifs s'est produite, qui s'est aggravée au cours des cinq jours suivants.

L'essai de Lilly a été grossièrement contraire à l'éthique. Les symptômes d'abstinence après le sevrage de la paroxétine étaient sévères, ce qui était prévisible sur la base des observations cliniques et à partir d'une étude précédente similaire également parrainée par Lilly<sup>79</sup>. Les patients ont présenté « une aggravation statistiquement significative des nausées, des rêves inhabituels, de la fatigue, de l'irritabilité, une humeur instable ou changeant rapidement, des difficultés de concentration, des douleurs musculaires, un sentiment de tension, des frissons, des troubles du sommeil, de l'agitation et de la diarrhée pendant la substitution par le placebo »<sup>78</sup>. Dans l'essai précédent de Lilly<sup>79</sup>, environ un tiers des patients sous paroxétine ou sertraline avaient connu une aggravation de leur humeur, de l'irritabilité et de l'agitation, et ils avaient une augmentation du score de Hamilton d'au moins huit points, ce qui correspond à la différence entre légèrement déprimé et sévèrement déprimé<sup>74</sup>.

Lilly a sacrifié les patients pour un avantage commercial. De nombreux patients ont souffert d'une dépression de l'abstinence causée par la

conception cruelle de l'essai, et les divers effets indésirables qu'ils ont subis ont accru les risques de suicide, de violence et d'homicide<sup>4</sup>. Cela était connu bien avant la réalisation de l'essai<sup>2,4,80</sup>.

Résultats sans surprise : « Les patients traités à la paroxétine ont signalé une détérioration statistiquement significative de leur fonctionnement au travail, de leurs relations, de leurs activités sociales et de leur fonctionnement général »<sup>78</sup>.

1 Si l'on vous demande de participer à un essai clinique avec un médicament psychiatrique, vous devrez étudier très attentivement de quoi il s'agit et si c'est éthiquement acceptable.

2 Demandez au médecin toute la documentation, y compris le protocole d'essai complet et la brochure de l'investigateur, qui pourraient être le seul endroit où les dommages ont été répertoriés, ainsi qu'à partir des expériences sur l'animal.

3 Faites attention aux conflits d'intérêts. Le médecin ou le service bénéficieront-ils financièrement de la conduite de l'essai ?

4 Les données brutes sous forme anonyme seront-elles mises à la disposition des enquêteurs et des chercheurs indépendants, leur permettant de conduire leurs propres analyses ? Tous les patients qui demandent ces données les obtiendront-ils ?

5 Assurez-vous d'obtenir une confirmation écrite avant de prendre une décision. Si les données ne sont pas disponibles ou si votre médecin ne se sent pas à l'aise lorsque vous posez la question, vous devez refuser de participer et aussi publier votre expérience comme un dissuasif futur envers les mauvaises pratiques de recherche et également pour avertir les autres patients.

## **Suicides, autres décès et autres effets indésirables graves**

C'est un secret bien gardé de savoir combien de personnes sont tuées par les médicaments psychiatriques. Cela a été occulté de nombreuses façons.

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<sup>51</sup>. 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<sup>51</sup>.

Les fraudes aux conséquences fatales sont courantes dans les essais de médicaments<sup>4,51</sup> 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<sup>51</sup>.

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<sup>81</sup>.

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<sup>4</sup>. 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<sup>82</sup>. 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.

Comme la moitié des décès sont absents, en moyenne, des recherches publiées<sup>81</sup>, 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<sup>83</sup>.

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<sup>84</sup>. 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)<sup>83</sup>. 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 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 ?

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 »<sup>85</sup>, 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)<sup>86</sup>. 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<sup>87</sup>.

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 espérons qu'il ferait en sorte que les expériences des enquêteurs contenues dans leurs dossiers soient rendues publiques en

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 léthales 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<sup>88</sup>, 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<sup>89</sup>. 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<sup>90</sup>.*

*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<sup>91</sup>.*

*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 avons 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.

Contrairement aux auteurs de l'étude TIPS, la professeure de psychiatrie danoise Merete Nordentoft s'est montrée 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<sup>92</sup>. 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.

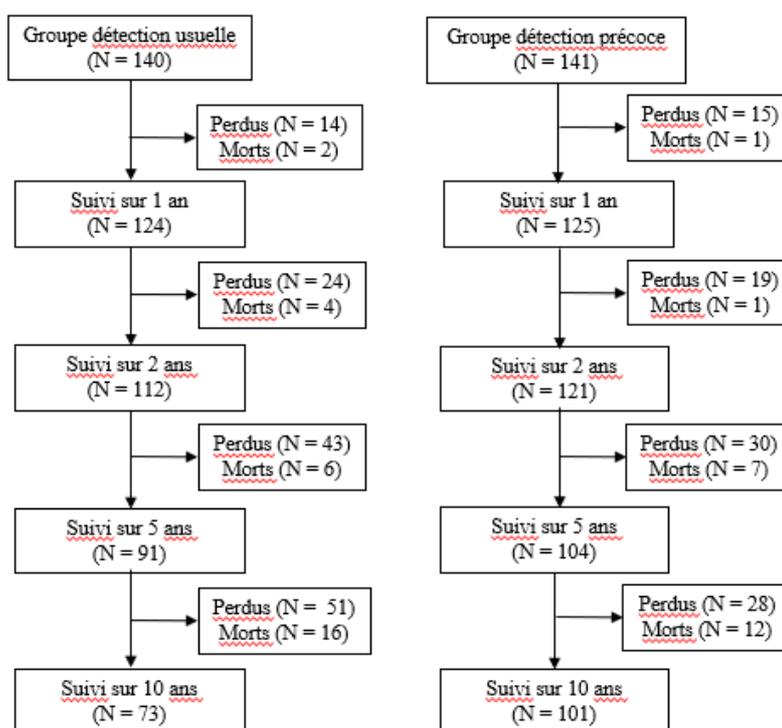
Le silence était décourageant. En décembre 2017, le Conseil norvégien de la recherche a publié sa politique concernant l'accès aux données de recherche pour les autres chercheurs, ce qui ne laissait aucun doute sur le fait que cela devait se faire, sans délai, et au plus tard au moment où les chercheurs 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<sup>86</sup> 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 :

<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<sup>4</sup>. 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 « 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 polymédication. 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 ?

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<sup>36</sup>.

### 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<sup>36</sup> :

*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.*

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<sup>29,30</sup>.

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* :



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<sup>4,51</sup>, 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<sup>36</sup>. 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<sup>38</sup>, 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<sup>36,94</sup>.

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<sup>36</sup>, 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<sup>36</sup> :

*Les dirigeants de Cochrane sont devenus obsédés par le fait que Gøtzsche ait utilisé le papier à en-tête du Centre Cochrane nordique pour*

*envoyer 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.*

### 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<sup>4</sup>. 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<sup>4</sup>.

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<sup>95</sup>. 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<sup>45</sup>.

## **Pilules de dépression**

Les pilules de dépression sont l'enfant-vedette de la psychiatrie, les médicaments dont on entend le plus parler et celles qui sont le plus utilisées : dans certains pays, par plus de 10 % de la population.

Comme on l'a dit, c'est l'un des secrets les mieux gardés de la psychiatrie que les psychiatres tuent de nombreux patients avec les neuroleptiques. Un autre secret bien gardé est qu'ils tuent également de

nombreux patients avec les pilules de dépression, par exemple les patients âgés qui perdent l'équilibre et se fracturent la hanche<sup>4,96</sup>.

Les psychiatres se sont battus vraiment dur pour cacher la terrible vérité selon laquelle les pilules de dépression doublent le risque de suicide, non seulement chez les enfants mais aussi chez les adultes<sup>2,4,97-100</sup>. Les essais contre placebo sont extrêmement trompeurs à cet égard, et on a beaucoup écrit sur la façon dont les compagnies pharmaceutiques avaient caché les pensées suicidaires, les comportements suicidaires, les tentatives de suicide et les suicides dans les rapports d'essais cliniques publiés, soit en escamotant les événements sous le tapis afin que personne ne les voie, soit en les désignant autrement<sup>2,4,101</sup>. Cette fraude massive est une pratique de routine pour les laboratoires pharmaceutiques. J'y ai consacré une large part de mon livre de psychiatrie de 2015<sup>4</sup>, donc je mentionnerai seulement ici quelques résultats de recherche récents.

Mon groupe de recherche a découvert que, par rapport au placebo, les médicaments de la dépression doubleraient la fréquence des événements précurseurs définis par la FDA pour le suicide et la violence chez les volontaires adultes en bonne santé<sup>97</sup> ; qu'elles augmentent l'agressivité chez les enfants et les adolescents de 2 à 3 fois<sup>55</sup>, une constatation très importante si l'on considère les nombreuses fusillades dans les écoles où les tueurs étaient sous pilules de dépression ; et qu'elles augmentent le risque de suicide et de violence de 4 à 5 fois chez les femmes d'âge moyen souffrant d'incontinence urinaire d'effort, un résultat évalué selon les événements précurseurs définis par la FDA<sup>98</sup>. En outre, deux fois plus de femmes ont vécu un événement psychotique de base ou potentiel<sup>98</sup>.

Les psychiatres rejettent les résultats des recherches qui vont à l'encontre de leurs intérêts. Ils ont également critiqué notre utilisation des événements précurseurs, mais il n'y a rien de mal à le faire. L'utilisation d'événements précurseurs du suicide et de la violence est similaire à l'utilisation de facteurs de pronostic pour les maladies cardiaques. Comme le tabagisme et l'inactivité augmentent le risque de crise cardiaque, nous recommandons aux personnes d'arrêter de fumer et de commencer à faire de l'exercice.

Il est cruel que la plupart des responsables de la psychiatrie affirment, même à la télévision nationale<sup>102</sup>, que les pilules de dépression peuvent être administrées sans danger aux enfants parce qu'il n'y a pas eu

d'augmentation statistiquement significative des suicides lors des essais, mais seulement une augmentation des pensées et des comportements suicidaires, comme s'il n'existait aucune relation entre les deux<sup>4</sup>. Les psychiatres récompensent les entreprises pour leur fraude tandis qu'elles sacrifient les enfants. Nous savons tous qu'un suicide commence par des pensées suicidaires, suivies de préparations et d'une ou plusieurs tentatives.

Un psychiatre américain qui a soutenu que le comportement suicidaire ne devait pas compter parce qu'il est « un substitut non validé et inapproprié » s'est contredit, puisqu'il a écrit dans le même document, « un antécédent de tentative de suicide est l'un des plus forts prédicteurs d'un suicide complet », et il a également écrit que le taux de suicide est 30 fois plus élevé chez les personnes ayant déjà tenté de se suicider par rapport aux autres<sup>103</sup>. Il s'agit là d'une dissonance cognitive à part entière qui a des conséquences mortelles pour nos enfants.

Lorsque j'ai écrit mon livre de 2015, il m'est apparu clairement que le nombre de suicides devait être accru non seulement chez les enfants, mais aussi chez les adultes, mais les nombreuses analyses et études étaient confuses, certaines ayant constaté cela et d'autres non<sup>4</sup>.

Le cœur du problème est que de nombreuses tentatives de suicide et de nombreux suicides sont passés sous silence dans les études. En 2019, j'ai trouvé des preuves supplémentaires de ce fait, lorsque j'ai comparé une publication d'essai<sup>104</sup> avec le rapport d'étude clinique correspondant de 1008 pages soumis aux autorités de régulation des médicaments<sup>105</sup>. Les auteurs du rapport publié n'ont pas mentionné que deux des 48 enfants sous fluoxétine ont tenté de se suicider contre aucun des 48 enfants sous placebo. Le premier auteur, Graham Emslie, a faussement attribué le financement de l'essai à l'Institut national américain de la santé mentale, mais les données de la FDA ont montré que l'étude était sponsorisée par le fabricant de fluoxétine, Eli Lilly<sup>106</sup>.

Les tentatives de suicide et les suicides complétés ne sont pas seulement dissimulés au cours de l'essai. Le plus souvent, ils sont également omis lorsqu'ils surviennent juste après la fin de la phase de tirage au sort<sup>4</sup>.

Essais de sertraline chez les adultes ; n : nombre de suicides et de tentatives de suicide ; N : nombre de patients ; suivi : temps après la fin de la phase randomisée ; RR : rapport de risque ; IC : intervalle de confiance.

	Suivi	Sertraline		Placebo		RR	(IC 95 %)
		n	N	n	N		
FDA 2006 <sup>107</sup>	24 heures	7	6950	7	6047	0,87	(0,31 à 2,48)
Pfizer 2009 <sup>108</sup>	24 heures	5	6561	8	5480	0,52	(0,17 à 1,59)
Pfizer 2009 <sup>108</sup>	30 jours	25	10917	14	9006	1,47	(0,77 à 2,83)
Gunnell 2005 <sup>109</sup>	> 24 heures	24	7169	8	5108	2,14	(0,96 à 4,75)

Lorsque la FDA a effectué une méta-analyse de la sertraline utilisée chez les adultes (tableau 30 de son rapport)<sup>107</sup>, elle n'a pas constaté d'augmentation des suicides, des tentatives de suicide ou des automutilations combinés, rapport de risque de 0,87, intervalle de confiance à 95 % de 0,31 à 2,48.

La propre méta-analyse de Pfizer a constaté une réduction de moitié des événements suicidaires lorsque tous les événements survenus plus de 24 heures après l'arrêt de la phase randomisée étaient omis<sup>108</sup>. Cependant, lorsque Pfizer a inclus les événements survenus jusqu'à 30 jours plus tard, il en est résulté une augmentation des événements de suicidalité d'environ 50 %.

Une méta-analyse menée en 2005 par des chercheurs indépendants à partir des données de l'autorité britannique de régulation des médicaments a révélé un doublement du nombre de suicides ou d'automutilations lorsque les événements survenus après 24 heures étaient pris en compte<sup>109</sup>. Ces chercheurs ont noté que les compagnies avaient sous-déclaré le risque de suicide dans leurs essais, et ils ont également constaté que l'automutilation non mortelle et la seule suicidalité étaient sérieusement sous-déclarés par rapport aux suicides.

Une autre méta-analyse réalisée en 2005 par des chercheurs indépendants sur les essais publiés était très importante, car elle portait sur tous les médicaments (87 650 patients) et tous les âges<sup>110</sup>. Elle a trouvé deux fois plus de tentatives de suicide sous médicament que sous placebo, le rapport de cotes (qui est le même que le rapport de risque lorsque les

événements sont rares) étant de 2,28 ; IC de 95 % : 1,14 à 4,55. Les enquêteurs ont signalé que de nombreuses tentatives de suicide ont dû manquer dans le décompte. Certains des enquêteurs des essais ont répondu qu'il y avait des tentatives de suicide qu'ils n'avaient pas signalées, tandis que d'autres leur ont répondu qu'ils ne les cherchaient même pas. En outre, les événements survenus peu après l'arrêt du traitement actif n'ont pas été comptabilisés.

La raison pour laquelle il est tellement important d'inclure les événements suicidaires qui surviennent après la fin de la phase de randomisation est que cela reflète beaucoup mieux ce qui se passe dans la vie réelle que dans un essai strictement contrôlé où les chercheurs motivent les patients à prendre chaque dose du médicament à l'essai. Dans la vie réelle, les patients manquent des doses parce qu'ils oublient de prendre les pilules au travail, à l'école ou pendant un week-end, ou ils introduisent un congé de médicament parce que les pilules les ont empêchés d'avoir des relations sexuelles (voir ci-dessous).

Ce qui se passe quand l'essai est terminé varie d'un essai à l'autre. Parfois, les patients se voient proposer un traitement actif, parfois seuls les patients traités poursuivent le traitement actif, et parfois il n'y a pas de traitement.

En 2019, deux chercheurs européens ont enfin mis un terme au déni féroce des psychiatres par rapport à la dangerosité des pilules de dépression pour les adultes. Ils ont réanalysé les données de la FDA et ont inclus les effets indésirables survenus lors du suivi<sup>99</sup>. Ils ont été critiqués et ont publié des analyses supplémentaires<sup>100</sup>. Comme d'autres chercheurs, ils ont découvert que les événements suicidaires avaient été manipulés, par exemple « Deux suicides enregistrés par erreur dans le groupe placebo du programme d'approbation de la paroxétine ont été retirés »<sup>100</sup>. Ces chercheurs ont rapporté deux fois plus de suicides dans les groupes actifs que dans les groupes placebo, le rapport de cotes étant de 2,48 (IC de 95 % : 1,13 à 5,44).

Il ne devrait plus y avoir de débat sur la question de savoir si les pilules de dépression provoquent des suicides à tout âge. Elles le font. Même la FDA, qui a fait tout son possible pour protéger les compagnies pharmaceutiques commercialisant les pilules de la dépression<sup>2,4</sup>, a été

contrainte de céder lorsqu'elle a admis en 2007, du moins indirectement, que ces pilules pouvaient provoquer des suicides à tout âge<sup>4,111</sup> :

*« Tous les patients traités par des antidépresseurs, quelle que soit leur indication, doivent faire l'objet d'une surveillance appropriée et être observés de près pour déceler toute aggravation clinique, toute suicidalité et tout changement inhabituel de comportement, en particulier au cours des premiers mois de la thérapie médicamenteuse ou lors des changements de dose, qu'il s'agisse d'augmentations ou de diminutions. Les symptômes suivants, anxiété, agitation, crises de panique, insomnie, irritabilité, hostilité, agressivité, impulsivité, akathisie (agitation psychomotrice), hypomanie et manie, ont été signalés chez des patients adultes et pédiatriques traités par des antidépresseurs ... Il est conseillé aux familles et aux soignants des patients d'être attentifs à l'apparition de ces symptômes au quotidien, car les changements peuvent être brusques. »*

La FDA a finalement admis que les médicaments de la dépression pouvaient provoquer la folie à tout âge et que ces médicaments étaient très dangereux ; sinon, une surveillance quotidienne ne serait pas nécessaire. Il faut cependant dire que la surveillance quotidienne est une fausse solution à un problème de médicament mortel. Les personnes ne peuvent pas être surveillées à chaque minute, et beaucoup se sont suicidés par des moyens violents, par exemple par pendaison, par balle, en se poignardant ou en sautant devant un train, peu après avoir semblé aller parfaitement bien devant leurs proches<sup>2,4</sup>.

Mais le déni organisé se poursuit sans relâche<sup>4</sup>. Deux ans après l'annonce de la FDA, le gouvernement australien a déclaré : « Le terme de suicidalité couvre les idées suicidaires (pensées sérieuses sur le fait de s'ôter la vie), les plans suicidaires et les tentatives de suicide. Les personnes qui ont des idées suicidaires et des plans de suicide courent un risque accru de tentatives de suicide, et les personnes qui ont toutes sortes de pensées et de comportements suicidaires courent un risque accru de suicide complété »<sup>112</sup>.

C'est vrai, mais pourquoi le suicide lui-même n'est-il pas inclus dans la suicidalité ? Si vous voulez savoir à quel point l'alpinisme est dangereux, et que vous incluez les blessures lorsque les gens pensent sérieusement à escalader des montagnes et fréquentent un centre de remise en forme, et les blessures lorsqu'ils prévoient d'escalader une montagne et lorsqu'ils

tentent de le faire, excluriez-vous alors les décès dus à des chutes ? Bien sûr que non, mais c'est ce que le gouvernement australien a fait. Ils ont montré la prévalence du suicide au cours de la vie, divisée en idées suicidaires, plan de suicide et tentative de suicide, mais il n'y avait pas de données sur les suicides<sup>112</sup>.

Le chemin à parcourir est encore long. Lors de l'examen de 39 sites web populaires dans 10 pays, que nous avons effectué en 2018, nous avons constaté que 25 d'entre eux affirmaient que les médicaments de la dépression pouvaient entraîner une augmentation des idées suicidaires, mais que 23 (92%) d'entre eux contenaient des informations incorrectes, et que seuls deux (5 %) sites web indiquaient que le risque de suicide était accru chez les personnes de tous âges<sup>32</sup>.

Les pilules de dépression peuvent provoquer des violences et des homicides<sup>2,4</sup>. Mais c'est aussi l'un des secrets bien gardés de la psychiatrie. Aux États-Unis, en particulier, les psychiatres et les autorités ne disent pas au public si l'auteur du crime prenait une pilule de la dépression. Cela peut prendre beaucoup de temps et impliquer des demandes de liberté d'accès à l'information ou des poursuites judiciaires avant que quoi que ce soit ne soit révélé.

Il a fallu un certain temps avant que nous apprenions que le pilote allemand chevronné qui avait emporté un avion entier avec lui lorsqu'il s'est suicidé dans les Alpes, et que le chauffeur de bus belge qui avait tué de nombreux enfants en percutant un mur avec son bus, également dans les Alpes, étaient chacun sous pilule de dépression.

Nous avons soupçonné une grave sous-déclaration des effets indésirables dans les rapports d'études cliniques que nous avons examinés : certains résultats n'apparaissaient que dans les listes de patients individuels en annexes, des documents que nous possédions pour 32 seulement de nos 70 essais, et nous n'avions aucun formulaire de rapport de cas pour tous ces essais ; malgré cela, nous avons trouvé des événements alarmants, que vous ne verrez jamais dans les publications des revues médicales<sup>55</sup>. Voici quelques exemples :

Quatre décès ont été mal déclarés par la compagnie, dans tous les cas en faveur du médicament actif.

Un patient recevant de la venlafaxine a tenté de se suicider par strangulation sans prévenir et est mort cinq jours plus tard à l'hôpital. Bien que la tentative de suicide ait eu lieu le 21<sup>e</sup> jour sur les 56 jours de traitement randomisé, le décès a été qualifié d'événement post-étude car il s'est produit à l'hôpital où le traitement a été interrompu en raison de la tentative de suicide.

Bien que les récits des patients ou les listes individuelles de patients aient montré qu'il s'agissait de tentatives de suicide, 27 de ces 62 tentatives ont été codées comme une « labilité émotionnelle » ou une « aggravation de la dépression », c'est ce que vous voyez dans les publications, et non les tentatives de suicide.

Une tentative de suicide (surdose intentionnelle de paracétamol chez un patient sous fluoxétine) a été décrite dans les tableaux des effets indésirables comme une « élévation des enzymes hépatiques », ce que vous obtenez si vous buvez un peu d'alcool.

Il est particulièrement significatif, par rapport aux nombreuses fusillades dans les écoles, que les événements suivants concernant 11 patients prenant un médicament de la dépression aient été répertoriés sous la rubrique « agression » ; on lit dans les descriptions de ces événements indésirables graves advenus aux patients : menace de meurtre, idées de meurtre, attaque physique, abus sexuel, menace d'emporter une arme à feu à l'école, dommages matériels, coups de poing sur des objets ménagers, attaque physique avec violence, abus verbaux et menaces agressives, et belligérance.

L'akathisie ou acathisie est un horrible sentiment d'agitation intérieure, qui augmente le risque de suicide, de violence et d'homicide. Nous ne pouvions identifier l'akathisie que si nous avons accès aux expressions recueillies avant codage dites verbatim, mais nous avons néanmoins constaté que l'akathisie, comme l'agressivité, était deux fois plus fréquente avec les médicaments qu'avec le placebo. Dans trois essais de sertraline où nous avons eu accès à la fois aux expressions verbatim et codées privilégiées, l'akathisie a été codée comme « hyperkinésie », et les erreurs de codage semblent avoir été fréquentes également dans les essais de paroxétine puisque nous n'avons pas trouvé un seul cas d'akathisie.

Pour les médicaments d'Eli Lilly, la fluoxétine et la duloxétine, nous avons comparé nos résultats avec les résumés des rapports d'essais qui sont disponibles sur le site web de l'entreprise.

Dans la plupart des cas, les effets indésirables n'étaient montrés que s'ils survenaient, par exemple, chez 5 % des patients au minimum. De cette manière, les compagnies peuvent éviter de signaler de nombreux effets indésirables graves. Nous avons constaté que les événements suicidaires et les effets indésirables augmentant le risque de violence étaient sérieusement sous-déclarés :

Seules 2 des 20 tentatives de suicide (17 sous médicament, 3 sous placebo) ont été documentées. Aucun des 14 événements d'idéation suicidaire (11 contre 3) n'a été mentionné. Seuls 3 cas d'akathisie (15 contre 2) ont été mentionnés.

L'akathisie est également observée avec d'autres médicaments psychiatriques, par exemple les neuroleptiques (voir ci-dessous). *Akathisia* est un mot grec qui signifie incapacité à rester assis. Les patients peuvent se comporter de manière agitée, qu'ils ne peuvent pas contrôler, et ils peuvent éprouver une rage insupportable, des délires et une dissociation<sup>80</sup>. Ils peuvent marcher sans fin, bouger sur leur chaise et se tordre les mains - ce qui a été décrit comme des actions qui reflètent un tourment intérieur<sup>1</sup>. L'akathisie ne présente pas nécessairement de symptômes visibles, mais elle peut être une anxiété et une agitation intérieures extrêmes, ce qui est décrit dans les notices d'informations sur le produit Zyprexa. Dans une étude, 79 % des patients souffrant de maladies mentales qui avaient tenté de se suicider souffraient d'akathisie<sup>1</sup>. Une autre étude a rapporté que la moitié de toutes les bagarres dans un service psychiatrique étaient liées à l'akathisie<sup>5,113</sup>, et une troisième étude a révélé que des doses modérées à élevées d'halopéridol, un neuroleptique, rendaient la moitié des patients nettement plus agressifs, parfois au point de vouloir tuer leur psychiatre<sup>1</sup>.

Comme les pilules de dépression ont des effets purement symptomatiques et de nombreux inconvénients, il est très important de savoir ce que les patients pensent d'elles lorsqu'ils évaluent les avantages par rapport aux inconvénients. Ils le font lorsqu'ils décident de poursuivre un essai jusqu'au bout ou de l'abandonner.

C'était un travail énorme que d'étudier les abandons dans les essais contrôlés par placebo. Nous avons inclus 71 rapports d'études cliniques que nous avons obtenus des agences médicales européennes et britanniques, qui disposaient d'informations sur 73 essais et 18 426 patients. Personne, à part mon groupe de recherche, n'avait jamais lu les 67 319 pages concernant ces essais auparavant, ce qui représente 7m de documents si on les empile. Mais cela en valait bien l'effort ; 12 % de patients de plus ont abandonné alors qu'ils prenaient un médicament par rapport à ceux prenant un placebo<sup>114</sup>.

C'est un résultat terriblement important. Les psychiatres estiment que les pilules de dépression font plus de bien que de mal<sup>4</sup>, et les patients sont d'avis contraire. Les patients ont préféré le placebo, même si certains d'entre eux ont été victimes des effets du sevrage. Cela signifie que les médicaments sont encore pires que ne le montrent les essais avec sevrage brutal.

Comme nous avons accès à des données détaillées, nous pouvions inclure dans nos analyses des patients que les enquêteurs avaient exclus, par exemple au motif que certaines mesures n'avaient pas été effectuées. Notre résultat est unique et fiable, en contraste avec les études de synthèse qui l'ont précédé en utilisant principalement les données publiées. Celles-ci n'ont pas trouvé davantage d'abandons avec les médicaments qu'avec le placebo<sup>114</sup>, par exemple, une vaste étude de synthèse de 40 essais (6391 patients) a indiqué que les abandons étaient les mêmes (risque relatif de 0,99) lorsque la paroxétine était comparée au placebo.

Ensuite, nous avons décidé de nous pencher sur la qualité de vie dans les mêmes essais. Compte tenu de nos résultats sur les abandons, du faible bénéfice des médicaments de la dépression, un bénéfice qui est dénué de toute pertinence vis à vis des patients, et des nombreux et fréquents effets néfastes des médicaments, nous nous attendions à ce que la qualité de vie soit pire avec les pilules qu'avec le placebo.

Nous étions peut-être un peu naïfs, parce que nous étions maintenant trop proches des secrets des pilules de dépression. Ce que nous avons trouvé - ou plutôt que n'avons pas trouvé - était choquant<sup>115</sup>. Les informations sur la qualité de vie en rapport avec la santé étaient pratiquement inexistantes. Dans cinq essais, il n'était pas spécifié quel instrument était utilisé et aucun résultat n'était disponible. Nous avons inclus 15 essais

(4717 patients et 19 015 pages de rapports d'étude), une quantité substantielle de données sur lesquelles fonder des conclusions. Cependant, 9 des 15 rapports d'études cliniques montraient des communications sélectives, et dans les registres en ligne des entreprises, il y avait des communications sélectives pour les 15 essais. Nous avons reçu 20 publications d'Eli Lilly et en avons récupéré 6 dans le registre de GlaxoSmithKline. Vingt-quatre des vingt-six publications comprennent des communications sélectives. Malgré cette vaste pratique de communications sélectives, nous n'avons trouvé que de petites différences entre les médicaments et les placebos.

C'était plus qu'un barrage routier, c'était du sabotage. Les compagnies sont tenues de s'assurer que leur soumission aux autorités de régulation des médicaments pour obtenir l'autorisation de mise sur le marché est un compte rendu honnête de ce qui s'est passé, et que les données ou informations importantes n'ont pas été omises. Nous nous sommes demandé pourquoi les autorités de régulation des médicaments n'avaient pas demandé aux entreprises les données manquantes.

### **Les pilules qui détruisent votre vie sexuelle sont appelées pilules du bonheur**

Dans le monde inversé de la psychiatrie, les pilules qui détruisent votre vie sexuelle sont appelées pilules du bonheur. La moitié des patients qui avaient une vie sexuelle normale avant de commencer à prendre une pilule de dépression verront leur vie sexuelle perturbée ou rendue impossible. Les troubles sexuels peuvent devenir permanents et lorsque les patients découvrent qu'ils ne pourront plus jamais avoir de relations sexuelles, par exemple en raison de leur impuissance, certains se suicident<sup>117,118</sup>. Lorsque j'ai donné une conférence à des pédopsychiatres australiens en 2015, l'un d'entre eux a déclaré qu'il connaissait trois adolescents prenant des pilules de dépression qui avaient tenté de se suicider parce qu'ils ne pouvaient pas avoir d'érection la première fois qu'ils avaient essayé d'avoir des relations sexuelles.

C'est tellement cruel. Et pourtant, le déni professionnel est très répandu. Les patients sont souvent humiliés ou ignorés par leurs médecins qui refusent de les croire. Certains patients se font dire que de telles

complications liées à la prise de pilules de dépression sont impossibles, et d'autres sont mis sous neuroleptiques après s'être fait dire que leur problème est psychosomatique<sup>118</sup>.

Un patient qui avait envoyé quelques liens vers des études et des revues sur les dysfonctionnements sexuels après ISRS a reçu cette réponse : « Si vous souhaitez avoir un tel “syndrome”, continuez ce que vous faites ... lisez des études et des revues obscures dans des bases de données obscures et je peux vous garantir que vous l'aurez jusqu'à la fin de votre vie ! »

La plupart des patients qui prennent une pilule de dépression ont l'impression que quelque chose a changé dans leurs organes génitaux, et beaucoup se plaignent que leurs émotions continuent d'être engourdies longtemps après avoir arrêté de prendre les pilules ; ils ne se soucient pas non plus de la vie ni des autres comme ils le faisaient avant les médicaments.

Le professeur de psychiatrie David Healy m'a dit que certains patients pouvaient frotter de la pâte de piment sur leurs parties génitales sans la sentir. Dans son travail d'expert, il a vu des données que personne en dehors de l'industrie pharmaceutique n'avait jamais vues, qui sont scellées dès que l'entreprise règle à l'amiable ses procès avec les victimes. Healy a décrit que, dans certains essais de phase 1 non publiés, qui sont réalisés avant qu'un médicament ne soit testé sur des patients, plus de la moitié des volontaires en bonne santé présentaient des dysfonctionnements sexuels graves qui, dans certains cas, duraient après l'arrêt du traitement<sup>119</sup>.

L'engourdissement des parties génitales est utilisé dans le marketing. Le médicament de la dépression Priligy (dapoxétine) a été approuvé dans l'Union européenne pour traiter l'éjaculation précoce.

Il est intéressant de comparer cela avec les informations fournies sur les notices des emballages, par exemple pour le Prozac (fluoxétine)<sup>120</sup>. Dès le départ, la notice rejette la responsabilité sur le patient plutôt que sur le médicament : « les changements dans le désir sexuel, la performance sexuelle et la satisfaction sexuelle sont souvent des manifestations d'un trouble psychiatrique. » En accord avec ceci, un scientifique de la FDA a découvert que Smith-Kline Beecham avait caché des problèmes sexuels liés à la paroxétine en rejetant la faute sur les patients, par exemple l'anorgasmie féminine était codée comme trouble génital féminin<sup>121</sup>.

En juin 2019, David Healy a envoyé une pétition à Guido Rasi, le directeur de l'Agence européenne des médicaments (EMA), signée par un large groupe de cliniciens et de chercheurs. L'EMA a indiqué qu'elle demanderait aux entreprises de mentionner les dysfonctionnements sexuels durables sur les étiquettes des pilules de dépression. Six mois plus tard, Healy a envoyé une nouvelle lettre à Rasi, indiquant que les agences du médicament avaient répondu que ces affections pouvaient provenir de la maladie plutôt que du traitement. Il a ajouté : « La mélancolie, qui est très rare, peut entraîner une baisse de la libido, mais le type de dépression pour lequel les ISRS sont administrés ne fait pas baisser la libido. En effet, tout comme les gens mangent confortablement lorsqu'ils ont de la “nervosité”, ils ont souvent davantage de relations sexuelles pour tenter de gérer leur “dépression”. »

Dans sa notice<sup>120</sup>, Eli Lilly a déclaré que « certaines preuves suggèrent que les ISRS peuvent provoquer de telles expériences sexuelles indésirables. » Il ne s'agit pas de *certaines* preuves. Lorsque vous examinez *toutes les preuves*, il devient très clair que ces médicaments ruinent la vie sexuelle des personnes.

Lilly continue de nier : « Il est cependant difficile d'obtenir des estimations fiables sur l'incidence et la gravité des expériences indésirables impliquant le désir, la performance et la satisfaction sexuels, en partie parce que les patients et les médecins peuvent être réticents à en parler. » Puisque nous disposons de ces preuves, quel est alors le problème de Lilly pour reconnaître ce qu'elles montrent ?

Dans les essais de Lilly<sup>120</sup>, « la baisse de la libido était le seul effet secondaire sexuel signalé par au moins 2 % des patients prenant de la fluoxétine (4 % fluoxétine, <1 % placebo). » Si vous ne demandez pas, vous ne verrez pas les problèmes. Dans une étude soigneusement menée, 57 % des 1022 personnes qui avaient une vie sexuelle normale avant de prendre une pilule de dépression ont connu une baisse de libido ; 57 % ont un retard de l'orgasme ou de l'éjaculation ; 46 % n'ont ni orgasme ni éjaculation ; et 31 % ont des troubles de l'érection ou une diminution de la lubrification vaginale<sup>116</sup>. La notice d'emballage de Lilly ne contenait rien à ce sujet, si ce n'est : « Des cas de dysfonctionnement orgasmique, y compris d'anorgasmie, ont été signalés spontanément chez des femmes prenant de la fluoxétine. Il n'existe pas d'études adéquates et bien

contrôlées examinant le dysfonctionnement sexuel avec un traitement à la fluoxétine. Les symptômes de dysfonctionnement sexuel persistent parfois après l'arrêt du traitement à la fluoxétine. »

Certaines notices sont plus véridiques, par exemple pour la venlafaxine<sup>122</sup> : baisse de la libido 2 %, éjaculation / orgasme anormal 12 %, impuissance 6 %, et perturbation de l'orgasme 2 %. Mais c'est encore loin de la vérité.

1 Si vous vous sentez déprimé, n'allez pas voir votre médecin qui vous prescrira très probablement une pilule de dépression.

2 N'acceptez jamais de traitement avec une pilule de dépression. Cela risque de rendre votre vie plus misérable.

3 Ne croyez rien de ce que les médecins vous disent sur les pilules de dépression. C'est très probablement erroné.

4 Les pilules de dépression sont dangereuses. Elles augmentent le risque de suicide, de violence et d'homicide à tout âge.

5 Les pilules de dépression vont probablement détruire votre vie sexuelle, dans le pire des cas de façon permanente.

6 Consultez un psychothérapeute. Vous pouvez également envisager de consulter un travailleur social, un conseiller ou un avocat.

## **Lithium**

Le lithium est un métal hautement toxique utilisé pour les troubles bipolaires. Comme la plupart des autres médicaments psychiatriques, il sédate les personnes et les rend inactives. Les concentrations sériques doivent être étroitement surveillées car la toxicité peut se produire à des doses proches des concentrations thérapeutiques.

Dans les notices d'emballage, les patients et leurs familles sont avertis que le patient doit interrompre la thérapie au lithium et contacter le

médecin s'il souffre de diarrhée, de vomissements, de tremblements, d'ataxie légère (non expliquée même si peu de patients savent que cela signifie une perte de contrôle des mouvements corporels), de somnolence ou de faiblesse musculaire.

Le risque de toxicité du lithium est accru chez les patients souffrant d'une maladie rénale ou cardiovasculaire significative, d'un affaiblissement ou d'une déshydratation sévère, ou d'une déplétion en sodium, et chez les patients recevant des médicaments qui peuvent affecter la fonction rénale, par exemple certains antihypertenseurs, diurétiques et médicaments de l'arthrite destinés à soulager les douleurs. De très nombreux médicaments peuvent modifier le taux sérique de lithium, qui est donc très difficile à utiliser en toute sécurité, et la liste des effets indésirables graves est longue et effrayante<sup>123</sup>.

Les psychiatres tiennent en haute estime ce médicament très dangereux, affirmant qu'il est efficace et qu'il prévient le suicide. Cependant, les psychiatres qui ont examiné le lithium en 2013 ont conclu avec prudence<sup>124</sup>. Il y a eu six suicides dans les essais, tous sous placebo, mais les auteurs ont noté que l'existence d'un ou deux essais de taille modérée avec des résultats neutres ou négatifs pourrait changer matériellement leur conclusion. La déclaration sélective des décès est toujours un problème, en particulier avec les essais anciens, et la plupart des essais sont anciens. En outre, les patients étaient souvent titrés à la dose la plus appropriée avant que la moitié d'entre eux ne soient brusquement mis sous placebo.

Un psychiatre suédois et moi-même avons donc fait notre propre méta-analyse en excluant les essais avec sevrage brutal. Nous n'avons trouvé que quatre essais. Il y avait trois suicides dans les groupes placebo, et neuf contre deux décès en faveur du lithium, mais en raison du petit nombre et du manque de fiabilité des données (environ la moitié des décès manquent dans les essais de médicaments psychiatriques)<sup>81</sup>, nous n'avons pas tiré de conclusions définitives<sup>125</sup>.

Le lithium est-il utile ? Je suis réticent à utiliser les quatre essais que nous avons trouvés pour répondre à cette question. Ils ont montré des résultats très subjectifs, par exemple si les patients avaient rechuté ou si leur état s'était amélioré d'une certaine manière, et les essais ont dû être réalisés avec une qualité d'aveuglement médiocre car les effets secondaires du lithium sont très prononcés.

Si nous voulons savoir ce que le lithium fait aux gens, nous avons besoin d'essais à grande échelle avec quelque chose dans le placebo qui donne des effets secondaires afin qu'il soit plus difficile de rompre l'aveuglement, et il devrait y avoir un long suivi après la fin de la phase randomisée où les patients sont lentement sevrés de lithium, afin que nous puissions voir quels sont les dommages à long terme. Nous savons déjà que le lithium peut causer des dommages irréversibles au cerveau<sup>123</sup>.

Ce n'est pas un médicament que je recommanderais à qui que ce soit.

## **Médicaments antiépileptiques**

Comme nous l'avons déjà indiqué, les antiépileptiques doublent le risque de suicide<sup>126</sup>. Les psychiatres les utilisent beaucoup, mais comme la plupart des autres médicaments utilisés en psychiatrie, leur principal effet est de supprimer la réaction émotionnelle en engourdissant et en sédatant les personnes<sup>56</sup>.

De plus, comme la plupart des autres médicaments psychiatriques, ils sont utilisés pour pratiquement tout. J'ai vu tant de patients entrer en psychiatrie avec des “diagnostics de départ” variés, tous finissant par se voir prescrire un horrible cocktail de médicaments comprenant des antiépileptiques.

Je ne suis pas surpris que les psychiatres pensent que les antiépileptiques “fonctionnent” pour la manie, parce que tout ce qui assomme les gens et les incapacite semble “fonctionner” pour la manie. Mais ce n'est rien d'autre qu'une camisole de force chimique.

Les antiépileptiques ne sédatent pas seulement les gens, ils peuvent aussi avoir l'effet inverse et les rendre maniaques<sup>126</sup>. Les pilules de dépression peuvent également rendre les personnes maniaques<sup>122</sup>, mais ce n'est pas un avantage, car cela entraîne généralement une cascade de médicaments supplémentaires dangereux comme les neuroleptiques et le lithium ; ceux-ci augmentent le risque de décès et rendent très difficile le retour à une vie normale pour les patients. En outre, les patients sont maintenant qualifiés de bipolaires alors qu'ils souffrent en fait d'un effet indésirable du médicament.

Les médicaments contre l'épilepsie ont de nombreux autres effets nocifs. Ainsi, un patient sur 14 sous gabapentine développe une ataxie,

qui, comme nous venons de l'expliquer, est un manque de coordination volontaire des mouvements musculaires.

Les psychiatres appellent ces médicaments horribles des « stabilisateurs de l'humeur (ou normothymiques) », ce qui n'est pas leur action, et ces médecins n'ont jamais clarifié le sens précis de ce terme<sup>9</sup>. J'ai googlé *mood stabilizers meaning* : « Les stabilisateurs de l'humeur sont des médicaments psychiatriques qui aident à contrôler les oscillations entre la dépression et la manie ... communément utilisés pour traiter les personnes avec des troubles bipolaires de l'humeur et parfois les personnes avec des troubles schizo-affectifs et des troubles de la personnalité limite. »

Eh bien, ils sont utilisés pour beaucoup d'autres choses, et pratiquement tous les patients de « carrière » psychiatrique en reçoivent. Juste en dessous de ce post sur Google, j'ai pu lire que les stabilisateurs de l'humeur comprennent non seulement les antiépileptiques et le lithium, mais aussi l'asénapine, qui est un neuroleptique. Ainsi, stabilisateur de l'humeur semble être un terme à géométrie variable. Ils ont oublié de mentionner l'alcool et le cannabis, peut-être parce qu'il ne s'agit pas de médicaments délivrés sur ordonnance, et qu'ils n'ont donc aucun intérêt commercial pour l'industrie pharmaceutique.

J'ai souvent rencontré des patients qui prenaient l'antiépileptique lamotrigine. Seuls deux essais positifs ont été publiés pour ce médicament, alors que sept larges essais dont les résultats étaient négatifs ne l'ont pas été<sup>127</sup>. Il suffit de deux essais positifs pour que la FDA approuve le médicament et l'agence considère les autres comme des essais ratés, même si nous y voyons plutôt un médicament raté. Il faut avoir une imagination débordante pour imaginer ce qui se passe dans les agences des médicaments, et jusqu' où elles sont prêtes à aller pour satisfaire les intérêts de l'industrie pharmaceutique<sup>51</sup>. Le résultat final est que la régulation des médicaments ne fonctionne pas. Si c'était le cas, nos médicaments sur ordonnance ne seraient pas la troisième cause de décès<sup>128-138</sup> et nos médicaments psychiatriques auraient été loin d'être enregistrés<sup>4</sup>.

La fraude dans les essais cliniques dans ce domaine est massive<sup>4</sup>. Vous ne devez pas croire ce que vous lisez. A moins que vous ne soyez épileptique, oubliez ces médicaments et, si vous en prenez, trouvez de l'aide pour vous en débarrasser, aussi vite que possible.

## Les pilules pour la construction sociale appelée TDAH

Je n'ai jamais entendu parler d'un médicament psychiatrique qui soit principalement utilisé à court terme. Tous, même les benzodiazépines, sont utilisés pendant des années chez la plupart des patients, et les médicaments utilisés pour la construction sociale appelée TDAH ne font pas exception.

Ces médicaments sont des stimulants et fonctionnent comme les amphétamines ; en fait, certains d'entre eux *sont des* amphétamines. La façon dont l'OMS les décrit est intéressante<sup>139</sup>. Sous le titre « Gestion de l'abus de substances : stimulants de type amphétamine », ils disent :

« Les stimulants de type amphétamine (STA) désignent un groupe de substances dont les principaux membres sont l'amphétamine et la méthamphétamine. Cependant, une série d'autres substances entrent également dans ce groupe, comme la méthcathinone, la fénétylline [sic], l'éphédrine, la pseudoéphédrine, le méthylphénidate et la MDMA ou Ecstasy - un dérivé de type amphétamine avec des propriétés hallucinogènes. L'utilisation des STA est un phénomène mondial croissant et, ces dernières années, on a assisté à une augmentation prononcée de la production et de l'utilisation de STA dans le monde entier. Au cours des dix dernières années, l'abus de stimulants de type amphétamine (STA) s'est infiltré dans la culture dominante de certains pays. Les jeunes, en particulier, semblent avoir un sentiment de sécurité faussé à l'égard de ces substances, croyant à tort qu'elles sont sans danger et bénignes... la situation actuelle mérite une attention immédiate. »

Le *crystal meth* est le nom commun de la méthamphétamine en cristaux, une drogue forte et hautement addictive. En 2017, environ 0,6 % de la population américaine a déclaré avoir consommé de la méthamphétamine au cours de l'année écoulée<sup>140</sup>. La consommation de stimulants sur ordonnance était de 0,8 % de la population danoise, également en 2017.

Pourquoi alors l'OMS ne mentionne-t-elle pas d'un mot que l'utilisation croissante de stimulants sur ordonnance est également un énorme problème ? Pourquoi ce double standard ?

En 2017, 10 333 décès par surdose de stimulants ont été enregistrés aux États-Unis<sup>140</sup>, contre seulement 1378 en 2007.

La méthamphétamine est considérée comme particulièrement dangereuse. Nous ne savons pas combien de personnes sont tuées par des stimu-

lants sur ordonnance, mais nous savons que des enfants sous l'effet de ces médicaments sont soudainement tombés morts en classe.

Nous savons également que les stimulants augmentent le risque de violence<sup>129</sup>, ce qui n'est pas surprenant, compte tenu de leurs effets pharmacologiques. Mais les psychiatres disent le contraire. Je les ai entendus affirmer à plusieurs reprises, notamment lors d'une audition au Parlement danois, que la Ritaline (méthylphénidate) protégerait contre la criminalité, la délinquance et la toxicomanie. Ce n'est pas vrai – s'ils font quelque chose, c'est bien le contraire<sup>142</sup>.

Comme pour d'autres médicaments psychiatriques, les effets à long terme sont néfastes<sup>4</sup>. C'est ce qu'a démontré le vaste essai américain MTA qui a été mené auprès de 579 enfants et dont les résultats ont été communiqués après 3, 6, 8 et 16 ans<sup>142-146</sup>. Après 16 ans, ceux qui prenaient régulièrement leurs pilules étaient plus courts de 5 cm par rapport aux enfants qui en prenaient très peu, et il y avait beaucoup d'autres effets indésirables<sup>146</sup>. Nous ne pouvons que spéculer sur les effets permanents que ces médicaments pourraient avoir sur le cerveau des enfants en train de se développer.

L'effet à court terme est que les médicaments peuvent amener les enfants à rester assis en classe, mais cet effet disparaît assez rapidement. Les effets indésirables à court terme comprennent des tics, des secousses musculaires et d'autres comportements correspondant à des symptômes obsessionnels compulsifs, qui peuvent tous devenir assez courants<sup>9,147</sup>. Les stimulants réduisent l'activité mentale et comportementale spontanée de façon globale, y compris l'intérêt à socialiser, ce qui conduit à l'apathie ou à l'indifférence, et de nombreux enfants - plus de la moitié dans certaines études - développent une dépression et des comportements compulsifs et dénués de sens<sup>56,148</sup>.

Des études sur les animaux ont confirmé ceci<sup>148</sup> et nous avons documenté d'autres effets indésirables, par exemple le fait que les médicaments entravent la reproduction même après en avoir sevré les animaux testés<sup>149</sup>.

À l'école, ce comportement compulsif est souvent interprété à tort comme une amélioration, même si l'enfant peut se contenter simplement de copier de manière obsessionnelle tout ce qui est affiché au tableau sans rien apprendre. Certains enfants développent des manies ou d'autres psychoses<sup>56,150</sup> et les effets indésirables des médicaments sont souvent

confondus avec une aggravation de la construction sociale appelée «maladie», ce qui entraîne des diagnostics supplémentaires, par exemple dépression, trouble obsessionnel compulsif ou bipolarité - et à des médicaments supplémentaires, conduisant à la chronicité<sup>148</sup>.

Les essais des médicaments du TDAH sont biaisés à un degré exceptionnel, même selon les normes psychiatriques, et la plupart des revues systématiques des essais sont donc également hautement biaisées. Une revue Cochrane portant sur le méthylphénidate pour adultes était si mauvaise que les critiques soulevées par nous-mêmes et par d'autres ont conduit à son retrait de la Bibliothèque Cochrane<sup>151</sup>. Deux revues Cochrane réalisées par mes anciens employés, qui ont prêté suffisamment d'attention aux défauts, ont constaté que chacun des essais réalisés, sans exception, présentait un risque élevé d'être biaisé<sup>152,153</sup>.

Nous avons également constaté que la notification des effets indésirables était extrêmement peu fiable<sup>153</sup>. Dans l'étude de l'agence britannique des médicaments, la « psychose / manie » a été signalée chez 3 % des patients traités au méthylphénidate et chez 1 % de ceux sous placebo. L'estimation de 3 % est 30 fois plus élevée que le risque de 0,1 % de « nouveaux symptômes psychotiques ou maniaques » dont l'information de prescription de la FDA met en garde. Nous avons également constaté des divergences dans les documents de régulation. Dans le rapport d'évaluation publique de l'agence britannique des médicaments, le taux d'agressivité des personnes sous méthylphénidate était de 1,2 % à la page 61 et de 11,9 % à la page 63, sur la base de la même population et du même temps de suivi<sup>153</sup>. Nous avons en outre observé d'énormes différences entre les essais qui ne pouvaient pas être expliquées par la conception de l'essai ni les populations de patients. Par exemple, une baisse de la libido des patients traités au méthylphénidate a été observée dans 11 % des essais contre seulement 1 % dans une analyse regroupée de trois autres essais. Comme la qualité de vie a été mesurée dans 11 essais mais rapportée seulement dans 5, où un effet minime a été constaté<sup>153</sup>, il est raisonnable de supposer que la qualité de vie se détériore avec les médicaments du TDAH, ce qui est également l'expérience rapportée par les enfants. Ils n'aiment pas les médicaments.

En psychiatrie, il est rarement possible de faire ce qui est correct. Un pédopsychiatre irlandais m'a dit qu'il avait été suspendu parce qu'il n'avait

pas mis ses enfants sous médicaments psychiatriques, y compris les médicaments du TDAH.

Au lieu de changer le cerveau de nos enfants, nous devrions changer leur environnement. Nous devrions également changer le cerveau des psychiatres pour qu'ils ne veuillent plus droguer les enfants avec du speed sur ordonnance ; peut-être la “psychoéducation” les aiderait-ils ? Les médicaments du TDAH sont prescrits beaucoup plus aux enfants de parents ayant un emploi peu qualifié, par rapport aux enfants de parents mieux éduqués<sup>154</sup>. Ces médicaments sont utilisés comme une forme de contrôle social, tout comme les neuroleptiques.

Un documentaire britannique a été très révélateur sur ce qu'il faut faire. Il montre des enfants très dérangeants, si difficiles à gérer que même des psychiatres critiques pourraient conclure à la nécessité des médicaments du TDAH. « Nous ne pouvons pas avoir des enfants qui traînent dans les rideaux », m'a dit un psychiatre pour enfants lors d'une audition au Parlement sur la toxicomanie des enfants. Cependant, les familles ont reçu l'aide de psychologues et il s'est avéré que les enfants étaient contrariés, c'est pourquoi ils étaient dérangeants. Une mère qui réprimandait toujours sa fille “impossible” a appris à la féliciter à la place, et un peu plus tard, elle était devenue une très gentille enfant qui n'était plus hostile envers sa mère.

Les abus sexuels sur les enfants sont effroyablement fréquents et extrêmement préjudiciables. Vous pouvez facilement trouver sur Internet des références au fait qu'environ un enfant sur dix a été abusé sexuellement avant son 18<sup>e</sup> anniversaire. Si un enfant se comporte mal, est provocateur et rebelle, cela peut facilement conduire à un diagnostic de TDAH ou de trouble de la personnalité limite, bien qu'il s'agisse dans ce cas d'une réaction à une situation horrible d'abus sexuel continu dont l'enfant n'ose parler à personne.

Un de mes collègues, le pédopsychiatre Sami Timimi, demande souvent aux parents qui veulent faire médiquer leur enfant pour TDAH<sup>54</sup> : « Imaginez que ce médicament fonctionne parfaitement ; quels changements espérez-vous en résulter ? » Cette question peut surprendre les parents, mais il est important de ne pas en dire plus jusqu'à ce que l'un d'entre eux rompe le silence et commence à parler des changements qu'il imagine. Cela aide Timimi à comprendre les préoccupations spécifiques

des parents. S'agit-il, par exemple, du comportement à la maison, des relations avec les pairs, des résultats scolaires, de l'absence de sentiment de danger ? Sami Timimi pourrait alors répondre qu'aucun médicament au monde ne peut modifier ces choses chez leur enfant. Les médicaments ne prennent pas de décisions, ne font pas de rêves et n'ont pas d'ambitions, et ils n'effectuent aucune action.

En découvrant les spécificités de ce que les parents souhaitent voir changer, Timimi peut détourner leur intérêt depuis les médicaments vers des mesures plus ciblées comme le développement de compétences de gestion parentale pour les enfants qui sont plus “intenses” que la plupart. Il les aide à comprendre les anxiétés et le stress que leurs enfants peuvent ressentir, ou il les aide à obtenir des interventions plus structurées dans les écoles. Il rappelle également aux parents qu'une chose est certaine en ce qui concerne les enfants : ils changent en grandissant et souvent les problèmes qualifiés de TDAH (en particulier l'hyperactivité et l'impulsivité) ont tendance à diminuer et à disparaître à mesure que l'enfant grandit pendant l'adolescence.

Comme le TDAH n'est qu'une étiquette et non une maladie du cerveau, on s'attendrait à ce que les enfants nés en décembre soient plus nombreux à recevoir un diagnostic de TDAH et à suivre un traitement médicamenteux que ceux nés en janvier dans la même classe, car ils ont eu 11 mois de moins pour développer leur cerveau. Une étude canadienne portant sur un million d'écoliers l'a confirmé<sup>155</sup>. La prévalence des enfants en traitement a augmenté de manière assez linéaire de janvier à décembre, et 50 % de plus parmi ceux nés en décembre ont suivi un traitement médicamenteux.

Le diagnostic de TDAH ne devrait pas être une condition préalable pour obtenir une aide supplémentaire ou de l'argent pour les écoles, ce qui est le cas actuellement. Cela conduit la prévalence de ce diagnostic à augmenter sans cesse, de même que la consommation des médicaments du TDAH, qui était 3,4 fois plus élevée au Danemark en 2017 qu'en 2007, soit une augmentation de 240 %.

Certains pays ont connu une augmentation vertigineuse de la consommation de médicaments psychiatriques chez les enfants, directement attribuable aux partenariats entre les écoles et les hôpitaux. Dans une province canadienne, les hôpitaux ont fait pression de façon agressive sur le personnel des services spéciaux et sur les conseillers d'orientation

des écoles secondaires, qui à leur tour ont orienté tout enfant stressé vers le service psychiatrique de l'hôpital pour enfants. La commission scolaire a engagé un psychiatre scolaire qui a consulté le personnel sur les situations de refus de scolarisation et les problèmes de comportement et a recommandé les pilules de dépression ou les médicaments du TDAH.

Les écoles et les hôpitaux sont devenus des lieux dangereux pour les enfants et les adolescents. Comme c'est triste. Les écoles devraient stimuler les enfants, et non les tranquilliser avec du speed délivré sur ordonnance.

1 N'acceptez jamais que votre enfant soit traité avec une drogue de speed délivrée sur ordonnance.

2 Ne l'acceptez jamais pour vous-même, mais résistez à devenir un numéro sans visage au nouveau marché de prescription qui s'est ouvert pour les adultes.

3 Approchez les enfants avec une patience et une empathie qui leur permettent de grandir et de mûrir, sans médicaments.

## **Les derniers clous dans le cercueil de la psychiatrie biologique**

Lorsque je discute de l'état de la psychiatrie avec les psychiatres critiques, les psychologues et les pharmaciens avec lesquels je collabore, nous nous posons parfois des questions réciproquement : « Qui sont les plus fous, en moyenne, les psychiatres ou leurs patients ? »

Ce n'est pas une question aussi farfelue ou rhétorique qu'il n'y paraît. Lorsque j'ai googlé *delusion* « le délire », la première entrée était tirée d'un dictionnaire Oxford : « Une croyance ou une impression idiosyncrasique maintenue malgré le fait qu'elle soit contredite par la réalité ou par un argument rationnel, typiquement en tant que symptôme d'un trouble mental. »

Comme vous l'avez déjà vu, dès le début du chapitre 1, et comme vous le verrez plus loin, c'est exactement ce qui caractérise l'ensemble de la psychiatrie. Les croyances idiosyncrasiques prédominantes des psychiatres

ne sont pas partagées par les personnes considérées comme saines d'esprit, c'est-à-dire le grand public, mais les psychiatres les maintiennent avec force, même lorsque la réalité, y compris la science la plus fiable dont nous disposons, et l'argument rationnel, montrent à l'évidence que leurs croyances de base sont fausses.

Si la psychiatrie avait été une entreprise, elle aurait fait faillite, alors concluons plutôt qu'elle est moralement et scientifiquement en faillite.

Une définition de la folie est de faire la même chose encore et encore en attendant un résultat différent. Lorsqu'un médicament ne semble pas fonctionner aussi bien, ce qui est le cas la plupart du temps, les psychiatres augmentent la dose, passent à un autre médicament de la même classe, ajoutent un autre médicament de la même classe ou ajoutent un médicament d'une autre classe.

La science nous dit très clairement que ces manœuvres ne seront pas bénéfiques pour les patients. Changer de médicament, ajouter des médicaments ou augmenter la dose, cela ne donne pas de meilleurs résultats<sup>156-8</sup>. Ce qui est certain, c'est que l'augmentation de la dose totale ou du nombre de médicaments augmentera la fréquence des dommages graves, y compris les lésions cérébrales irréversibles, les suicides et autres décès<sup>4,159,160</sup>. Les neuroleptiques rétrécissent le cerveau de manière dose-dépendante ; en revanche, la sévérité de la maladie n'a qu'un effet minime, voire nul<sup>160</sup>.

Il n'existe aucune preuve fiable que la psychose en soi puisse endommager le cerveau<sup>161</sup>. Il en va de même pour les autres troubles psychiatriques, mais les psychiatres mentent souvent à leurs patients en leur disant que leur maladie pourrait leur endommager le cerveau s'ils ne prennent pas de médicaments psychiatriques. Le professeur de psychiatrie Poul Videbech a écrit en 2014 que la dépression double le risque de démence<sup>162</sup>, mais la méta-analyse qu'il a citée ne mentionne pas un mot sur les traitements que les patients ont reçus<sup>163</sup>. D'autres études indiquent que ce sont les médicaments qui rendent les personnes démentes<sup>164,165</sup>.

Il est courant partout d'augmenter la dose, même lorsque le patient va mieux. Un commentaire souvent entendu lors de conférences dans les services psychiatriques est le suivant : « Le patient va bien après deux semaines de traitement au Zyprexa, je vais donc doubler la dose. » Cette pratique de routine est à la fois insensée et nuisible. Le psychiatre ne peut

pas savoir si le patient aurait pu s'améliorer davantage sans le Zyprexa. Les médecins se trompent eux-mêmes et trompent leurs patients tout le temps en se basant sur leur "expérience clinique" trompeuse et leurs rituels de traitement vont directement à l'encontre de la science.

De cette façon, de nombreux patients se retrouvent sous l'emprise de cocktails de médicaments terriblement nocifs auxquels ils ne pourront peut-être jamais échapper. Bien que ce soit difficile à croire, la situation s'aggrave. Une étude américaine sur la psychiatrie en cabinet a révélé que le nombre de médicaments psychotropes prescrits a nettement augmenté, en seulement neuf ans jusqu'en 2006 : les visites avec trois médicaments ou plus ont doublé, passant de 17 % à 33 %<sup>166</sup>. Les prescriptions pour deux médicaments ou plus de la même classe ont également augmenté, alors que cela ne devrait pas se produire du tout.

Une fois, j'ai été invité à suivre le psychiatre en chef pendant une journée dans un service fermé. Nous avons parlé avec plusieurs patients. L'un d'eux m'a paru tout à fait normal et raisonnable, mais à ma grande surprise, le psychiatre m'a demandé par la suite si je pouvais voir qu'il délirait. Comme je ne pouvais pas, il m'a expliqué que le patient était délirant parce qu'il avait été sur Internet et avait découvert que les neuroleptiques étaient dangereux. J'ai répondu qu'ils sont effectivement dangereux et qu'il n'y a rien de délirant à croire cela. J'ai été tellement stupéfait que je n'ai rien dit de plus.

Une autre fois, j'ai téléphoné à un service psychiatrique de Copenhague avec une très mauvaise réputation à cause des patients que les psychiatres y avaient tués avec leurs médicaments<sup>45</sup>. Un patient désespéré et en grande détresse m'avait appelé, mais il ne m'a pas été possible de joindre un psychiatre, bien que je sois un collègue et que ce soit dans le cadre des heures de travail normales. J'ai insisté sur le fait que je devais parler à quelqu'un et j'ai été transféré à une infirmière en chef. Elle m'a dit de ne pas m'impliquer parce que le patient délirait. Lorsque je lui ai demandé de quelle manière, elle m'a répondu qu'il avait découvert que les neuroleptiques étaient dangereux. Je lui ai demandé si elle savait à qui elle parlait. Oh oui, elle me connaissait.

Je vais maintenant illustrer davantage le monde absurde et délirant de la psychiatrie avec quelques exemples.

Un de mes amis psychiatres a envoyé une lettre à un médecin de famille au sujet d'une étudiante de 21 ans, récemment sortie d'un hôpital privé après avoir reçu 21 séances de SMT. Lorsque j'ai demandé ce que c'était, mon ami m'a répondu : « La stimulation magnétique transcrânienne, la dernière d'une longue série de lubies de fêlés qui ont touché la psychiatrie, est conçue pour séparer les personnes anxieuses et bien-portantes de leur argent. »

Lorsqu'elle est devenue de plus en plus anxieuse, on lui a administré 12 électrochocs. Elle a reçu deux diagnostics, le trouble de la personnalité limite et le trouble affectif bipolaire, et elle a été déchargée avec ces médicaments :

Médicament	Type de médicament
diazépam à 20 mg/jour	somnifère (hypnotique/sédatif)
fluvoxamine 300 mg/jour	médicament de la dépression
mirtazapine 45 mg le soir	médicament de la dépression
quétiapine 400 mg le soir	neuroleptique
quétiapine à 600 mg/jour au besoin	neuroleptique
aripiprazole 10 mg le matin	neuroleptique
olanzapine jusqu'à 20 mg/jour au besoin	neuroleptique
valproate 1000 mg le soir	médicament antiépileptique
lamotrigine 100 mg 2 fois/jour	médicament antiépileptique
topiramate 50 mg 2 fois/jour	médicament antiépileptique
lithium 1250 mg/jour	“stabilisateur d'humeur”.

C'est une insanité et cela constitue une faute médicale grossière. Personne dans le monde entier ne sait ce qu'il advient lorsque tous ces médicaments sont administrés ensemble, mais seulement que c'est beaucoup plus dangereux que si un moins grand nombre de produits était utilisé.

Le courrier de recommandation indique que la patiente dort beaucoup et que son appétit est excessif. Elle essaie de faire un régime, car elle a pris environ 50 kg avec les médicaments. Elle a peu d'énergie, d'intérêt ou de motivation, ne pratique ni exercice ni échanges sociaux et n'a aucun intérêt sexuel. Elle se sent parfois déprimée et malheureuse, avec des idées suicidaires occasionnelles dues au fait qu'elle ne s'aime pas, et elle a également des moments où elle se sent “maniaque”, durant lesquels elle est

désagréablement agitée et tend à dépenser trop dans l'espoir de se sentir mieux.

Elle a également de fréquentes crises d'agitation et d'irritabilité et a décrit l'akathisie classique. Elle n'a pas d'idées paranoïaques ; elle est ritualiste en matière de sécurité et d'ordre, mais il n'y a pas de véritables traits obsessionnels-compulsifs. Elle est anxieuse depuis l'école primaire.

Mon collègue a terminé sa lettre en disant au médecin de famille que ce cas démontrait parfaitement pourquoi il avait publié des objections majeures à la psychiatrie traditionnelle. La patiente avait une personnalité anxieuse avec une dépression secondaire et n'avait pas de trouble de la personnalité limite ; en aparté, aucune des personnes utilisant ce diagnostic ne peut dire de quoi est-ce la limite au juste.

« Si elle reste à ce niveau de médication, elle sera morte à quarante ans. Elle en est consciente et veut les réduire, mais les médicaments sont tous hautement addictifs et peuvent produire des états de manque sévères, qui imitent les troubles mentaux majeurs. »

Une affaire judiciaire dans laquelle j'ai été impliqué n'est pas différente. C'est une histoire typique qui illustre le rôle d'une pilule de dépression comme "kit de démarrage de la psychiatrie".

D'aussi loin que je le perçoive, ce jeune homme n'aurait jamais dû se voir proposer un médicament psychiatrique. On aurait dû lui proposer une psychothérapie pour ses problèmes qui semblaient passagers. De surcroît, il fonctionnait bien quand son psychiatre a décidé de lui donner une pilule pour "dépression".

Sa "carrière" psychiatrique a duré 33 ans avant qu'il ne parvienne enfin à se débarrasser du dernier médicament, mais il souffre toujours des effets à long terme du sevrage. Sa liste de médicaments pendant toutes ces années est époustouflante. On lui a prescrit les trois principaux types de médicaments psychiatriques, à savoir des sédatifs / hypnotiques, des pilules de dépression et des neuroleptiques, un coup avec, un coup sans, dans des combinaisons diverses, ce qui représente un total de trois sédatifs / hypnotiques différents, cinq pilules de dépression et six neuroleptiques. Il a également développé un parkinsonisme, très probablement induit par les médicaments, et a été traité pour cela aussi. Les sédatifs / hypnotiques ont été prescrits pendant environ 10 ans, les pilules de

dépression pendant environ 25 ans, et les neuroleptiques pendant environ 30 ans, et il y avait un degré considérable de polymédication.

Il est remarquable que quiconque puisse survivre à tout cela et rester avec un emploi.

Le psychiatre a arrêté brusquement les médicaments à maintes reprises. Le fait de ne pas diminuer progressivement ces médicaments après avoir mis un patient sous traitement pendant de longues périodes constitue une faute professionnelle très dangereuse.

J'espère qu'il gagnera le procès, mais malheureusement, les juges sont très autoritaires et soulignent toujours ce que font les autres psychiatres dans des situations similaires. C'est sage, par précaution générale, mais pas quand pratiquement tout le monde commet une faute. Si une banque escroque ses clients, il n'est pas utile au tribunal que d'autres banques fassent de même. Alors pourquoi tout le monde est-il excusé en psychiatrie ? Comment sera-t-il possible de gagner des procès, compte tenu de cette injustice ?

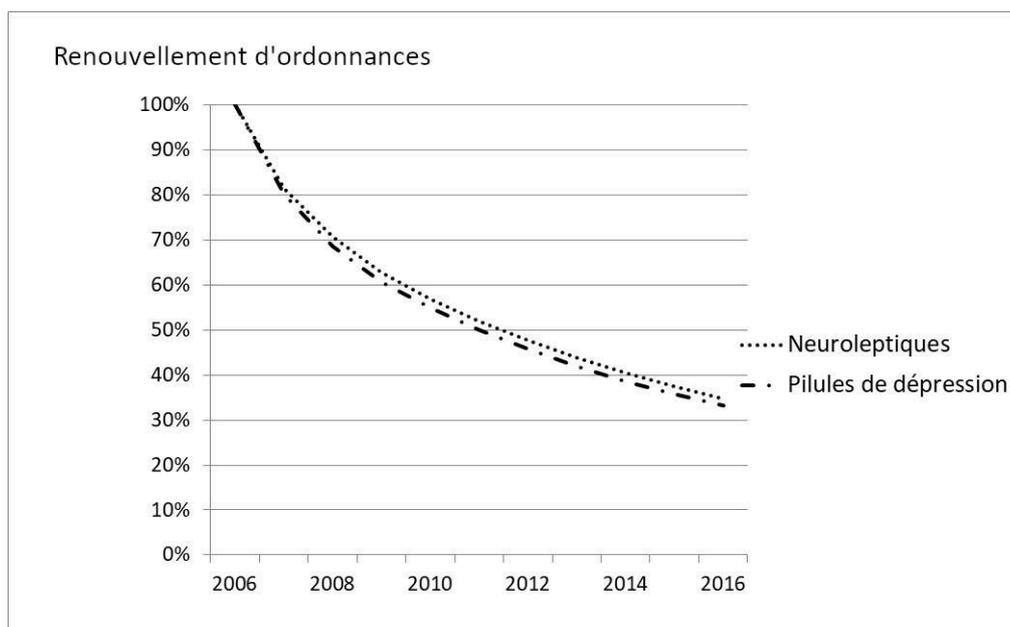
Il arrive occasionnellement qu'une affaire soit gagnée<sup>4</sup>. Wendy Dolin, à Chicago, a poursuivi GlaxoSmith-Kline après que son mari, un avocat à succès qui aimait la vie et n'avait pas de problèmes psychiatriques, ait été mis sous paroxétine parce qu'il avait développé une certaine anxiété par rapport à son travail. Il est devenu akathisique et s'est jeté sous un train six jours après avoir commencé la paroxétine, sans se rendre compte que ce n'était pas lui qui était devenu fou, mais la pilule qui l'avait rendu fou. Baum & Hedlund à Los Angeles ont gagné l'affaire, mais ensuite ? GlaxoSmithKline a fait appel du verdict.

Lorsque Wendy a appris que j'avais organisé une réunion sur la psychiatrie pour le lancement de mon livre en 2015<sup>4</sup>, elle a décidé d'aller à Copenhague et de raconter son histoire. Quatre autres femmes ayant perdu un mari, un fils ou une fille par suicide provoqué par le médicament alors qu'il n'y avait absolument aucune raison de leur prescrire une pilule de dépression, sont également venues, pour leur propre compte. Mon programme était déjà complet, mais je leur ai fait une place. Ce fut la partie la plus émouvante de la journée. Il y a eu un silence saisissant pendant qu'elles retraçaient leurs témoignages, que l'on peut voir sur YouTube<sup>167</sup>.

L'utilisation colossale de médicaments psychiatriques n'est pas fondée sur des preuves mais elle est motivée par des pressions commerciales. J'ai étudié si deux classes de médicaments très différentes, les neuroleptiques et les pilules de dépression, présentaient des schémas similaires dans leur utilisation à long terme. Les schémas d'utilisation devraient être très différents car la principale indication des neuroleptiques, la schizophrénie, a traditionnellement été perçue comme une maladie chronique alors que la principale indication des pilules de dépression, la dépression, a été perçue comme épisodique.

Cependant, ils n'étaient pas différents. Ils étaient les mêmes<sup>168</sup> :

Pourcentage d'utilisateurs actuels au Danemark qui ont présenté à nouveau une ordonnance pour un médicament identique ou similaire au cours de chacune des années suivantes après 2006.



J'ai démarré l'horloge en 2006, en suivant les patients dans le temps. Cette année-là, 2,0 % de la population danoise a présenté une prescription pour un neuroleptique et 7,3 % pour un antidépresseur. Beaucoup de patients avaient déjà pris leur médicament depuis des années, mais ce groupe de personnes comprenait également des personnes qui en étaient à leur première utilisation en 2006, respectivement 19,8 % contre 20,0 %. Ce

pourcentage était remarquablement similaire pour deux groupes de médicaments très différents utilisés pour des troubles très différents.

Les patients recevaient une nouvelle ordonnance chaque année jusqu'à ce qu'ils arrêtent ou arrivent en 2016, ma dernière année d'observation, où 35 % contre 33 % des patients étaient encore sous traitement.

Ces résultats sont choquants. Quelque message que les recommandations faussées adressées aux médecins aient pu essayer de faire passer, cela n'a pas fonctionné comme prévu, et l'utilisation des médicaments n'était manifestement pas fondée sur des preuves. J'avais presque l'impression d'avoir découvert une nouvelle loi de la nature. Contrairement à notre intuitions, 1 kg de plumes tombent à la même vitesse qu'1 kg de plomb, à condition qu'elles tombent dans le vide, selon la loi de la gravité. De même, l'usage de ces deux classes de médicaments très différentes tombait à la même vitesse. Une vaste proportion des patients a continué à prendre leur médicament, année après année, pendant plus de dix ans.

Il s'agit d'un dommage iatrogène aux proportions épiques. Les patients détestent tellement les médicaments que leurs médecins doivent les persuader de les prendre. Une telle persuasion n'est pas nécessaire pour motiver les gens à prendre de l'aspirine pour bébé après une crise cardiaque afin de réduire le risque d'une nouvelle crise. Les neuroleptiques sont même imposés aux patients contre leur volonté "pour leur propre bien". S'ils n'étaient pas forcés, peu d'entre eux les prendraient. Lorsque des personnes en bonne santé ont pris un neuroleptique juste pour en faire l'expérience, elles m'ont dit, ou bien elles ont publié, qu'elles en avaient été incapables pendant plusieurs jours<sup>169</sup> ! Les difficultés de lecture ou de concentration et l'incapacité de travailler sont des préjudices courants - mais tout le corps est touché. Nous ne pouvons pas douter de la puissance de ces toxines.

Ce que nous constatons est le résultat de la tromperie systématique des médecins et des patients. On demande régulièrement aux patients de supporter les effets indésirables, car il peut s'écouler un certain temps avant que l'effet du médicament ne s'installe. On ne leur dit pas que ce qu'ils perçoivent comme un effet positif du médicament est l'amélioration spontanée qui se serait produite sans le médicament, ni qu'il peut être difficile de cesser de prendre le médicament comme avant. Le mensonge sur le déséquilibre chimique a également contribué à cette situation. Les

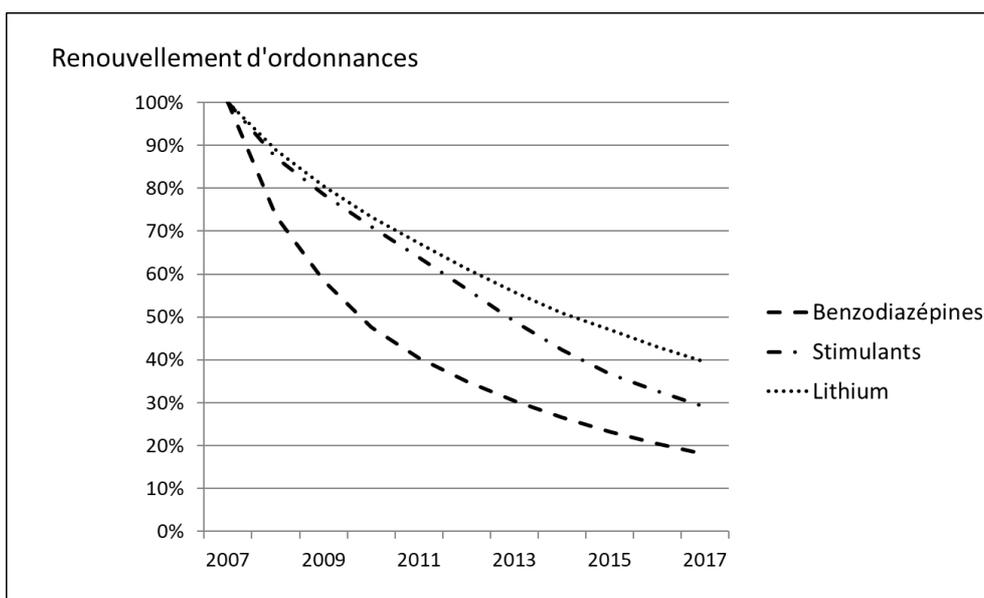
patients disent souvent qu'ils ont peur de retomber malade s'ils arrêtent de prendre leur médicament parce qu'ils pensent qu'il y a quelque chose qui ne va pas chez eux au point de vue chimique.

La psychiatrie courante ne se préoccupe pas de preuves, mais continuera à faire comme si de rien n'était, en prétendant que mes résultats n'existent pas, et elle dira : « Nous savons tous qu'un traitement à long terme est bon pour les personnes ; s'ils ne prennent pas leurs médicaments, ils rechuteront. » En 2014, des psychiatres norvégiens ont écrit sur ce qu'ils ont appelé un «taux alarmant d'interruption» de neuroleptiques chez les patients atteints de schizophrénie, 74 % en 18 mois. J'appellerais cela un signe de bonne santé, mais les psychiatres ont fait valoir que cela soulignait « le besoin des cliniciens d'être équipés de stratégies de traitement qui optimisent le traitement continu par les médicaments antipsychotiques »<sup>170</sup>. Vraiment ? Qu'en est-il de l'alimentation forcée avec des pilules, comme les oies de Strasbourg sont nourries pour produire du foie gras ? Les neuroleptiques font grossir. Mais les psychiatres n'ont pas besoin de faire cela. Quand on ne se soumet pas à leur volonté, ou quand les patients recrachent les comprimés, ils peuvent utiliser des injections longue durée sous forme de dépôt.

Ensuite, j'ai décidé de découvrir s'il existait un schéma similaire d'utilisation des benzodiazépines et d'autres agents médicamenteux similaires (hypnotiques / sédatifs), du lithium et des stimulants (médicaments du TDAH).

Comme nous savons depuis des décennies que les benzodiazépines et les médicaments similaires créent une forte dépendance et ne devraient être utilisés que pendant quatre semaines au maximum (un usage restreint était déjà recommandé en 1980 au Royaume-Uni)<sup>171,172</sup>, et aussi parce que l'effet thérapeutique disparaît rapidement, la consommation de ces médicaments devrait être très faible, et la plupart des consommateurs d'une année donnée devraient donc en être à leur première consommation. Ce ne fut pas du tout le cas<sup>173</sup> :

Pourcentage d'utilisateurs actuels au Danemark qui ont compté un renouvellement d'ordonnance pour un médicament identique ou similaire au cours de chacune des années suivantes après 2007.



En 2007, 8,8 % de la population danoise a reçu prescription pour une benzodiazépine ou un agent médicamenteux similaire, 0,24 % pour le lithium et 0,16 % pour un stimulant. Pour les benzodiazépines, seulement 13,0 % en étaient à leur première utilisation. Pour les deux autres médicaments, les chiffres étaient respectivement de 40,4 % et 11,2 %.

Les patients recevaient une nouvelle ordonnance chaque année jusqu'à ce qu'ils arrêtent ou arrivent en 2017, ma dernière année d'observation, où 18 %, 29 % et 40 %, respectivement, étaient encore sous traitement.

Ces constatations sont également inquiétantes. Quel que soit le médicament psychiatrique consommé ou de quel problème il s'agit, environ un tiers des patients est toujours en traitement avec le même médicament ou un médicament similaire dix ans plus tard. Pour les benzodiazépines et les agents similaires, la poursuite de l'utilisation après dix ans n'était "que" de 18 %, mais étant donné ce que nous savons de ces médicaments, on peut affirmer qu'elle aurait dû être nulle bien des années avant 2017. C'est un désastre. On peut dire la même chose de l'utilisation des quatre autres types de médicaments, qui est très similaire puisque la fourchette n'est passée que de 29 % à 40 % (voir les chiffres).

Si nous acceptons les prémisses fondées sur des preuves que ces médicaments n'ont pas d'effets valables, en particulier si l'on ne tient pas compte de leurs méfaits substantiels, et que les patients ne les aiment

généralement pas, les données montrent une surconsommation colossale de ces médicaments, à un degré similaire.

Au cours des prochaines décennies, la psychiatrie devrait s'attacher principalement à aider les patients à se sevrer lentement et en toute sécurité des médicaments qu'ils prennent, au lieu de leur dire qu'ils doivent continuer à les prendre. Mais cela n'arrivera pas. La psychiatrie ne s'intéresse qu'à elle-même, une sorte d'éternelle image d'égoïsme qu'elle renvoie sans cesse au monde.

L'utilisation de médicaments psychiatriques continue d'augmenter sensiblement dans pratiquement tous les pays. Au Royaume-Uni, les prescriptions de neuroleptiques se sont accrues de 5 % par an en moyenne et les pilules de dépression de 10 %, de 1998 à 2010<sup>174</sup>.

Au Danemark, les ventes d'ISRS, qui étaient faibles en 1992, ont augmenté de façon presque linéaire d'un facteur 18, en étroite relation avec le nombre de produits sur le marché qui a été multiplié par 16 ( $r = 0,97$ , ce qui est une corrélation presque parfaite)<sup>175</sup>. Cela confirme que l'utilisation est déterminée par le marketing.

Il a fallu près de 30 ans écoulés après obtention de la preuve que les benzodiazépines créent une dépendance pour que ce fait soit généralement accepté<sup>171</sup>. Cela était prévisible et aurait dû être investigué dès le début car leurs précurseurs, les barbituriques, sont très addictifs. Le premier barbiturique, le barbital, a été introduit en 1903, mais il a fallu 50 ans avant que l'on n'accepte que les barbituriques créent une dépendance.

La dépendance aux benzodiazépines a été documentée en 1961 et décrite dans le *BMJ* en 1964. Seize ans plus tard, le Comité britannique d'examen des médicaments a publié une étude systématique des benzodiazépines<sup>172</sup>, concluant que le potentiel de dépendance était faible, estimant que seules 28 personnes étaient devenues dépendantes entre 1960 et 1977. Le fait correct en était que des millions de personnes sont devenues dépendantes. En 1988, l'Agence de contrôle des médicaments s'est finalement réveillée et a écrit aux médecins pour leur faire part de ses préoccupations<sup>171</sup>.

Mais la fête a continué, et l'histoire s'est répétée. Le déclin de l'utilisation des benzodiazépines a été remplacé par une augmentation similaire de l'utilisation des pilules de dépression<sup>175</sup>, et beaucoup de conditions qui étaient auparavant appelées de l'anxiété et traitées avec des benzodiazépines est maintenant commodément appelé dépression<sup>5</sup>. Les

compagnies pharmaceutiques, les cliniciens et les autorités ont nié pendant des décennies que les pilules de dépression rendent également les gens dépendants<sup>171</sup>. Nous avons fait une étude systématique des symptômes de sevrage et nous avons constaté qu'ils étaient décrits avec des termes similaires pour les benzodiazépines et pour les ISRS et qu'ils étaient très similaires pour 37 des 42 symptômes identifiés<sup>176</sup>.

Notre étude de 2018 portant sur 39 sites web populaires de 10 pays a été tout aussi révélatrice<sup>32</sup> : 28 sites web mettent en garde les patients contre les effets du sevrage, mais 22 affirment que les ISRS ne créent pas de dépendance ; un seul affirme que les pilules peuvent créer une dépendance et avertit que les gens « peuvent présenter des symptômes d'abstinence. »

L'imipramine est arrivée sur le marché en 1957, et un article de 1971 décrit la dépendance à ce médicament lorsqu'il a été testé chez six volontaires sains<sup>177</sup>. Comme je l'ai écrit à la première page de ce livre, 78 % des 2003 personnes profanes interrogées en 1991 considéraient les pilules de dépression comme addictives<sup>178</sup>.

Ainsi, nous savons depuis 50 ans ou plus que les pilules de dépression sont addictives, et les patients le savent depuis au moins 30 ans, mais 50 ans après que nous l'avions su, le problème de la dépendance était toujours banalisé par le Collège royal des psychiatres du Royaume-Uni et par l'Institut national pour la santé et l'excellence clinique (NICE)<sup>179</sup>, et dans le reste du monde également.

### **Fausse information sur le sevrage émanant des psychiatres britanniques**

En 2020, j'ai co-écrit un article rédigé par le professeur de psychologie John Read, « Pourquoi les comptes rendus officiels des symptômes de sevrage des antidépresseurs diffèrent-ils tant des résultats de la recherche et de l'expérience des patients »<sup>179</sup>. Nous avons noté que les directives thérapeutiques de 2018 de l'Institut britannique NICE indiquaient que les symptômes de sevrage des pilules de dépression « sont généralement légers et se limitent d'eux-mêmes pendant environ une semaine, mais peuvent être sévères, en particulier si le médicament est arrêté brusquement », et que celles de l'Association américaine de psychiatrie

affirmaient que les symptômes « disparaissent typiquement sans traitement spécifique en 1 à 2 semaines. »

Cependant, une revue systématique de James Davies et John Read a montré que la moitié des patients ressentait des symptômes de sevrage, que la moitié de ceux qui présentaient des symptômes avaient fait l'expérience de la sévérité maximale des symptômes que l'échelle permette de coter ; et que certaines personnes connaissaient des symptômes de sevrage pendant des mois, voire des années<sup>57</sup>. Une enquête menée auprès de 580 personnes a révélé que chez 16 % des patients, les symptômes de sevrage duraient plus de trois ans<sup>57</sup>.

En février 2018, Wendy Burn, présidente du Collège royal des psychiatres et David Baldwin, président de son comité de psychopharmacologie, ont écrit dans le *Times* : « Nous savons que chez la vaste majorité des patients, tous les symptômes désagréables ressentis lors de l'arrêt des antidépresseurs ont disparu dans les deux semaines suivant l'arrêt du traitement. »

Neuf cliniciens et universitaires ont écrit à Burn and Baldwin que leur déclaration était incorrecte et qu'elle avait induit le public en erreur sur une question importante de sécurité publique. Nous avons également noté que la propre enquête du Collège auprès de plus de 800 utilisateurs d'antidépresseurs (*Coming Off Antidepressants* « Se sortir des antidépresseurs ») a révélé que les symptômes de sevrage étaient ressentis par 63 % d'entre eux et duraient jusqu'à 6 semaines, et qu'un quart d'entre eux avaient déclaré une anxiété durant plus de 12 semaines. Nous avons en outre noté que dans les 48 heures suivant la publication de leur déclaration trompeuse dans le *Times*, le Collège a retiré le document *Coming Off Antidepressants* du site web.

Nous leur avons demandé de retirer leur déclaration ou de fournir des recherches à l'appui. M. Baldwin a envoyé deux documents financés par l'industrie, dont il était le premier auteur. Aucun d'entre eux n'a fourni de données sur la durée des symptômes de sevrage.

Ensuite, nous avons envoyé une plainte officielle au Collège, signée par 30 personnes, dont dix qui avaient subi des effets de sevrage pendant un à dix ans, et par dix psychiatres et huit professeurs. Nous y avons noté :

« Les personnes peuvent être induites en erreur par la fausse déclaration en pensant qu'il est facile de se sevrer et peuvent donc essayer de le faire

trop rapidement ou sans le soutien du prescripteur, d'autres professionnels ou de leurs proches. D'autres personnes, lorsqu'elles évaluent les avantages et les inconvénients de la prise d'antidépresseurs, peuvent prendre leur décision en se basant en partie sur ces informations erronées. Le fait que de telles déclarations irresponsables jettent le discrédit sur le Collège, la profession de psychiatre (à laquelle certains d'entre nous appartenent) et, par ricochet, sur tous les professionnels de la santé mentale est une préoccupation secondaire. »

Nous avons fourni de nombreuses études et analyses montrant que la déclaration de Baldwin-Burn était fautive et nous leur avons demandé de se rétracter publiquement, de s'expliquer et de s'excuser pour leur déclaration trompeuse ; de fournir des conseils ou une formation à tous les porteparole du Collège, y compris au président actuel, sur l'importance de s'assurer que les déclarations publiques soient fondées sur des preuves, et sur les limites de la confiance accordée aux collègues qui reçoivent des paiements de l'industrie pharmaceutique (par exemple Baldwin) ; et de rétablir, sur le site web du Collège, le document *Coming Off Antidepressants*.

Le responsable des enregistrements du Collège, Adrian James, a répondu qu'il n'y avait « aucune preuve que la déclaration dans le *Times* fût trompeuse. » Ils ont rejeté la plainte et James a donné quatre raisons, dont trois étaient soit non pertinentes soit fallacieuses. Il a répété une précédente affirmation de Wendy Burn selon laquelle le retrait de l'enquête de leur site web était dû au fait qu'elle n'était plus d'actualité. Même lorsque nous avons souligné que le retrait avait été effectué dans les heures qui ont suivi la démonstration que l'enquête comprenait des données contredisant la déclaration de Baldwin-Burn, et que plus de 50 autres publications sur leur site web étaient obsolètes, mais n'avaient pas été retirées, Adrian James s'en est tenu à son explication.

Le seul commentaire pertinent était que la déclaration de Baldwin-Burn était conforme aux recommandations du NICE qui stipulait que les médecins devaient informer les patients que les symptômes d'arrêt du traitement sont « généralement légers et se limitent d'eux-mêmes pendant environ une semaine. »

Cependant, James a déformé la déclaration du NICE en omettant la phrase suivante : « mais peut être grave, en particulier si le médicament est arrêté brusquement. »

Quatre mois après la lettre du *Times*, le PDG du Collège, Paul Rees, a envoyé une longue réponse qui ne faisait que reprendre les propos de James. Nous avons répondu que la déclaration catégorique de Rees selon laquelle « il n'appartient pas au Collège de “policer” un tel débat » impliquait que même ses plus hauts responsables peuvent dire ce qu'ils veulent, même si c'est faux ou préjudiciable, et que le Collège les soutiendra - comme il l'a fait dans ce cas.

Nous avons expliqué que nous étions désormais certains que le Collège royal des psychiatres donne la priorité aux intérêts du Collège et de la profession qu'il représente sur le bien-être des patients ; qu'il ne considère pas les études de recherche empirique comme une base appropriée pour faire des déclarations publiques et pour résoudre des litiges, et qu'il s'est ainsi positionné en dehors du domaine de la médecine basée sur des preuves ; qu'il dispose d'un processus de plainte qui fait que les plaintes de fond, soigneusement documentées, sur des questions graves de sécurité publique ne font pas l'objet d'une enquête, mais sont plutôt rejetées d'emblée par une personne ; n'a aucun intérêt à s'engager dans une discussion sérieuse avec des groupes de professionnels et de patients qui remettent en question la position du Collège sur une question ; est prêt à utiliser des tactiques manifestement fallacieuses pour tenter de discréditer des plaintes raisonnables, et s'est ainsi positionné en dehors du domaine des organismes éthiques et professionnels ; n'est pas conscient ou ne se préoccupe pas de l'influence falsifiante de l'industrie pharmaceutique, et de la nécessité de maintenir une frontière éthique forte entre lui-même et les organisations basées sur le profit.

Même si le Collège n'est pas responsable devant le Parlement, ou, semble-t-il, devant quiconque, nous avons écrit au secrétaire de la santé et de l'aide sociale et nous en avons informé le gouvernement :

« Le Collège royal des psychiatres fonctionne actuellement en dehors des normes éthiques, professionnelles et scientifiques attendues d'un organisme représentant les professionnels de la santé ... Nous pensons que les réponses du Collège montrent un parcours fait d'obscurantisme, de

malhonnêteté et l'incapacité ou la mauvaise volonté à impliquer un groupe concerné de professionnels, de scientifiques et de patients.

*Si un groupe de scientifiques et de psychiatres ne peut pas contester le Collège d'une manière qui conduise à une réponse appropriée et réfléchie et à une participation productive avec les plaignants, quel espoir y a-t-il pour les patients individuels de voir leur plainte prise au sérieux ? »*

Burn et Baldwin ne se sont jamais rétractés, n'ont jamais fourni de recherches pour étayer leur fausse déclaration, ni présenté d'excuses pour avoir induit le public en erreur. Ni James ni Rees n'ont répondu à nos préoccupations concernant la procédure de plainte.

Nous avons rendu notre plainte publique, et l'émission de la BBC Radio 4, *Today*, l'a couverte le 3 octobre 2018. Le Collège a refusé de fournir un porte-parole pour débattre avec John Read. A la place, Clare Gerada, ancienne présidente du Collège royal des généralistes, a représenté leur point de vue. Elle a dénigré la plainte comme étant une « histoire d'anti-antidépresseurs » et a défendu avec véhémence la position des responsables du Collège en disant que « une vaste majorité des patients qui arrêtent les antidépresseurs n'ont aucun problème quel qu'il soit. »

Plus tard, la Société royale de médecine a lancé une série de podcasts, *Health Matters* « La santé compte ». Le premier sujet abordé concernait les pilules de dépression et leur sevrage. L'une des deux personnes interrogées était Sir Simon Wessely, président de la Société (et récent président du Collège). L'autre était Clare Gerada. Aucun d'entre eux n'a révélé être marié, et tous deux ont souligné que les pilules de dépression permettent aux gens de « mener une vie normale ».

Sir Simon Wessely a rejeté tout lien entre les pilules de dépression et le suicide, bien qu'il ait été suffisamment bien démontré, pour que les médicaments portent des avertissements encadrés de noir sur la boîte. Il a également déclaré, de manière catégorique, que les pilules de dépression ne sont « pas addictives ». Clare Gerada s'est plainte que « une fois par an, lorsque les chiffres de prescription sont publiés, nous nous posons ces questions de conscience - pourquoi prescrivons-nous trop de ces médicaments. » Elle a déclaré qu'elle les prescrit même personnellement aux personnes dont elle sait qu'elles « vont faire une dépression » à l'avenir et elle a encouragé « les psychiatres à s'éloigner de la peur, qui a été propagée, je pense, par les médias et certaines personnes, pour réellement

dire, y a-t-il une place pour les antidépresseurs dans la prévention de la dépression ? »

En ce qui concerne le sevrage, Gerada a déclaré : « En tant que médecin généraliste depuis 26 ans ... probablement 50 % des dizaines de milliers de patients que j'ai vus ont eu un problème de santé mentale et je peux compter sur les doigts d'une main le nombre de ceux qui ont eu des problèmes à long terme de sevrage des antidépresseurs ou des problèmes de sevrage des antidépresseurs. »

Si l'on interprète “dizaines de milliers” comme signifiant 30 000, Gerada parlait d'environ 15 000 personnes ayant des problèmes de santé mentale. Étant donné son enthousiasme pour les pilules de dépression, qu'elle utilise même “à titre prophylactique”, nous avons supposé qu'elle les prescrivît à 25 % de ces patients, soit environ 3750 personnes. Même si seulement la moitié d'entre elles ont déjà essayé d'arrêter de prendre ces médicaments, elle affirme que l'incidence des effets de sevrage est de cinq sur 1875, soit 0,3 %. L'estimation récente du taux réel, 56 %<sup>57</sup>, est 210 fois plus élevée que l'expérience clinique du docteur Gerada.

Le 27 novembre 2018, l'émission *All in the Mind* de la BBC a invité John Read et le psychiatre Sameer Jauhar à discuter de la revue Davies et Read. Jauhar a expliqué que « mon espoir est que les gens n'aient pas peur des antidépresseurs ... en pensant que les chiffres qui ont été donnés s'appliquent à eux. » Lorsque l'interviewer a demandé si les patients étaient avertis à l'avance des effets du sevrage lorsqu'ils commençaient à prendre des antidépresseurs, Jauhar a répondu : « Oui. Comme pour tout autre médicament en médecine générale, vous avertissez les patients de tout effet secondaire. » Read a répondu : « Dans chacune des deux plus grandes enquêtes que nous ayons réalisées, auprès de 1800 et 1400 personnes, moins de 2 % des personnes interrogées ont répondu oui à la question : Vous a-t-on dit quelque chose à propos des effets du sevrage ? »

En avril 2019, le *Journal of Psychopharmacology* a publié une critique de la revue Davies et Read, qui a été rejetée comme « un narratif partisan ». L'auteur principal était Sameer Jauhar, accompagné, entre autres, de David Baldwin et du psychiatre David Nutt, le rédacteur en chef du journal. Trois des six auteurs, Nutt, Baldwin, et le psychiatre de l'université d'Oxford Guy Goodwin, ont déclaré avoir reçu paiements de 26 compagnies pharmaceutiques différentes, mais Jauhar n'a pas divulgué le

financement de sa recherche par Alkermes ni ses conférences payées pour Lundbeck.

Le *Journal of Psychopharmacology* est la propriété de l'Association britannique de psychopharmacologie, qui accepte de l'argent de l'industrie sous la forme de symposiums satellites parrainés qui ne sont pas contrôlés par l'Association. Le président actuel, Allan Young, et les anciens présidents, dont David Nutt, ont tous deux reçus de l'argent de l'industrie pharmaceutique.

La ténacité de John Read a payé. Le 30 mai 2019, le Collège a publié une déclaration dans laquelle il note que « l'arrêt des antidépresseurs devrait impliquer une diminution progressive ou lente de la dose afin de réduire le risque de symptômes pénibles, qui peuvent se produire sur plusieurs mois... L'utilisation des antidépresseurs devrait toujours être étayée par une discussion sur le niveau potentiel des avantages et des inconvénients, y compris le sevrage. »

Dans les heures suivantes, cependant, Allan Young, a tenté de saper ce revirement du Collège. Il a répété la ligne de conduite de sa compagnie pharmaceutique : « Les réactions dites de sevrage sont généralement légères à modérées et répondent bien à une prise en charge simple. L'anxiété à ce sujet ne doit pas occulter les avantages réels de ce type de traitement. »

En septembre 2019, la Santé publique anglaise a publié une étude historique de 152 pages contenant des recommandations importantes, notamment sur les services d'aide aux personnes qui arrêtent de prendre des pilules de dépression et d'autres médicaments psychiatriques, ainsi que sur l'amélioration de la recherche et l'élaboration de recommandations nationales plus précises<sup>180</sup>. Le mois suivant, NICE a mis à jour ses recommandations en ligne avec la revue Davies et Read.

Voici ce que cela illustre : Nous savions déjà que les compagnies pharmaceutiques ne se souciaient pas de la sécurité des patients si cela peut nuire aux ventes<sup>4,51</sup>. Nous savons maintenant que les dirigeants de la psychiatrie ne se soucient pas non plus de la sécurité des patients si cela peut menacer leur propre réputation, la corporation qu'ils représentent ou le flux d'argent qu'ils reçoivent des compagnies pharmaceutiques. Cette corruption de toute une spécialité médicale imprègne également nos

autorités, qui s'appuient fortement sur des spécialistes pour émettre des recommandations de bonnes pratiques.

J'ai exposé certaines de ces mêmes personnes dans mon livre de 2015 sous le titre : Les bonzes du Royaume-Uni illustrent le déni organisé de la psychiatrie. Cela a commencé par ma présentation d'ouverture lors de la réunion inaugurale du Conseil pour une psychiatrie basée sur les preuves, le 30 avril 2014, à la Chambre des Lords, présidée par le comte de Sandwich, qui avait pour thème « Pourquoi l'utilisation de médicaments psychiatriques peut faire plus de mal que de bien. » Les autres intervenants, la psychiatre Joanna Moncrieff et l'anthropologue James Davies, ont donné des conférences similaires.

Deux mois plus tard, David Nutt, Guy Goodwin et trois collègues masculins m'ont violemment pris à parti dans le premier numéro de la nouvelle revue, le *Lancet Psychiatry*<sup>181</sup>.

Leur style et leurs arguments ont révélé l'arrogance et l'aveuglement qui règnent au sommet de la corporation psychiatrique partout dans le monde. Le titre de leur article était : « Attaques sur les antidépresseurs : des signes d'une stigmatisation profondément ancrée ? » On m'accusait, directement ou indirectement, d'être « antipsychiatrie », « anticapitaliste », d'avoir des « opinions politiques extrêmes ou alternatives », de lancer « un nouveau sommet de polémique irrationnelle », qui avait remplacé ma « formation à l'analyse des preuves par de la polémique populaire » et m'avait fait « préférer l'anecdote à la preuve », ce qui était « insultant pour la discipline de la psychiatrie ».

C'était de la rhétorique vide. Ce qui était insultant pour la psychiatrie et pour les patients, c'était leur article. Ils y affirment que les pilules de dépression sont parmi les médicaments les plus efficaces de toute la médecine, avec un effet impressionnant sur la dépression aiguë et sur la prévention des récives.

Ils ont noté qu'on compte moins de patients à abandonner les essais en raison de l'inefficacité du traitement dans le groupe sous antidépresseur que sous placebo, ce qui, selon eux, montrerait que les pilules sont efficaces. Ce n'est pas correct. Bien davantage de patients abandonnent les essais dans le groupe médiqué par rapport au groupe placebo, en raison des effets indésirables du médicament<sup>114</sup>. Cela tend à se produire de façon

précoce dans l'essai, et par la suite, le nombre de patients susceptibles d'abandonner l'essai en raison d'un manque d'effet en est réduit d'autant dans le groupe effectivement médiqué. C'est donc une erreur fatale que d'examiner seulement les abandons dus au manque d'efficacité. Nous avons inclus tous les abandons et nous avons constaté que le placebo est meilleur qu'une pilule de dépression<sup>114</sup>.

Ils ont mentionné que de nombreuses personnes qui ne prennent pas de médicament de la dépression se suicident, affirmant qu'une « condamnation générale des antidépresseurs par les groupes de pression et par des collègues risque d'augmenter cette proportion. » C'est un argument incroyable si l'on considère que les pilules de dépression *provoquent le suicide* !

Ils ont affirmé que la plupart des personnes qui se suicident étaient dépressives, mais les données sous-jacentes ne permettent pas de tirer cette conclusion<sup>182</sup>. Seul un quart environ des personnes qui se suicident ont un diagnostic de dépression. Beaucoup d'autres reçoivent un diagnostic post-mortem basé sur une soi-disant autopsie psychologique. L'établissement d'un diagnostic de trouble psychiatrique chez une personne décédée est un processus hautement enclin à être biaisé. Les préjugés d'acceptabilité sociale menacent la validité d'un tel diagnostic rétrospectif. Les proches recherchent souvent des explications socialement acceptables et peuvent ne pas être conscients ou ne pas vouloir révéler certains problèmes, en particulier ceux qui génèrent de la honte ou qui font porter une partie du blâme sur eux-mêmes.

Ce sont « certains des médicaments les plus sûrs jamais fabriqués », ont-ils écrit. Cette affirmation est difficile à concilier avec les résultats d'une étude de cohorte soigneusement menée qui a montré que les ISRS tuent une sur 28 personnes de plus de 65 ans traitées pendant un an<sup>96</sup>, et avec le fait que ces pilules doublent les suicides<sup>97-100</sup>.

« Le mouvement antipsychiatrique s'est relancé avec la récente théorie de la conspiration selon laquelle l'industrie pharmaceutique, de mèche avec les psychiatres, comploterait activement pour créer des maladies et fabriquer des médicaments qui ne valent pas mieux que le placebo. » Ils n'ont pas vu l'ironie. Ce n'est pas une théorie de conspiration mais un simple fait que les psychiatres ont élaboré tellement de “maladies” qu'il y en a au

moins une pour chaque citoyen, et il est également exact que ces médicaments ne valent pas la peine d'être utilisés.

Le comble du déni et de l'arrogance professionnelle est venu lorsqu'ils ont suggéré que nous devrions ignorer les « expériences sévères liées au médicament », qu'ils ont écartées comme des anecdotes et dont ils ont affirmé qu'elles pouvaient être déformées par « l'incitation au litige ». C'est profondément insultant pour les parents qui ont perdu un enfant et pour les conjoints qui ont perdu un partenaire parce que les pilules de dépression ont poussé certaines personnes à se suicider ou à commettre un homicide, ou les deux. Dans leurs remarques finales, les psychiatres ont déclaré que mes « affirmations extrêmes ... expriment et renforcent la stigmatisation des maladies mentales et des personnes qui en sont atteintes. » Il a été documenté que ce sont les psychiatres qui stigmatisent les patients, et non ceux qui critiquent la psychiatrie<sup>4</sup>.

Sami Timimi est un membre du Collège, et il a écrit à Wendy Burn, la présidente du Collège, dans une lettre cosignée par 30 personnes, demandant que le Collège remplace David Baldwin en tant que son représentant au sein du Groupe d'expertise de référence de la révision des médicaments prescrits de la Santé publique anglaise, par un membre du Collège qui ne soit pas compromis par des conflits d'intérêts avec l'industrie pharmaceutique. Wendy Burn a répondu que l'implication de Baldwin dans l'industrie ne compromettrait en rien son travail et a averti Timimi qu'il devait respecter « les valeurs que le Collège attend de ses membres. » Comme David Nutt et d'autres pontes de la psychiatrie, Wendy Burn n'a pas perçu l'ironie de sa remarque. Lesdites valeurs semblent autoriser la corruption.

Lorsque le psychiatre écossais Peter Gordon a exprimé, fin 2019, son point de vue sur la sur-médication psychiatrique et ses effets néfastes potentiels, le président de la division écossaise du Collège royal des psychiatres a téléphoné au directeur médical associé du conseil d'administration du *National Health Service* (NHS) où travaillait Peter Gordon et lui a fait part de ses inquiétudes concernant sa santé mentale<sup>179</sup>. Plusieurs d'entre nous ont fait l'expérience d'être “diagnostiqués” par leurs adversaires psychiatriques, moi-même dans un journal, au cours d'une

affaire judiciaire où j'étais témoin expert<sup>54</sup>, et lors d'une conversation entre deux psychiatres lors d'une soirée privée qu'un de mes amis a entendue.

Un autre exemple de fabrication d'un faux diagnostic provient de l'université Emory aux États-Unis, où travaillait le professeur de psychiatrie Charles Nemeroff<sup>4</sup>. Des millions de dollars de l'industrie pharmaceutique ont changé de mains en secret pendant plus d'une décennie, et l'une des raisons pour lesquelles l'escroquerie a pu continuer aussi longtemps est qu'au moins 15 lanceurs d'alerte ont reçu l'ordre de subir des évaluations psychiatriques par les psychiatres d'Emory ; ceux-ci apparemment auraient rédigé ces examens sans même examiner les médecins ciblés ni recueillir de preuves factuelles, à la suite de quoi plusieurs d'entre eux ont été licenciés. Certaines de ces "évaluations" ont été faites par Nemeroff lui-même. En Union soviétique, les dissidents recevaient de faux diagnostics psychiatriques et ils étaient enfermés ou disparaissaient à jamais.

De telles transgressions éthiques grossières sont uniques à la psychiatrie ; elles ne seraient même pas possibles dans d'autres spécialités. Si un cardiologue perd une discussion académique, ou si son collègue a exposé sa fraude, cela ne l'aidera pas de prétendre soudainement que son adversaire a eu une crise cardiaque.

### **L'utilisation des pilules de dépression chez les enfants a diminué de 41 %**

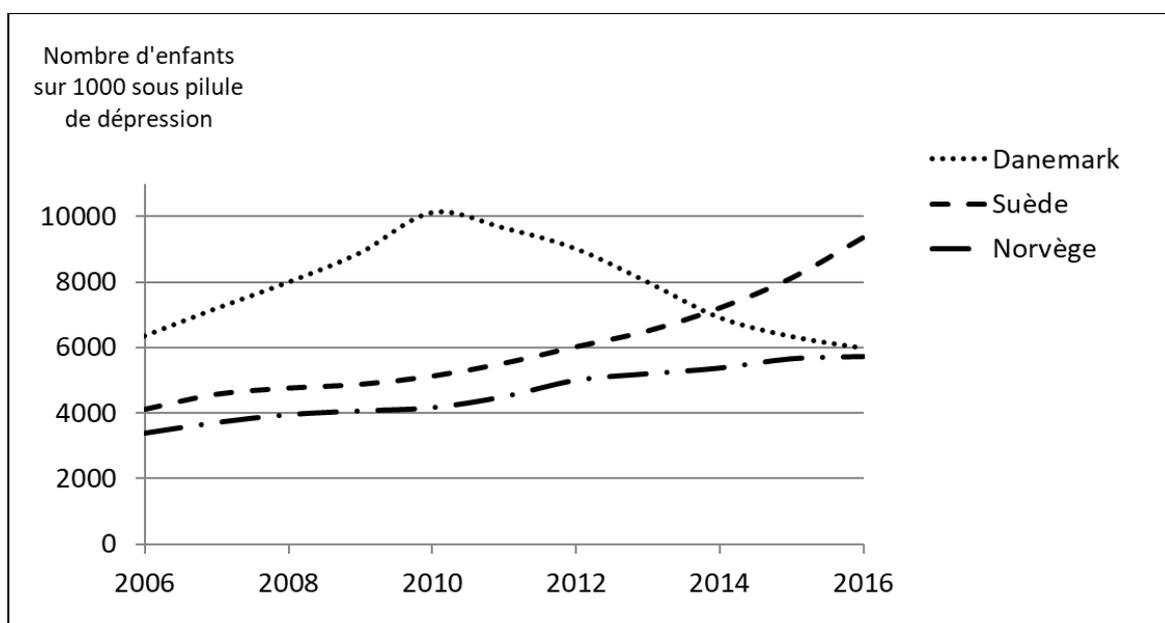
Voici une petite lueur d'espoir en défi au trou noir de la psychiatrie absorbant toute pensée rationnelle, à la manière des trous noirs du cosmos qui absorbent tout ce qui s'en approche.

Il est possible de renverser les tendances à la hausse dans l'utilisation des médicaments psychiatriques si vous êtes aussi tenace que l'a été John Read avec la Société royale de psychiatrie britannique.

En raison des inquiétudes concernant le risque de suicide, le Conseil national de la santé danois a rappelé aux omnipraticiens, à l'été 2011, qu'ils ne devaient pas prescrire de médicaments de la dépression pour les enfants, ce qui était le travail des psychiatres<sup>183</sup>. Dans le même temps, j'ai commencé à mettre fortement en garde contre le risque de suicide lié à ces pilules. J'ai répété mes avertissements d'innombrables fois au cours des

années suivantes à la radio et à la télévision, ainsi que dans des articles, des livres et des conférences. Cela a commencé par une interview du directeur général de Lundbeck, Ulf Wiinberg, qui, en 2011, a affirmé que les pilules de dépression *protégeaient* les enfants contre le suicide. L'interview s'est déroulée alors que le partenaire américain de Lundbeck, Forest Laboratories, négociait une indemnisation avec 54 familles dont les enfants s'étaient suicidés ou avaient tenté de se suicider sous l'influence des pilules de dépression de Lundbeck. Ailleurs, j'ai décrit le comportement irresponsable de Lundbeck, aussi en relation avec un article que j'ai publié à propos de l'interview<sup>4</sup>.

En Norvège et en Suède, il n'y a pas eu d'initiatives de ce type. Le nombre d'enfants sous traitement a augmenté de 40 % en Norvège (0-19 ans) et de 82 % en Suède (0-17 ans) entre 2010 et 2016, alors qu'il a diminué de 41 % au Danemark (0-19 ans), malgré le fait que des professeurs de psychiatrie, au Danemark aussi, aient continué de propager leurs fausses affirmations selon lesquelles les pilules de dépression protégeraient les enfants contre le suicide<sup>183</sup>.



Le Conseil national de la santé danois a émis avant 2011 plusieurs avertissements contre l'utilisation des médicaments de la dépression chez les enfants. Je pense donc que c'est en grande partie grâce à ma ténacité que l'usage en a diminué au Danemark. Je dis cela pour encourager les

personnes à se battre pour une bonne cause. Malgré les difficultés, il est possible de changer les choses en psychiatrie pour le mieux. Ce n'est pas grand-chose, mais nous ne devons pas abandonner cette lutte.

### **Le « nombre de sujets à traiter » est fortement trompeur**

Il est courant dans les articles de recherche psychiatrique de mentionner le nombre de sujets qu'il faut traiter (NST) pour le bénéfice de l'un d'entre eux. Les psychiatres mentionnent sans cesse le NST comme preuve que leurs médicaments sont très efficaces. Mais le NST est tellement trompeur que vous devriez ignorer tout ce que vous lisez à ce sujet.

Techniquement, le NST est calculé comme l'inverse de la différence de risque (il s'agit en fait d'une différence de bénéfice), ce qui est très simple. Si 30 % se sont améliorés sous médicament et 20 % sous placebo, alors le  $NST = 1 / (0,3 - 0,2)$ , soit 10. Voici les principaux problèmes :

Tout d'abord, le NST est issu d'essais sérieusement défectueux, avec sevrage brutal dans le groupe placebo, un aveuglement insuffisant et un parrainage de l'industrie avec une publication sélective des résultats positifs ainsi que la torture des données.

Deuxièmement, le NST ne prend en compte que les patients dont l'état s'est amélioré dans une certaine mesure. Si un nombre similaire de patients se sont aggravés, il n'y aura pas de NST, car il serait infini (1 divisé par zéro est infini). Par exemple, si un médicament est totalement inutile et ne fait que rendre la condition du patient après traitement plus variable, de sorte que davantage de patients s'améliorent et en même temps davantage de patients s'aggravent par rapport au groupe placebo, alors le médicament semblerait efficace sur la base du NST parce que davantage de patients dans le groupe médicament se seraient améliorés que dans le groupe placebo.

Troisièmement, le NST ouvre la porte à des biais supplémentaires. Si le seuil choisi pour retenir l'amélioration ne donne pas un résultat qui plaise au service marketing de l'entreprise, il peut essayer d'autres seuils jusqu'à ce que les données confessent ce qu'on veut leur faire dire. De telles manipulations des données au cours de l'analyse statistique, où les résultats prédéterminés sont modifiés après que les employés de la compagnie aient vu les données, sont très courantes<sup>4,51,101,184</sup>. Mon groupe de recherche l'a

démontré en 2004, en comparant les protocoles d'essai que nous avons acquis auprès des comités d'évaluation éthique avec les publications de l'essai. Deux tiers des essais avaient au moins un résultat primaire qui avait été modifié, introduit ou omis, tandis que 86 % des chercheurs avaient nié l'existence de résultats non déclarés (ils ne savaient pas, bien sûr, que nous avions accès à leurs protocoles lorsque nous leur avons demandé)<sup>184</sup>. Aucune des 51 publications n'a explicité ces graves manipulations.

Quatrièmement, le NST ne concerne qu'un avantage et ignore complètement que les médicaments ont des effets nocifs, dont la probabilité d'apparition est beaucoup plus grande que leurs avantages éventuels.

Cinquièmement, si les avantages et les inconvénients sont combinés dans une mesure de préférence, il est peu probable qu'un NST puisse être calculé parce que les médicaments psychiatriques sont davantage nocifs que bénéfiques. Dans ce cas, nous ne pouvons calculer que le « Nombre nécessaire pour nuire » (NNN). Les abandons lors des essais de pilules de dépression en sont une illustration. Étant donné que les patients qui abandonnent l'essai sont en excès de 12 % dans le groupe sous médicament par rapport au groupe placebo<sup>114</sup>, le NNN est de  $1/0,12$ , soit 8.

Les bonzes de la psychiatrie britannique n'ont tenu compte d'aucun de ces défauts lorsqu'ils ont affirmé que les pilules de dépression avaient un effet impressionnant sur la récurrence, avec un NST d'environ trois pour prévenir une récurrence<sup>181</sup>. Il n'est pas surprenant que les patients veuillent reprendre le médicament alors que leurs psychiatres les ont jetés dans l'enfer du sevrage aigu en substituant soudainement leur médicament par un placebo. Comme il suffit de deux patients pour en avoir un qui présente des symptômes de sevrage<sup>57</sup>, il ne peut y avoir de NST pour prévenir la récurrence, mais seulement un NNN pour nuire, qui est de deux.

Il ne peut pas non plus exister de NST dans d'autres essais sur la dépression, car la différence entre le médicament et le placebo dans des essais défectueux est d'environ 10 %<sup>4</sup>, soit un NST de 10, ce qui est un bien moindre effet que le NNN. Par exemple, le NNN pour la création de problèmes sexuels est inférieur à deux pour les médicaments de la dépression. Des arguments et des exemples similaires peuvent être produits pour tous les médicaments psychiatriques. Ainsi, le NST en psychiatrie est-il fictif : Il n'existe pas.

## Électrochocs

Comme ce livre traite des médicaments, je ne parlerai pas beaucoup des électrochocs<sup>4</sup>. Certains patients et psychiatres disent qu'ils peuvent avoir un effet spectaculaire. Cela pourrait être vrai, mais l'effet moyen est moins impressionnant, et si les électrochocs étaient efficaces, les personnes n'auraient pas besoin de recevoir une longue série de chocs, ce qui est généralement le cas. De plus, l'effet des chocs ne dure pas au-delà de la période de traitement, et les électrochocs “fonctionnent” en provoquant des lésions cérébrales, ce qui est effrayant<sup>4</sup>.

Une fois, lors d'une réunion, on m'a demandé ce que je pensais d'une femme qui était si déprimée qu'on pouvait à peine rentrer en contact avec elle mais qui demandait un verre d'eau après un électrochoc. J'ai répondu que puisqu'il s'agissait d'une anecdote, je répondrais par une anecdote. Une fois, on m'a demandé de m'occuper d'un homme nouvellement admis, un alcoolique inconscient. Comme je devais écarter la possibilité d'une méningite, j'ai essayé de lui insérer une aiguille dans le dos pour prélever du liquide céphalorachidien en vue d'une microscopie et d'une culture. Il était très difficile d'y entrer et j'ai frappé son os plusieurs fois. Tout d'un coup, l'ivrogne s'est exclamé très fort : « Bon sang, arrêtez de me piquer dans le dos ! » Avais-je fait un miracle avec mon aiguille et guéri le gars ? Non. Des choses étranges se produisent tout le temps dans le domaine de la santé. Aurais-je pu réveiller la femme profondément déprimée avec ma seringue ? Qui sait, mais pourquoi pas ?

Les psychiatres affirment souvent que les électrochocs peuvent sauver des vies, mais il n'existe pas de documentation fiable à l'appui de cette affirmation alors que nous savons que les électrochocs peuvent tuer des personnes<sup>4</sup>. De plus, ils peuvent entraîner des pertes de mémoire sévères et permanentes, ce que les principaux psychiatres nient avec véhémence<sup>4,23</sup>, même s'il est bien documenté que les électrochocs entraînent des pertes de mémoire chez la plupart des patients<sup>4,185-187</sup>.

Je trouve totalement inacceptable que des électrochocs puissent être infligés à des patients contre leur volonté, car certains patients vont en mourir, environ 1 pour 1000<sup>186</sup>, et d'autres vont souffrir de lésions cérébrales graves et irréversibles<sup>4,23</sup>.

1 Vous ne devez pas prendre de médicaments psychiatriques. La seule exception que je puisse imaginer est une situation aiguë gravement perturbée où vous pourriez avoir besoin de vous reposer.

2 Si vous avez de la chance et que vous ayez un bon psychiatre qui comprenne à la fois la faillibilité des diagnostics psychiatriques et que les médicaments ou les électrochocs ne sont pas la solution à votre problème, continuez à parler à ce médecin.

3 N'acceptez pas les électrochocs. Ils ne sont pas curatifs et certains patients sont tués ou souffrent de lésions cérébrales graves et permanentes qui réduisent leur mémoire et d'autres fonctions cognitives.

4 Si, après avoir lu tout ce qui précède, vous pensez que la psychiatrie est fondée sur des preuves et que les psychiatres savent généralement ce qu'ils font, et que vous souhaitez donc en consulter un que vous n'avez jamais rencontré auparavant, je vous souhaite bonne chance. Vous en aurez besoin.

### 3 Psychothérapie

Je connais des psychiatres dans plusieurs pays qui n'utilisent ni médicaments psychiatriques ni électrochocs. Ils gèrent les patients, même ceux qui les plus sévèrement perturbés, avec leur empathie, des psychothérapies et de la patience<sup>1</sup>.

L'objectif des traitements psychologiques est de transformer un cerveau qui ne fonctionne pas bien vers une condition plus normale. Les médicaments psychiatriques modifient également le cerveau, mais ils créent un troisième état artificiel - un territoire inconnu - qui n'est ni normal ni l'état de dysfonctionnement que le patient a connu<sup>2</sup>.

C'est problématique car on ne peut pas passer du troisième état induit chimiquement à la normale à moins de diminuer progressivement les médicaments, et même dans ce cas, ce ne sera pas toujours possible, car le patient pourrait avoir développé des lésions cérébrales irréversibles.

Une approche humaine de la souffrance émotionnelle est très importante, et les résultats du traitement dépendent davantage du lien thérapeutique que du recours à la psychothérapie ou à la pharmacothérapie<sup>3</sup>. En outre, plus les médecins et les patients sont d'accord sur ce qui est important lorsqu'on guérit d'une dépression, meilleurs sont les résultats en matière d'affects positifs, d'anxiété et de relations sociales<sup>4</sup>.

La plupart des problèmes auxquels les patients sont confrontés sont dus à une régulation inadaptée des émotions, et les médicaments psychiatriques aggravent la situation, car leurs effets constituent une régulation inadaptée des émotions<sup>5</sup>. En revanche, la psychothérapie vise à apprendre aux patients à mieux gérer leurs sentiments, leurs pensées et leurs comportements. C'est ce qu'on appelle la régulation adaptative des émotions. Elle peut apporter un changement permanent aux patients, en mieux, et les rendre plus forts face aux défis de la vie. Conformément à cela, des méta-analyses ont montré que l'efficacité de la psychothérapie par rapport aux pilules de dépression dépendait de la durée de l'essai, et que la psychothérapie possédait un effet durable, surperformant ainsi nettement la pharmacothérapie sur le long terme<sup>6,7</sup>.

Il y a des questions substantielles à prendre en compte à la lecture des rapports sur les essais qui ont comparé la psychothérapie aux médicaments. Les essais ne sont pas réalisés en aveugle d'une manière effective,

ni pour la psychothérapie ni pour les médicaments, et la croyance dominante dans le modèle biomédical devrait influencer le comportement des psychiatres pendant l'essai et biaiser ainsi leurs évaluations des résultats en faveur des médicaments plutôt que de la psychothérapie. De même les essais qui montrent que les effets d'un médicament et d'une psychothérapie combinés sont meilleurs que ceux de l'un ou l'autre traitement seul doivent être interprétés avec prudence, et les résultats à court terme sont trompeurs. Nous ne devrions prendre en considération que les résultats à long terme, par exemple les résultats obtenus après un an ou plus.

Je ne préconiserai pas de thérapie combinée. Une psychothérapie efficace peut être difficile lorsque le cerveau des patients est engourdi par des substances psychoactives, ce qui peut les rendre incapables de penser clairement ou de s'auto-évaluer. Comme indiqué précédemment, le manque de lucidité vis-à-vis des sentiments, des pensées et des comportements s'appelle l'envoûtement médicamenteux<sup>8,9</sup>. Le principal effet de biais de cet envoûtement est que les patients sous-estiment les effets néfastes des médicaments psychiatriques.

Je n'entrerai pas dans le détail de la psychothérapie. Il existe de nombreuses écoles et méthodes concurrentes, et il n'est pas si important de savoir quelle méthode vous utilisez. Il est bien plus important que vous soyez à l'écoute et que vous rencontriez votre prochain là où il se trouve, comme nous l'a conseillé le philosophe danois Søren Kierkegaard il y a deux siècles. Comme il existe de nombreux essais de thérapie cognitivo-comportementale, cette méthode a tendance à être privilégiée, mais si elle est utilisée de façon trop indiscriminée, elle peut dégénérer en une sorte de livre de cuisine qui accorderait trop peu d'attention aux circonstances particulières concrètes, aux souhaits et à l'histoire du patient.

Lorsque nous avons voulu étudier l'effet de la psychothérapie sur le risque de suicide, ma fille aînée et moi nous sommes concentrés sur la thérapie cognitivo-comportementale, pour la simple raison que la plupart des essais avaient utilisé cette méthode. Comme indiqué précédemment, nous avons constaté que la psychothérapie réduisait de moitié le risque d'une nouvelle tentative de suicide chez les personnes admises en urgence après une tentative de suicide<sup>10</sup>. Il s'agit d'un résultat très important qui ne se limite pas à la thérapie cognitivo-comportementale. La psychothérapie

de régulation des émotions et la psychothérapie comportementale dialectique sont également efficaces pour les personnes qui s'automutilent<sup>11</sup>.

La psychothérapie semble être utile pour toute la gamme des troubles psychiatriques, y compris les psychoses<sup>1,12</sup>. Une comparaison des pratiques entre la Laponie et la ville de Stockholm illustre la différence entre une approche empathique et la médication forcée immédiate des patients avec un premier épisode de psychose<sup>13,14</sup>. *The Open Dialogue Family and Network Approach* « L'approche familiale et en réseau de dialogue ouvert » en Laponie vise à traiter les patients psychotiques à leur domicile, et le traitement implique le réseau social du patient et commence dans les 24 heures suivant l'appel reçu<sup>13</sup>. Les patients étaient étroitement comparables à ceux de Stockholm, mais à Stockholm, 93 % d'entre eux ont été traités avec des neuroleptiques contre seulement 33 % en Laponie, et cinq ans plus tard, la poursuite de l'utilisation de ces médicaments était de 75 % contre 17 %, respectivement. Après cinq ans, 62 % des patients de Stockholm contre 19 % des patients de Laponie étaient en congé de maladie ou en allocation d'invalidité, et l'utilisation des lits d'hôpitaux était également beaucoup plus élevée à Stockholm, 110 contre seulement 31 jours, en moyenne. Il ne s'agissait pas d'une comparaison randomisée, mais les résultats différents d'une façon si frappante qu'il serait irresponsable de les écarter. De nombreux autres résultats sont en faveur de l'approche non médicamenteuse<sup>1</sup>, et le modèle *Open Dialogue* gagne maintenant du terrain dans plusieurs pays.

La psychothérapie ne fonctionne pas pour tout le monde. Nous devons accepter que certaines personnes ne puissent pas être aidées quoi que nous fassions, ce qui est vrai aussi dans d'autres domaines des soins de santé. Certains thérapeutes ne sont pas si compétents ou ne travaillent pas bien avec certains patients ; il peut donc être nécessaire d'essayer plus d'un thérapeute.

Comme toutes les interventions, la psychothérapie peut aussi être nuisible. En Ouganda, les enfants soldats qui ont été contraints à commettre les atrocités les plus horribles ont remarquablement bien survécu au traumatisme psychologique par des stratégies d'adaptation par l'évitement<sup>15</sup>. Si un thérapeute avait insisté pour confronter ces personnes à leur traumatisme encapsulé, cela aurait pu tourner assez mal. En médecine somatique, une blessure qui guérit doit le plus souvent être laissée

tranquille, et les êtres humains ont une remarquable capacité d'auto-guérison, tant physique que psychologique. Il est évident que si la guérison se passe mal, par exemple parce qu'un os fracturé n'a pas été correctement réassemblé, ou qu'un traumatisme continue d'empêcher le patient de vivre pleinement, il peut être nécessaire d'ouvrir la plaie.

La souffrance physique et la souffrance émotionnelle ont des similitudes. Tout comme nous avons besoin de la douleur physique pour éviter les dangers, nous avons besoin de la douleur émotionnelle pour nous guider dans la vie<sup>16</sup>. Les conditions aiguës comme les psychoses et la dépression sont souvent liées aux traumatismes et ont tendance à s'auto-guérir si nous sommes un peu patients. Grâce au processus de guérison - qu'il soit assisté par une psychothérapie ou non - nous apprenons quelque chose d'important qui peut nous être utile si nous avons à nouveau des ennuis. De telles expériences peuvent également renforcer la confiance en soi, alors que les médicaments peuvent nous empêcher d'apprendre quoi que ce soit car ils engourdissent nos sentiments et parfois aussi nos pensées. Les pilules peuvent également donner un faux sentiment de sécurité et priver le patient d'une véritable thérapie et d'autres interactions humaines curatives ; les médecins peuvent penser qu'ils n'ont pas besoin de s'engager autant lorsqu'un patient prend des médicaments<sup>16</sup>.

Il est difficile d'être traité humainement dans la psychiatrie actuelle. Si vous paniquez et que vous vous rendez dans un service d'urgence psychiatrique, on vous dira probablement que vous avez besoin d'un médicament, et si vous refusez et dites que vous avez juste besoin de repos pour vous remettre sur pied, on vous dira peut-être que le service n'est pas un hôtel<sup>16</sup>.

## 4 Se sevrer des médicaments psychiatriques

Comme indiqué plus haut, il a fallu près de 30 ans avant que la profession psychiatrique et les autorités n'admettent que les benzodiazépines créent une forte dépendance. Sa propagande est très efficace, et la raison pour laquelle il a fallu tant de temps est que l'industrie pharmaceutique a fait un argument de vente majeur de la prétention que les benzodiazépines n'étaient pas addictives, contrairement aux barbituriques qu'elles remplaçaient. De même, vers 1988, cette industrie a-t-elle fait un argument de vente majeur de la prétention que les nouvelles pilules contre la dépression n'étaient pas addictives, contrairement aux benzodiazépines qu'elles remplaçaient.

Les mensonges ne changent pas, pour la simple raison que l'industrie du médicament ne vend pas de médicaments mais elle vend des mensonges sur les médicaments, ce qui représente la partie la plus importante de ses activités criminelles organisées<sup>1</sup>. L'industrie est tellement experte dans le mensonge qu'il a fallu environ 50 ans avant que les autorités n'admettent finalement que les pilules de dépression créent aussi une dépendance. Même après un retard aussi démesuré, ces autorités ne sont pas encore prêtes pour appeler un chat un chat. Elles évitent d'utiliser des mots comme addiction et dépendance mais parlent plutôt de symptômes de sevrage.

Le pire argument que j'aie entendu - de la part de plusieurs professeurs de psychiatrie - est que les patients ne sont pas dépendants parce qu'ils n'éprouvent pas un besoin irrépressible de doses plus élevées. Si c'était vrai, ce serait une bonne nouvelle pour ces fumeurs qui, après avoir fumé un paquet de cigarettes par jour pendant 40 ans, peuvent arrêter du jour au lendemain, sans symptômes d'abstinence.

Les patients n'ont que faire de ces pratiques académiques de jouer sur les mots ; leur seule justification est de permettre aux compagnies pharmaceutiques de continuer à intoxiquer des populations entières avec des médicaments psychotropes. Les patients savent quand ils sont dépendants (voir chapitre 2) ; ils n'ont pas besoin de l'approbation d'un psychiatre pour savoir si leur expérience est correcte, et certains disent que le sevrage d'un médicament de la dépression a été pire que la dépression elle-même<sup>2</sup>.

Les progrès sont très lents. Dans une émission de la BBC de 2020, l'association caritative de santé mentale MIND « l'esprit » a déclaré qu'elle orientait les personnes vers des associations caritatives de lutte contre la drogue afin de les aider à se sevrer de leurs pilules de dépression, faute d'alternatives disponibles. Hélas, hommage est toujours rendu aux idées fausses que le lavage de cerveau a fait croire aux personnes : « Bien qu'elles ne créent pas de dépendance, elles peuvent conduire à des problèmes de dépendance », a déclaré une voix off aux téléspectateurs. N'avons-nous pas entendu suffisamment d'absurdités à ce jour ?

L'une des choses les plus valables qu'un médecin puisse faire est d'aider certaines personnes à se sevrer des médicaments parmi les centaines de millions qui en sont devenues dépendantes. Cela peut être très difficile. De nombreux psychiatres m'ont dit qu'il est beaucoup plus facile de sevrer un héroïnomane que de sevrer un patient d'une benzodiazépine ou d'un médicament de la dépression.

Les plus grands obstacles au sevrage sont l'ignorance, les fausses croyances, la peur, la pression exercée par les proches et par les professionnels de la santé, et des problèmes pratiques comme le manque de disponibilité de médicaments titrés à des doses suffisamment faibles.

Très peu de médecins connaissent quoi que ce soit au sevrage et ils font d'horribles erreurs. Si au moins ils diminuent les doses progressivement, ils le font beaucoup trop rapidement parce que l'opinion dominante est que le sevrage n'est un problème qu'avec les benzodiazépines et parce que les quelques directives qui existent recommandent une réduction beaucoup trop rapide.

La situation au Royaume-Uni s'est améliorée en 2019 (voir chapitre 2) mais je n'ai pas encore constaté d'amélioration dans d'autres pays et en voici un exemple. En novembre 2019, le Conseil national de la santé danois a publié une directive sur les médicaments de la dépression à l'intention des médecins de famille, qui a été incluse dans le *journal de l'Association médicale danoise*, garantissant que tout le monde la verrait.

L'expéditeur était *Rational Pharmacotherapy* « Pharmacothérapie rationnelle », mais ce n'était pas rationnel. Comme ces directives sont dangereuses, je voulais mettre les personnes en garde contre elles, mais je savais par expérience qu'il ne servait à rien de se plaindre aux autorités, qui s'estiment irréprochables. J'ai donc publié ma critique dans un journal<sup>3</sup>. Le

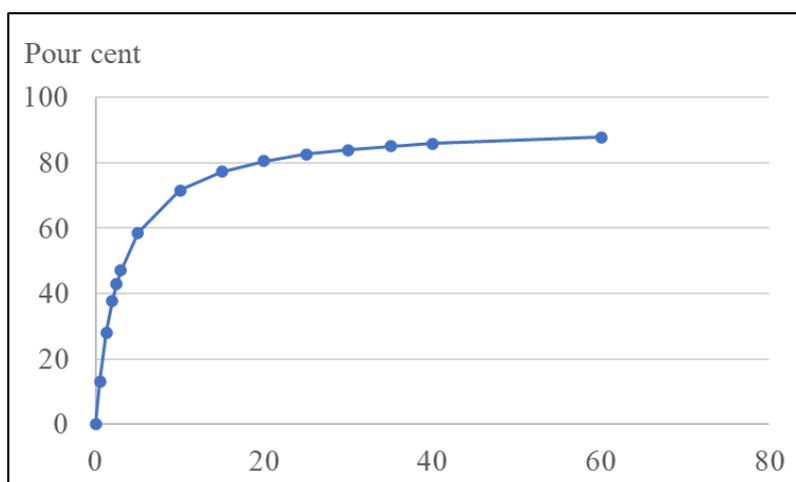
Conseil de la santé a eu la possibilité de répondre mais a refusé - un autre signe de l'arrogance qui règne au sommet de nos institutions, car il s'agit d'une question de santé publique très importante.

Bien que le groupe d'auteurs de la directive ait été composé d'un psychiatre et d'un pharmacologue clinicien, ils ne semblaient pas savoir à quoi ressemble une courbe de liaison des pilules de dépression aux récepteurs. Comme pour les autres médicaments, il s'agit d'une hyperbole. Elle est très raide au début lorsque la dose est faible, puis elle s'aplatit et devient presque horizontale au sommet (voir figure)<sup>4</sup>.

Il est important de le savoir. Le conseil d'administration recommande de réduire de moitié la dose toutes les deux semaines, ce qui est beaucoup trop risqué. Aux doses habituelles, la plupart des récepteurs sont occupés parce que nous sommes au sommet de la courbe de liaison, là où elle est plate. Étant donné que tous les patients sont surdosés, ils peuvent rester sur la partie plate de la courbe de liaison après la première réduction de la dose et ne présenter aucun symptôme de sevrage. Il pourrait donc être acceptable de réduire la dose de moitié la première fois.

Mais déjà la fois suivante, en passant de 50 % de la dose de départ à 25 %, les choses peuvent mal tourner. Si les symptômes de sevrage ne se manifestent pas cette fois-ci non plus, ils se manifesteront presque certainement lorsque vous passerez à l'étape suivante et que vous descendrez à 12,5 %.

Relation hyperbolique entre l'occupation des récepteurs et la dose de citalopram en mg.  
(Avec l'aimable autorisation de Mark Horowitz)



Il est également trop rapide pour de nombreux patients de changer la dose toutes les deux semaines. La dépendance physique aux pilules peut être si prononcée qu'il faut des mois ou des années pour se sevrer complètement.

Un retrait rapide est dangereux. Comme indiqué précédemment, l'un des pires symptômes de sevrage est l'agitation extrême (akathisie), qui prédispose au suicide, à la violence et à l'homicide.

Un processus de sevrage doit respecter la forme de la courbe de liaison, et donc devenir de plus en plus lent, plus la dose est faible. Ces principes sont connus depuis des décennies et ont été expliqués dans un article instructif paru dans *Lancet Psychiatry* le 5 mars 2019 par Horowitz et Taylor<sup>4</sup>. Comme mes collègues, qui ont sevré de nombreux patients, et moi-même avons écrit à plusieurs reprises sur ces principes dans les journaux nationaux danois et ailleurs depuis 2017, les personnes travaillant au Conseil national de la santé n'avaient aucune excuse pour ne pas les connaître.

Les médicaments psychiatriques sont le Saint Graal pour les psychiatres, et ils sont la seule chose qui les sépare des psychologues, mis à part leur qualification de médecins. On s'attendrait donc à d'énormes réactions de la part de la corporation des psychiatres et de ses alliés lorsque l'on dit la vérité sur ces médicaments et que l'on commence à éduquer les personnes sur la manière de s'en sevrer en toute sécurité.

Cela m'est arrivé, à de nombreuses occasions. Comme indiqué au chapitre 2, ma présentation d'ouverture lors de la réunion inaugurale du Conseil pour une psychiatrie fondée sur les preuves en 2014 a été immédiatement attaquée par le sommet de la psychiatrie britannique. Le Conseil a été créé par le cinéaste et entrepreneur Luke Montagu qui a souffert horriblement de symptômes de sevrage pendant de nombreuses années après avoir arrêté ses médicaments psychiatriques, et il a voulu en souligner les méfaits.

J'ai mentionné le nom de Luke en 2015 dans un article que j'ai été invité à écrire pour le *Daily Mail*<sup>5</sup>. Il est sorti deux semaines après la publication de mon livre de psychiatrie où toutes les preuves sont mentionnées<sup>6</sup>. Le rédacteur en chef a apporté de nombreuses modifications à mon article et a insisté pour que j'ajoute cette déclaration : « En tant qu'enquêteur pour la Collaboration Cochrane indépendante - un organisme international qui

évalue la recherche médicale - mon rôle est d'examiner les preuves données pour les traitements de façon médicolégale. »

Mes recherches ont été publiquement dénigrées par les dirigeants de Cochrane qui ont mis en ligne une déclaration qui est toujours en place<sup>7</sup>. Ils ont affirmé que mes déclarations sur les médicaments psychiatriques et leur utilisation par les médecins au Royaume-Uni pouvaient être mal interprétées comme indiquant que je menais mon travail au nom de Cochrane. Ils ont également déclaré que mon point de vue sur les avantages et les inconvénients des médicaments psychiatriques n'était pas celui de l'organisation.

Cochrane comprend trois groupes de santé mentale qui ont publié des centaines de revues systématiques de médicaments psychiatriques gravement trompeuses, dont les auteurs n'ont pas prêté suffisamment attention aux défauts des essais, mais ont agi comme les porte-paroles de l'industrie pharmaceutique<sup>6</sup>.

Cochrane a tenté de désavouer mes conclusions sur les médicaments psychiatriques, mais l'organisation ne peut pas avoir de “vues” sur ces questions qui auraient davantage de poids que celles d'un chercheur qui les a étudiées en détail. Cependant la manœuvre a fonctionné, bien sûr. Cinq jours après la mise en ligne de cette déclaration, le *BMJ* a publié un article intitulé « Cochrane prend ses distances par rapport aux opinions controversées sur les médicaments psychiatriques »<sup>7</sup>.

À l'époque et par la suite, le soutien de Cochrane à la corporation des psychiatres et à l'industrie du médicament a été largement exploité par les principaux psychiatres. David Nutt (voir le chapitre 2 pour en savoir plus sur lui) a déclaré lors d'une conférence en Nouvelle-Zélande en février 2018 que j'avais été viré de Cochrane. Il était en cela prématuré de sept mois<sup>7</sup>.

Luke Montagu a parlé de sa propre “carrière” de patient psychiatrique dans l'article du *Daily Mail*<sup>5</sup>. Les symptômes étaient d'une telle nature et d'une telle sévérité que j'ai d'abord eu du mal à le croire. Je n'avais jamais rien appris de semblable ni pendant mes études de médecine ni plus tard. Mais j'ai vite compris que Luke ne plaisantait pas et qu'il n'était porteur d'aucune condition psychiatrique quelle qu'elle soit, mais une personne charmante tombée involontairement dans le piège de la médication psychiatrique.

Luke, héritier du comte de Sandwich, a subi à 19 ans une opération des sinus qui lui a donné des maux de tête et un sentiment d'éloignement du monde. Son médecin de famille lui a dit qu'il avait un déséquilibre chimique dans le cerveau. Le vrai problème était probablement une réaction aux produits d'anesthésie, mais on a prescrit à Luke des médicaments de la dépression variés qui ne l'ont pas aidé.

Aucun des autres médecins et psychiatres consultés par Luke n'a écouté non plus lorsqu'il a dit que cela avait commencé avec l'opération. Ils lui ont proposé différents diagnostics et lui ont tous donné des médicaments, neuf pilules différentes en quatre ans. Comme cela arrive si souvent, Luke a conclu à contrecœur qu'il y avait quelque chose qui n'allait pas chez lui. Il a essayé d'arrêter les médicaments à deux reprises, mais il s'est senti si horriblement mal qu'il a recommencé à les prendre. Il a pensé, ce qui est également typique, qu'il avait besoin de ces médicaments, alors qu'en fait il avait fait un syndrome de sevrage à chaque fois.

En 1995, on lui a donné du Seroxat (paroxétine) et il en a pris pendant sept ans. Lorsqu'il a essayé de l'arrêter, il s'est senti des vertiges, n'a pas pu dormir et était extrêmement anxieux. Pensant qu'il était gravement malade, il a vu un psychiatre qui lui a donné quatre nouveaux médicaments, dont un somnifère. Il s'est rapidement senti mieux, sans se rendre compte qu'il était devenu "aussi dépendant qu'un junkie sous héroïne".

Il a bien fonctionné pendant quelques années, mais il est devenu progressivement de plus en plus fatigué et oublieux. Alors, en 2009, croyant que c'était dû aux médicaments, il s'est inscrit dans une clinique d'addictologie. Son psychiatre lui a conseillé d'arrêter immédiatement les somnifères et, trois jours plus tard, il a été frappé par un tsunami de symptômes horribles : son cerveau semblait avoir été déchiré en deux, il avait un bourdonnement aigu dans les oreilles et il ne pouvait plus penser.

C'était une horrible faute professionnelle. Le retrait rapide de l'utilisation à long terme d'un somnifère est un désastre. La désintoxication a été le début de près de sept années d'enfer. C'était comme si des parties de son cerveau avaient été effacées.

Trois ans plus tard, il a commencé à se rétablir très lentement, mais il avait toujours une sensation de points de brûlure et d'aiguilles dans tout le corps, de forts acouphènes et un sentiment d'agitation intense.

Lorsque j'ai rencontré Luke pour la dernière fois, en juin 2019, il souffrait encore de symptômes de sevrage, mais il était capable de travailler à plein temps.

Il est déterminé à essayer d'aider les autres à éviter le terrible piège de la médication. Après avoir créé le Conseil, Luke a fondé le Groupe parlementaire multipartite sur la dépendance aux médicaments prescrits (APPG), qui a réussi à faire pression sur le gouvernement britannique pour qu'il reconnaisse le problème. Il a recruté l'Association médicale britannique et le Collège royal des psychiatres pour soutenir ceci. Cela a conduit à un examen novateur de la part de Santé publique Angleterre avec plusieurs recommandations clés, notamment une ligne d'assistance téléphonique nationale 24 heures sur 24 et des services d'aide au sevrage<sup>8</sup>. Ces recommandations ne se concentrent pas seulement sur les coupables traditionnels, les opiacés et les benzodiazépines, mais aussi sur les médicaments de la dépression. En décembre 2019, l'APPG et le Conseil ont publié un document de 112 pages intitulé « Recommandations pour les psychothérapeutes : permettre la communication avec les clients qui prennent ou qui font un sevrage des médicaments psychiatriques prescrits » : Ce guide est très détaillé et utile, tant en ce qui concerne les médicaments décrits que pour les conseils concrets offerts aux thérapeutes.

Il est devenu de plus en plus difficile d'ignorer l'énorme problème des patients qui sont dépendants des médicaments de la dépression. En 2016, j'ai cofondé l'Institut international pour le sevrage des médicaments psychiatriques ([iipdw.org](http://iipdw.org)), basé en Suède. Nous avons tenu plusieurs réunions internationales et nous avons créé un réseau de personnes partageant les mêmes idées dans de nombreux pays, et cela suscite un intérêt qui se répand rapidement de faire enfin quelque chose.

J'ai fait pression sur les orateurs de la santé au Parlement danois pendant plus de dix ans et ils ont toujours été positifs lorsque j'ai expliqué pourquoi des changements majeurs étaient nécessaires en psychiatrie. Mais ils ont peur d'aller à l'encontre des psychiatres qui s'empressent de leur dire que la psychiatrie est en dehors de leur domaine d'expertise. Par conséquent, rien de substantiel n'est advenu.

En décembre 2016, il y a eu une audition au Parlement sur les raisons pour lesquelles le sevrage des médicaments psychiatriques est si important et comment nous devrions le faire, ce qui était également le titre de mon

intervention. Un psychologue et un pharmacien ayant l'expérience du sevrage des médicaments ainsi qu'un proche ont apporté leurs contributions. Il n'y avait pas un seul psychiatre ayant de l'expérience dans le sevrage au programme. Le seul psychiatre était Bjørn Epdrup qui a expliqué quand et pourquoi les neuroleptiques sont nécessaires - et qui a oublié de nous dire quand ils ne le sont pas - et il a dit qu'il pouvait voir la schizophrénie sur un scanner cérébral. Ce n'est pas possible. Les études sur les scanners en psychiatrie sont très peu fiables<sup>6</sup>, mais Epdrup a quitté la réunion avant que quelqu'un ne puisse le confronter par rapport à cette affirmation. La seule chose que l'on puisse voir sur un scanner cérébral est le rétrécissement du cerveau causé par les neuroleptiques<sup>6,10,11</sup> !

En janvier 2017, j'ai été invité à donner une conférence lors d'une réunion sur les surdiagnostics et la sur médication en psychiatrie à Sherbrooke, au Canada. La réunion a été accréditée et comptabilisée dans le portefeuille de formation continue des médecins. Même si la plupart des participants étaient des psychiatres, 74 des 84 personnes présentes ont estimé que ma présentation avait répondu à leurs besoins. Je ne m'y attendais pas, surtout après la discussion qui a été quelque peu tendue.

Je sentais qu'un changement était en cours. Deux mois plus tard, le psychologue Allan Holmgren et un parti politique ont organisé une conférence au Parlement sur le thème : « Une psychiatrie sans médicaments ». Robert Whitaker a fait une présentation sur l'épidémie de médicaments psychiatriques et mon titre était également direct : « Le mythe de la psychiatrie biologique ; l'utilisation des médicaments psychiatriques fait beaucoup plus de mal que de bien. »

## **MIND Danemark ne veut pas aider les patients à se sevrer**

En juin 2017, j'ai organisé à Copenhague un cours d'une journée sur le sevrage des médicaments psychiatriques. Je l'avais prévu depuis un certain temps, mais mon initiative était trop importante pour la psychiatrie dominante qui a tenté de la saboter.

Le premier refus est survenu lorsque j'ai essayé d'obtenir une annonce pour le cours dans *Mind*, le journal des membres de la plus importante organisation pour les patients psychiatriques au Danemark :

« Comment se sevrer des médicaments psychiatriques et éviter les pires symptômes de sevrage ? Ce cours s'adresse à tous, aux patients, aux proches et aux professionnels de santé. Il consiste en des conférences et des discussions en petits groupes. Les conférenciers sont le professeur Peter C. Gøtzsche, la psychiatre pour enfants et adolescents Lisbeth Kortegaard, la pharmacienne Birgit Toft, la psychologue Olga Runciman et le pharmacien Bertel Rüdinger. »

Le 6 février, j'ai appelé le journaliste de *MIND*, Henrik Harring Jørgensen, qui est aussi responsable du magazine *Mind*, pour lui demander s'il serait intéressé pour parler aux membres de l'organisation de notre cours. Lorsque cela n'a pas été possible, j'ai demandé si je pouvais passer une annonce dans le magazine. Jørgensen s'est senti très mal à l'aise et a déclaré qu'avec sa fonction officielle, il ne devait pas s'impliquer dans le débat sur les médicaments psychiatriques. J'ai expliqué qu'il n'en avait pas besoin, car quoi qu'on puisse penser des médicaments psychiatriques, il est un fait que de nombreux patients veulent arrêter, mais ne peuvent pas obtenir d'aide, et c'est exactement pour cela que nous avons voulu proposer notre cours, qui s'adresse à tout le monde, aussi bien aux patients qu'aux médecins.

Je n'ai pu obtenir aucun engagement de Jørgensen pour faire paraître mon annonce dans le magazine. J'étais convaincu qu'il ne pouvait pas prendre cette décision lui-même, mais qu'il avait besoin d'un feu vert plus haut, et qu'ils ne prendraient probablement pas mon annonce.

Je savais très bien que le président national de *MIND*, Knud Kristensen, ne m'aimait pas, ce dont il avait parlé à d'autres, et qu'il était très en faveur des médicaments psychiatriques, dont il faisait toujours l'éloge dans les médias lorsque je les critiquais. Quand j'ai donné une conférence pour *MIND* à Copenhague en mai 2016, Kristensen est venu de l'autre bout du pays pour présider la réunion et poser des questions critiques après mon discours. Ses questions étaient inamicales, et il était très critique à mon égard en tant que personne. Mais les participants l'ont interpellé à plusieurs reprises et lui ont dit que ce que je leur avais dit était vrai, par exemple sur les symptômes de sevrage et sur la difficulté d'arrêter les médicaments psychiatriques, d'après leur propre expérience.

J'ai envoyé mon annonce à Jørgensen le lendemain du jour où je lui ai parlé au téléphone. Un silence total. J'ai appelé plusieurs fois et le secré-

taire m'a passé Jørgensen, qui m'a dit qu'il était dans son bureau, mais il n'a pas décroché, sachant que c'était moi. J'ai laissé un message demandant qu'il m'appelle, ce qu'il n'a pas fait.

Je suis devenu de plus en plus nerveux parce que le magazine *Mind* ne sort que tous les deux mois et la date limite pour l'annonce était le 2 mars. C'était ma seule opportunité de faire passer la publicité dans le magazine.

Le 17 février, j'ai écrit à Jørgensen pour lui signaler qu'il n'avait pas décroché lorsque je l'avais appelé. Je lui ai dit que de nombreux membres *de MIND* m'écrivaient pour me demander à qui ils devaient s'adresser pour obtenir de l'aide pour se sevrer des médicaments psychiatriques. J'ai également écrit à l'adresse électronique générale de l'association, mais toujours pas de réponse.

Le 22 février, je me suis rendu *au* siège de *MIND* pour obtenir une réponse. J'ai rejoint à l'extérieur trois personnes qui réalisaient des documentaires sur la psychiatrie et qui m'ont rejoint dans le bâtiment.

Il est immédiatement apparu que *Mind* ne voulait pas annoncer notre formation. Le directeur de *MIND*, Ole Riisgaard, m'a traité avec une rudesse et une condescendance incroyable, comme lorsqu'un maître d'école réprimandait un élève méchant dans les années 50. Apparemment, Riisgaard était également incapable de prendre une décision concernant mon annonce sans l'approbation de Kristensen ; il a dit qu'il reviendrait "dans quelques jours".

Nous avons tous conclu que le directeur était pleinement informé de mon cas avant qu'il ne sache notre présence à notre visite inopinée et avait prévu d'empêcher que mon annonce soit publiée dans le magazine *Mind*. Quand je lui ai dit que c'était mon impression, et aussi quand j'ai parlé à Jørgensen au téléphone deux semaines plus tôt, Jørgensen est devenu très agressif et m'a demandé si j'avais enregistré la conversation.

Le lendemain, Riisgaard a écrit qu'ils publieraient mon annonce, en ajoutant « Suite à votre comportement très méchant et totalement inacceptable hier, où vous vous êtes présenté sans accord ni permission, et avec des caméras allumées pour filmer le personnel de *MIND*, dont plusieurs sont mentalement vulnérables et employés sous des dispositions spéciales, la condition pour publier l'annonce est que vous m'envoyiez, avant la date limite, une garantie écrite (signée) qu'aucun des employés de

*MIND* ne participera à aucun type d'émission sans le consentement écrit de chacun d'entre eux. »

Les caméras n'étaient pas allumées, et nous trois qui étions dans la pièce avons tous été très calmes. Les seules personnes qui se sont mal comportées étaient Riisgaard et Jørgensen, que nous avons enregistrés avec un microphone caché parce qu'il est important de documenter les brimades et autres abus de pouvoir.

L'un des cinéastes a écrit à Riisgaard que ses collaborateurs m'avaient suivi pendant un certain temps et donc aussi à *MIND*, et qu'il avait demandé la permission de filmer, ce qu'un employé de *MIND* lui avait accordé. Dès que cette demande a été rejetée à un autre étage, le travail de film s'est arrêté. Le seul qui avait été filmé, c'était moi.

J'ai écrit à Riisgaard que notre perception des événements était différente. Nous avons respecté toutes les règles, mais comme Jørgensen ne répondait jamais au téléphone, nous n'avions pas d'autre choix que de nous rendre *au* siège de *MIND* pour savoir si *Mind* allait publier notre annonce.

« Vous avez expliqué que *MIND* est une petite association et que vous avez beaucoup à faire, c'est pourquoi vous n'avez rien entendu. Permettez-moi de souligner que j'ai eu tout le temps d'appeler Henrik pour me renseigner sur une éventuelle annonce. Et que cela ne lui aurait pris que quelques secondes pour répondre correctement lorsque je lui ai envoyé l'annonce le lendemain. Ce n'est pas plus difficile que cela. Il aurait été naturel pour vous, lorsque nous nous sommes rencontrés, de me dire que j'allais bien sûr pouvoir faire passer l'annonce dans le magazine *Mind*, parce qu'il est évident que cela serait un coup de main pour les nombreux membres de *MIND* qui veulent arrêter les médicaments psychiatriques mais qui n'ont pas pu obtenir l'aide de leur médecin, entre autres parce que très peu de médecins savent comment faire. D'autres médecins entretiennent l'idée fausse que vous devrez prendre vos médicaments pour le reste de votre vie, ce qui est scientifiquement prouvé comme étant très nocif. Au lieu de cela, vous avez dit que j'obtiendrais une réponse dans quelques jours. Pensez-vous que c'est une bonne façon de traiter un client qui vous paie pour insérer une publicité dans votre magazine, qui, en plus, est très pertinente pour vos membres ? »

La veille de notre visite à *MIND*, Riisgaard a reçu un courriel d'une branche locale expliquant qu'ils avaient discuté, lors d'une réunion du conseil d'administration, d'une correspondance que j'avais eue avec Jørgensen au sujet d'une annonce pour un cours sur le sevrage. « Sur cette base, il semble qu'une certaine forme de censure soit appliquée. Nous avons l'impression que beaucoup de nos membres sont intéressés par le travail de Peter Gøtzsche. Nous ne comprenons pas cette attitude. »

Riisgaard a répondu à la branche locale, après que nous l'avons eu rencontré et que nous ayons correspondu avec lui : « En ce qui concerne les publicités, nous avons certainement une censure (rédaction), par exemple nous n'acceptons pas la publicité de l'industrie pharmaceutique. Mais Gøtske [sic] n'a pas été privé de la possibilité de faire de la publicité. S'il donne une autre impression, c'est juste pour se rendre intéressant. »

Riisgaard a menti et a continué à être arrogant. J'ai écrit à la branche locale que quelqu'un au sommet de *MIND* croit que les médicaments psychiatriques ne peuvent qu'être bons pour les gens, que personne ne devrait être aidé à les arrêter et que les psychiatres contrôlent tout ceci, ce qui n'est pas du tout le cas.

Le président national de *MIND*, Knud Kristensen, a trop de pouvoir et nourrit ses propres intérêts, et non ceux de ses membres.

## **La corporation des psychiatres ne veut pas aider les patients à se sevrer**

Le deuxième rejet a eu lieu lorsque j'ai informé la Psychiatrie de la Région de la capitale en janvier 2017 de notre formation. J'ai écrit que j'avais collaboré avec des psychiatres, des psychologues et des pharmaciens qualifiés dans plusieurs pays, et avec de nombreux usagers ayant une grande expérience du sevrage ; que nous étions 11 personnes de 7 pays qui nous étions réunis à Göteborg en octobre 2016, ayant décidé de créer l'Institut international pour le sevrage des médicaments psychiatriques ; que l'un d'entre nous était un psychiatre norvégien qui venait d'ouvrir le premier service sans médicament en Norvège ; que j'avais un doctorant qui étudiait comment sevrer les médicaments psychiatriques en toute sécurité ; et que nous ferions de notre mieux pour répondre aux besoins et aux intérêts des participants.

Trois jours plus tard, le professeur Poul Videbech, psychiatre, s'est plaint à l'Autorité de sécurité des patients : « Un certain Peter Gøtzsche, spécialiste en médecine interne, a annoncé la formation ci-dessous pour les patients et autres. Bien sûr, je pense qu'il assume une énorme responsabilité, qu'il n'a pas conscience de porter. Les médecins peuvent-ils simplement faire ce genre de choses sans avoir les connaissances professionnelles nécessaires ? C'est aussi une entreprise privée qui abuse du nom du Centre Cochrane. »

L'arrogance de Videbech ne peut être ignorée. “Un certain Peter Gøtzsche” est une expression que vous utilisez à propos des personnes inconnues, or j'étais très bien connu, tant par Videbech que par les personnes de l'Autorité.

L'Autorité n'a pas pris la plainte de Videbech au sérieux. Il leur a fallu quatre mois pour me demander un avis indiquant dans quelle mesure un conseil professionnel de santé individuel serait fourni aux participants à la formation. J'ai informé l'Autorité le 19 mai que la description du cours ne contenait aucune indication sur la possibilité de donner des conseils individuels. Un processus de sevrage prend du temps, et nous n'avions évidemment pas l'intention de commencer à sevrer des participants pendant la formation.

On m'a également demandé quelles étaient mes qualifications ou mon expérience en matière de sevrage individuel des neuroleptiques. J'ai répondu que la question n'était pas pertinente car le but de la formation était que nous apprenions les uns des autres, notamment en écoutant les expériences présentes et passées des patients. J'ai ajouté qu'il y aurait des psychiatres ainsi que d'autres professionnels de santé dans la salle.

Enfin, l'Autorité m'a demandé de préciser le rôle du Centre Cochrane nordique dans l'organisation de la formation puisque j'avais utilisé cette affiliation dans mon courriel à l'organisation. Comme il n'était pas fait mention du Centre dans l'annonce de la formation, je n'ai pas répondu à cette question, qui était hors de propos et au-delà des tâches de contrôle de l'Autorité.

Le 1er juin, l'Autorité m'a demandé les informations que je lui avais déjà envoyées et qu'elle avait négligées. Quatre jours après que nous avons eu tenu notre cap, l'Autorité a annoncé qu'elle n'avait pas l'intention de prendre de mesures.

J'ai mis en ligne les vidéos de nos conférences et d'autres informations sur ma page d'accueil, [deadlymedicines.dk](http://deadlymedicines.dk). Nous avons également organisé plusieurs réunions pour le public et j'ai donné de nombreuses conférences, dans plusieurs pays. Nous avons toujours expliqué que le sevrage devait être beaucoup plus lent que ne le recommandent les directives officielles. L'Autorité de sécurité des patients aurait donc dû s'intéresser à ces directives, qui étaient dangereuses, et non à nous !

Nous avons pris en compte les barrages et les ralentisseurs rencontrés sur notre route et, dans notre réseau international en croissance, nous avons eu le sentiment d'aller de l'avant. En octobre 2017, le film d'Anahi Testa Pedersen, *Diagnosing Psychiatry* « diagnostiquer la psychiatrie », a été projeté en première mondiale à Copenhague (voir chapitre 2). Elle m'a demandé si j'avais des suggestions pour un titre, alors j'ai suggéré celui-là parce que le film montre que la psychiatrie est un patient malade qui infecte aussi d'autres patients. J'aurais pu choisir le même titre pour ce livre, cependant je ne voulais pas utiliser le mot psychiatrie, mais plutôt le terme positif santé mentale.

En novembre 2017, le psychiatre Jan Vestergaard a tenté de faire inscrire un symposium de deux heures sur les benzodiazépines au programme de la réunion annuelle de l'Association danoise de psychiatrie, quatre mois plus tard. Bien que la réunion ait duré quatre jours, avec des sessions parallèles, le conseil d'administration a déclaré qu'il n'y avait pas de place pour le symposium. Il s'agissait de la dépendance et du sevrage, et il était prévu que je parle du sevrage en général, et pas seulement des benzodiazépines.

Comme l'hôtel de conférence est immense, j'ai appelé pour savoir s'il y avait des chambres libres. J'en ai réservé une et j'ai organisé un symposium de deux heures pour les psychiatres le matin, que nous avons répété l'après-midi. Je leur ai donné l'occasion d'apprendre quelque chose sur la dépendance et le sevrage, même si le conseil d'administration ne s'intéressait guère au sujet.

Puis il y a eu un autre accroc, celui du professeur de microbiologie clinique Niels Høiby, élu pour un parti politique conservateur dans la Région de la capitale. Je me suis demandé pourquoi il se sentait obligé d'interférer avec notre initiative altruiste (nous n'avions pas demandé de

droit d'entrée), car les bactéries n'ont pas grand-chose à voir avec le sevrage des médicaments psychiatriques. Il a soulevé une soi-disant question politique et a mentionné que j'avais écrit un livre sur l'utilisation des médicaments psychiatriques et que j'avais organisé des formations pour amener les patients à réduire leur consommation de médicaments psychiatriques. Høiby a demandé si le Conseil exécutif de l'hôpital national et la Région de la capitale, éventuellement en collaboration avec le Conseil de la santé pour la psychiatrie, avaient informé les psychiatres de la région, les psychiatres en pratique privée et les médecins généralistes s'ils soutenaient ou s'ils prenaient leurs distances par rapport aux activités du directeur du Centre Cochrane concernant l'utilisation des médicaments psychiatriques.

La réponse est aussi intéressante que la question stupide et pernicieuse de Høiby. La Psychiatrie de la Région de la capitale a déclaré qu'elle avait informé tous ses centres des activités mentionnées par Høiby, qu'elle était critique à l'égard de mon offre et qu'elle avait demandé qu'une attention soit accordée aux patients susceptibles d'accepter cette offre. En outre, ils ont noté que plusieurs chefs de département et professeurs avaient exprimé publiquement leur désaccord avec moi et mes activités, par exemple lors de l'événement « L'art d'arrêter un médicament » organisé par la Région de la capitale et lors d'un débat public sur les médicaments psychiatriques organisé par la Psychiatrie dans la Région de la capitale : « Lors de ces deux événements, Peter Gøtzsche lui-même a participé. »

Oh mon Dieu, oh mon Dieu, l'homme "lui-même" s'est présenté à nos précieux événements et a même osé poser des questions ! Alors, est-ce mal quand quelqu'un fait cela et quand certaines éminences - que j'appelle des bonzes car c'est ainsi qu'ils se comportent<sup>6</sup> - ne sont pas d'accord avec lui ? Ce sont là des perspectives sombres. Il est évidemment inacceptable pour l'establishment psychiatrique que j'essaie de répondre aux besoins des patients alors que les psychiatres ne veulent pas le faire, même si cet establishment parle constamment de mettre le patient au centre de leurs activités.

J'ai annoncé les symposiums dans le *Journal de l'Association médicale danoise* et mon doctorant Anders Sørensen a également donné une conférence. Plus tard, lorsque nous nous sommes promenés dans les couloirs, nous avons appris que les jeunes psychiatres avaient eu peur d'y

assister, craignant que leurs patrons ne les considèrent comme des hérétiques et ne leur en fasse subir des rétaliation. Ce comportement d'intimidation se retrouve également dans une troupe de lions ; si un lion quitte le groupe et revient plus tard, le lion est puni. Cela explique pourquoi la plupart des 60 participants étaient des infirmières, des travailleurs sociaux, des patients et des proches. Sept seulement se sont identifiés comme psychiatres, mais il y en avait probablement huit autres, car ceux-ci ont omis de donner le contexte de leur participation alors qu'on leur avait demandé de le faire en entrant dans la pièce.

En d'autres occasions, des psychologues, des travailleurs sociaux et des infirmières qui souhaitaient assister à mes conférences ou à mes cours m'ont raconté des histoires similaires sur le fait d'avoir reçu des avertissements terribles de leurs supérieurs qui leur disaient que s'ils assistaient, cela ne serait pas bien accueilli dans leur service. C'est effrayant et c'est aussi un diagnostic pour une spécialité malade. Cela raconte l'histoire d'une corporation qui se comporte davantage en secte religieuse et non comme une discipline scientifique, car en science, nous sommes toujours à l'écoute des nouveaux résultats de la recherche et d'autres points de vue, qui nous rendent tous plus savants.

Nous avons deux conférences dans notre programme : « Pourquoi la plupart des personnes qui reçoivent des médicaments psychiatriques devraient-elles s'en sevrer ? » et « Comment cela devrait-il être fait en pratique ? » Nous avons mentionné dans l'annonce que plusieurs psychiatres nous avaient instamment demandé d'organiser un cours sur le sevrage des médicaments psychiatriques en même temps que leur réunion annuelle.

Les symposiums ont été couronnés de succès. Le psychiatre le plus expérimenté présent dans la salle a déclaré plus tard à l'un de ses collègues juniors que j'avais éclipsé les psychiatres dominants. C'est pourquoi ils ne voulaient pas que leurs jeunes médecins m'écoutent. Cela pourrait devenir trop difficile pour eux lorsqu'ils reviendraient et poseraient des questions. Ils ont également apprécié la conférence d'Anders Sørensen. Il a beaucoup d'expérience en matière de sevrage et c'est un très bon orateur.

En juin 2018, nous avons organisé un après-midi de séminaire de recherche à Copenhague. Nous avons comme intervenants Laura Delano, une survivante de la psychiatrie des États-Unis, qui a présenté des

protocoles de réduction des risques par diminution progressive basés sur une vue d'ensemble des méthodes qui ont donné les meilleurs résultats dans la communauté des personnes en sevrage, et le pharmacien Bertel Rüdinger de Copenhague, également un survivant de la psychiatrie<sup>6</sup>. La psychiatrie leur a volé respectivement 14 et 10 ans de leur vie et les a amenés tous deux à frôler le suicide.

## **La Collaboration Cochrane ne veut pas aider les patients à se sevrer**

Le plus grand barrage sur la route a été mis en place par la Collaboration Cochrane. Comme je l'ai indiqué, ma critique des médicaments psychiatriques a été la raison directe pour laquelle le PDG de Cochrane, Mark Wilson, m'a considéré comme étant en mauvaise posture, comme on dit dans les cercles de gangsters, dans l'organisation que j'ai cofondée en 1993. J'ai écrit le livre *Death of a whistleblower and Cochrane's moral collapse* « Mort d'un lanceur d'alerte et la faillite morale de Cochrane »<sup>7</sup> sur l'histoire récente de Cochrane et mon expulsion de son conseil d'administration, auquel j'avais été élu avec le plus grand nombre de voix parmi les 11 candidats, et de la Collaboration Cochrane. Wilson m'a même fait renvoyer en octobre 2018 de mon poste à Copenhague, que j'occupais depuis la création du Centre Cochrane nordique en 1993<sup>7</sup>.

Les actions de Cochrane contre moi ont été largement condamnées et il y a eu des articles dans *Science*, *Nature*, le *Lancet* et le *BMJ*<sup>7</sup>. Le psychiatre pour enfants et adolescents Sami Timimi a fait la critique de mon livre<sup>12</sup>, et en voici un extrait :

*« Ce livre décrit comment un monde sens dessus dessous est créé lorsque le marketing triomphe sur la science ; où la cible réelle d'une campagne de harcèlement d'un an est étiquetée comme la partie coupable ... Le récit convaincant de Gøtzsche comprend des citations et de la documentation de sources écrites et orales, y compris des transcriptions de ce qui a été réellement dit lors de diverses réunions. Le livre est une étude détaillée de la manière dont les organisations deviennent corrompues à moins qu'elles n'aient soigneusement élaboré des processus pour empêcher les forces antidémocratiques de prendre le contrôle, une fois que l'organisation a réussi et atteint une certaine taille. Ce livre*

*expose comment Cochrane est tombée dans les griffes d'une hiérarchie davantage concernée par les finances et le marketing que par les raisons pour lesquelles elle a été créée. La mort de son intégrité signifie que l'institution la plus importante en laquelle on pouvait avoir confiance en matière de science médicale a disparu dans le même piège illusoire de la marchandisation qui s'empare d'une grande partie de la science médicale (dite) moderne. En effet, c'est parce que le professeur Gøtzsche était prêt à dénoncer l'abaissement des normes scientifiques à Cochrane que la hiérarchie s'est sentie obligée de planifier sa disparition.*

*Peter Gøtzsche ... a créé de nombreux outils méthodologiques utilisés par les revues Cochrane et n'a jamais hésité à laisser parler les données, aussi impopulaires que soient les résultats auprès de certains médecins, chercheurs, et en particulier auprès des fabricants de produits pharmaceutiques et autres dispositifs médicaux. Sous l'influence de Gøtzsche, et d'autres comme lui, Cochrane s'est fait connaître comme une source d'examen crédibles, fiables et indépendants ... aidant les médecins à comprendre ce qui a fonctionné et dans quelle mesure, mais aussi, et c'est tout aussi important, ce qui n'a pas fonctionné et le mal que les traitements peuvent causer. Ce sont ces dernières questions qui signifient que Gøtzsche a été et est encore une source d'inspiration pour ceux d'entre nous qui veulent que la pratique médicale soit aussi objective, libre de partialité et aussi sûre que possible ; mais il est une menace pour ceux qui mettent les questions commerciales, la marchandisation et l'image au premier plan de leurs préoccupations.*

*Son brio et son approche sans peur ont valu à Gøtzsche de nombreux ennemis. Il est l'un des chercheurs les plus connus du Danemark et il est respecté dans les milieux de la recherche du monde entier. Mais, pendant des années, il a documenté comment nombre de produits promus par l'industrie pharmaceutique et les fabricants d'appareils médicaux peuvent causer davantage de préjudices que de bénéfices ; en analysant en détail comment la recherche faite par ces entreprises induit en erreur, obscurcit ou parfois même ment carrément afin de protéger et de promouvoir ses produits ... Ses travaux sur les médicaments psychiatriques, montrant quels médiocres bénéfices tous ces produits apportent quand il s'agit d'améliorer la vie de ceux qui les prennent, tout en causant d'énormes préjudices à des millions de personnes, lui ont valu la colère de l'ensemble*

*de l'establishment psychiatrique, y compris de certains groupes Cochrane ... Au lieu de féliciter Gøtzsche pour avoir assuré l'intégrité de la science produite par Cochrane, ils ont commencé à récuser ce chercheur de vérité pour avoir été "hors message".*

*Ce livre retrace avec soin cette période sombre de la science médicale où une institution autrefois digne de confiance a mené l'un des pires simulacres de procès jamais mené dans le monde universitaire. Le PDG et ses collaborateurs se sont acquittés de leur tâche d'une manière qui reflète la façon dont l'industrie pharmaceutique fonctionne. Ses employés sont tenus de protéger les ventes de médicaments et ne peuvent donc pas critiquer publiquement les recherches de l'entreprise. Il existe de nombreux exemples dans le livre qui montrent comment, une fois la personne étiquetée, ses actions peuvent être interprétées comme confirmant l'étiquette. Par exemple, après avoir été contraint d'attendre pendant des heures devant la salle où se tenait la réunion sur son expulsion éventuelle, le professeur Gøtzsche, frustré à juste titre, décide de frapper à la porte et d'entrer pour demander s'il peut retourner à l'hôtel plutôt que de continuer à attendre. Il est réprimandé pour être entré dans la réunion et une brève altercation s'ensuit, avant que le professeur Gøtzsche ne parte. Cela devient alors le seul exemple réel de son prétendu "mauvais comportement" et une partie des "preuves" justifiant son renvoi.*

*Après son expulsion de Cochrane, par un vote majoritaire des membres du conseil d'administration de seulement 6 contre 5, avec une abstention, quatre autres membres du conseil d'administration l'ont quitté en signe de protestation. D'éminents scientifiques médicaux du monde entier ont exprimé leur solidarité avec Gøtzsche et leur indignation face à ce que Cochrane avait fait. Ils ont unanimement salué Gøtzsche comme un défenseur infatigable de l'excellence en matière de recherche, un critique intrépide des manquements professionnels en science et un puissant opposant à la corruption de la recherche par les intérêts industriels, et ils ont critiqué les actions indéfendables de Cochrane. L'histoire retiendra que ce fut la mort de Cochrane plutôt que celle du lanceur d'alerte. »*

*C'est une conséquence directe de l'effondrement moral de Cochrane qu'Anders Sørensen et moi ayons échoué lorsque nous avons essayé de faire approuver un protocole pour une étude Cochrane sur le sevrage des*

pilules de dépression<sup>13</sup>. Le groupe Cochrane sur la dépression nous a envoyés sur une mission de deux ans qui était impossible à accomplir, élevant les contraintes en cours de route à des niveaux absurdes avec de nombreuses exigences irrelevantes, y compris des demandes d'insertion de messages publicitaires sur les merveilles que les pilules de dépression peuvent accomplir, selon le dogme Cochrane. Cochrane ne s'intéresse pas à une étude sur le sevrage sans danger des pilules contre la dépression, mais a fait tout son possible pour défendre la corporation psychiatrique, ses nombreuses fausses croyances et l'industrie du médicament, oubliant que la mission de Cochrane est d'aider les patients, ce qui est le motif de sa fondation en 1993, et la raison pour laquelle nous l'avons appelée une collaboration.

En 2016, j'ai contacté la psychiatre Rachel Churchill, la rédactrice coordinatrice du groupe Cochrane sur la dépression, qui s'est montrée très intéressée par ma proposition de faire une étude. J'ai employé Anders Sørensen, un psychologue nouvellement qualifié, mais lorsque nous avons soumis un protocole pour l'examen, il n'a pas été bien accueilli. Il a fallu neuf mois avant que nous n'ayons un quelconque retour. Nous avons répondu aux commentaires et soumis deux versions révisées, mais les contraintes concernant notre protocole ont été accrues et les retards éditoriaux ont été si importants que nous en avons conclu que les rédacteurs avaient délibérément entravé le processus pour nous épuiser en espérant que nous retirerions nous-mêmes la revue tandis que le groupe ne serait pas considéré comme non-coopérant.

À un moment donné, Churchill a joint un document de 30 pages comportant 86 points où pas moins de quatre rédacteurs et trois pairs évaluateurs avaient contribué, avec des commentaires individuels et nommés. Le document a pris 12 044 mots en incluant nos réponses aux commentaires précédents, ce qui était sept fois plus long que notre protocole original de 2017. Anders m'a écrit que notre revue était plutôt simple, car nous voulions juste aider les personnes qui souhaitaient se sevrer de leurs médicaments mais n'étaient pas autorisées à le faire : « Quel genre de monde est-ce là ? »

Lorsque Rachel Churchill nous a envoyé le 8<sup>e</sup> et dernier examen par les pairs, son invitation à répondre aux commentaires s'était soudainement métamorphosée en un rejet catégorique. Les revues Cochrane sur les

médicaments visent à placer les personnes sous médicaments, et non à leur permettre de les quitter, et ce 8<sup>e</sup> examen par les pairs est l'un des pires que je n'aie jamais vus. Il est aussi long qu'un article de recherche, 1830 mots, et a fourni l'artifice de dissimulation du mensonge, dont le groupe avait besoin pour se débarrasser de nous. Contrairement aux sept autres revues, le bourreau était anonyme. Nous avons demandé l'identité du lecteur critique, mais cela ne nous a pas été accordé.

Nous avons fait appel du rejet de Churchill, répondu aux commentaires et soumis la version finale de notre protocole. Nous avons mis en ligne les huit critiques, nos commentaires et notre protocole final, dans le cadre de l'article que nous avons publié sur l'affaire<sup>13</sup>. Cela permet aux observateurs indépendants de conclure par eux-mêmes si c'est Cochrane ou nous qu'il faut blâmer pour le fait que les patients n'auront pas la revue Cochrane sur le sevrage qu'ils méritent.

Très peu de changements au protocole ont été nécessaires. Le 8<sup>e</sup> examinateur avait nié une longue série de faits scientifiques et utilisé plusieurs arguments d'homme de paille nous accusant de choses que nous n'avions jamais revendiquées.

Nous avons été accusés de “brosser un tableau” sur la manière d'éviter les médicaments de la dépression, qui ne représenterait pas le consensus scientifique, une remarque totalement hors de propos et captieuse pour une revue sur le sevrage de ces médicaments. L'examineur nous a demandé de « commencer par une déclaration expliquant pourquoi les antidépresseurs sont considérés par la communauté scientifique comme bénéfiques ... pour traiter un large éventail de problèmes de santé mentale très invalidants et débilitants » et nous a accusé de ne pas être scientifiques parce que nous n'avions pas mentionné les effets bénéfiques. Nous avons répondu que notre étude n'était pas une publicité pour ces médicaments et qu'il n'était pas pertinent de discuter de leurs effets dans une étude sur l'arrêt de leur utilisation. En outre, une revue Cochrane ne devrait pas être un rapport de consensus.

Les éditeurs de Cochrane nous ont également demandé d'écrire sur les avantages et de mentionner que « certains antidépresseurs peuvent être plus efficaces que d'autres », en référence à une méta-analyse de réseau publiée en 2018 dans le *Lancet* par Andrea Cipriani et collègues<sup>14</sup>. Cependant, même si un statisticien de Cochrane figure parmi ses auteurs,

Julian Higgins, rédacteur en chef du Manuel Cochrane des revues systématiques des interventions, qui décrit sur plus de 636 pages comment faire des revues Cochrane<sup>15</sup>, cette revue présente de graves lacunes. Je l'ai démontré dans l'article « Récompenser les entreprises qui ont triché le plus dans les essais d'antidépresseurs »<sup>16</sup> et une nouvelle analyse effectuée par mes collègues du Centre Cochrane nordique a montré que les données de résultats rapportées dans le *Lancet* différaient des rapports d'études cliniques dans 12 des 19 essais qu'ils ont examinés<sup>17</sup>.

Un rédacteur de Cochrane nous a demandé de décrire le fonctionnement des médicaments de la dépression et les différences entre ceux-ci, et un critique a voulu que nous expliquions quand il est approprié et inapproprié d'utiliser ces médicaments. Cependant, nous n'étions pas en train d'écrire un manuel de pharmacologie clinique, nous essayions simplement d'aider les patients à arrêter de prendre leurs pilules.

Nous avons écrit dans notre protocole que « certains patients font référence à l'hypothèse discréditée selon laquelle un déséquilibre chimique dans leur cerveau serait la cause de leur trouble et donc aussi la raison pour laquelle ils n'osent pas arrêter ». Le 8<sup>e</sup> examinateur, qui manifestement croyait à l'absurdité du déséquilibre chimique, a estimé que nous avons écarté plusieurs décennies de preuves de changements neurochimiques observés dans la dépression et nous a accusés d'avoir suggéré sans preuve que les prescripteurs perpétuaient des contre-vérités afin de justifier la prescription des médicaments.

Ils le font certainement, mais Cochrane a utilisé la tactique bien connue qui consiste à blâmer les patients pour les méfaits et les mensonges des psychiatres. En réponse à cette même phrase, la rédactrice en chef Sarah Hetrick nous a demandé d'écrire : « Les personnes sous antidépresseurs peuvent croire que c'est nécessaire parce qu'elles pensent que les difficultés qu'elles rencontrent sont dues à un déséquilibre chimique dans le cerveau. » Les patients n'ont pas inventé ce mensonge, ce sont les psychiatres qui l'ont fait<sup>6</sup> !

Le 8<sup>e</sup> examinateur nous a demandé d'expliquer le concept de traitement prophylactique continu de la dépression par pilules, « une stratégie clinique bien acceptée », mais cela dépassait le cadre de notre examen. En outre, comme nous l'avons noté au chapitre 2, tous les essais randomisés

comparant le traitement d'entretien et le retrait du médicament sont incorrects en raison des effets du sevrage dans ce dernier groupe.

Nous avons été accusés à tort d'avoir confondu la réapparition de la maladie avec les symptômes de sevrage, et l'examineur a même affirmé que la plupart des personnes qui avaient pris des pilules de dépression pendant de longues périodes pouvaient arrêter sans problème, ce qui est manifestement faux.

L'examineur voulait que nous supprimions cette phrase : « l'état du patient est décrit au mieux comme une dépendance à un médicament » en se référant aux critères du DSM-IV sur la dépendance à un médicament. Nous avons répondu que, selon ces critères, aucune des personnes qui fument 20 cigarettes par jour n'est dépendante de la cigarette.

Le niveau de déni, d'obscurantisme et de confusion était vraiment élevé au cours de ce processus de deux ans. Un examineur nous a demandé de donner des références sur les taux de dépendance, mais nous l'avions déjà fait si amplement qu'un rédacteur nous a demandé de raccourcir ceci.

Notre suspicion de longue date selon laquelle Cochrane n'était pas intéressée à aider les patients à se sevrer de leurs médicaments psychiatriques s'était maintenant transformée en certitude. Mais nous ne voulions pas abandonner et nous avons déposé trois appels, l'un auprès de Rachel Churchill, l'autre auprès de Chris Eccleston, rédacteur en chef du réseau Cochrane de santé mentale et de neurosciences et professeur de psychologie médicale, et enfin, auprès de la rédactrice en chef de Cochrane, Karla Soares-Weiser, qui est psychiatre.

Nous avons souligné que la Collaboration Cochrane ne devrait pas dresser d'obstacles toujours plus grands sur le chemin de ceux qui se portent volontaires pour faire le travail d'aider les patients qui souffrent, mais qu'elle devrait rester ouverte et serviable. Auparavant, nous avons écrit aux rédacteurs « qu'ils font de quelque chose, qui est très simple, une affaire très compliquée. Notre revue a un objectif très simple : aider les patients à se sevrer des médicaments qu'ils veulent cesser de prendre. » Un rédacteur nous a écrit que notre principal objectif, à savoir « l'arrêt complet de la consommation de médicaments antidépresseurs », devrait être plus clairement défini, car il ne s'agit peut-être pas d'un arrêt à vie. Peut-être pas, mais aucune étude en psychiatrie n'a jamais suivi tous les patients jusqu'à ce qu'ils soient tous morts.

Notre premier appel n'a pas été traité par Rachel Churchill mais par la rédactrice en chef coordinatrice du groupe Cochrane Airways, Rebecca Fortescue. Selon elle, « le lecteur ne peut guère douter de la position des auteurs de la revue sur les avantages et les inconvénients relatifs des médicaments psychiatriques, qui ne reflète pas entièrement le consensus international actuel et pourrait susciter l'inquiétude des utilisateurs de la revue qui comptent sur l'impartialité de Cochrane. » Nous avons répondu par un euphémisme britannique : « Nous sommes un peu surpris par ce commentaire. » Cochrane ne vise pas le consensus, mais la justesse de la science, et l'organisation est très loin d'être impartial<sup>6,7</sup>. En outre, l'évaluation des effets nocifs et des avantages des médicaments psychiatriques n'entrait pas dans le cadre de notre examen. Nous n'avons pas écrit sur cette question dans notre protocole ni proposé aucune “position”.

Même si nous l'avions souligné à plusieurs reprises, Fortescue, les autres rédacteurs de Cochrane et les pairs évaluateurs n'ont pas compris que les “types de participants” étaient des personnes qui prenaient des pilules et qui voulaient les arrêter. Comme les symptômes de sevrage sont similaires pour tout type de patient, de maladie ou de médicament, cette approche large est la bonne, comme je l'ai expliqué en 2000 avec l'article publié dans le *BMJ* : « Pourquoi nous avons besoin d'une perspective large sur la méta-analyse : Elle peut être d'une importance cruciale pour les patients »<sup>18</sup>. Rebecca Fortescue a demandé une description plus claire de la population, de l'intervention et des comparateurs, par exemple si nous inclurions des essais sur la prophylaxie de la migraine, la douleur chronique ou l'incontinence urinaire, et un autre rédacteur a demandé des détails sur l'âge, le sexe, le cadre, les diagnostics de dépression et les types de médicaments de la dépression que nous inclurions dans l'étude, comme si nous prévoyions de faire un essai randomisé. AU SECOURS ! Ces demandes étaient totalement absurdes et amateuristes. Nous avons tout inclus !

Bien que nous ayons expliqué à Chris Eccleston que très peu de choses nous séparaient du groupe Cochrane sur les troubles mentaux communs après notre dernière révision, ce que Rebecca Fortescue n'avait pas vu, celui-ci - bien qu'étant psychologue - a rejoint les rangs de Cochrane et a sommairement rejeté notre appel en seulement 56 mots : « Je suis vraiment désolé que ce titre n'ait pas abouti car je suis d'accord avec l'importance de

la question. J'espère sincèrement que vous prendrez ce qui est fait et que vous le complétez dans une autre publication. Nous devons stimuler une discussion sur ce sujet important qui est devenu plus important avec le temps, et non moins important. »

La rédactrice en chef de Cochrane, Karla Soares-Weiser, a rejeté notre appel en 72 mots : « J'ai eu l'occasion d'examiner attentivement le protocole, l'éditorial et les commentaires des pairs, ainsi que vos réponses et les échanges de courriels entre votre équipe et les rédacteurs du Groupe de révision. Les commentaires obtenus dans le cadre de la procédure ouverte d'examen par les pairs ont indiqué constamment un manque de clarté concernant les méthodes d'examen proposées et, malgré plus d'une occasion de remédier à ce problème, le protocole n'a pas montré suffisamment de preuves que cela ait progressé. »

Nous nous demandons comment il peut s'agir d'un “processus ouvert d'examen par les pairs” alors que l'exécuteur a été délibérément anonyme. Nous ne pouvons même pas vérifier si cette personne avait des conflits d'intérêts inacceptables. Il n'est pas non plus exact qu'il y ait eu un manque de clarté quant à nos méthodes. Même si nous avons trouvé de nombreuses exigences déraisonnables, nous avons fait de notre mieux pour y répondre et, étant l'auteur d'une vingtaine de revues Cochrane et d'innombrables autres revues systématiques, ayant défendu ce qui pourrait être la première thèse de doctorat sur les méta-analyses dans le monde des soins de santé et ayant développé plusieurs des méthodes utilisées par Cochrane, je pense savoir ce que je fais, contrairement aux éditeurs de Cochrane.

Le fait que les patients s'organisent eux-mêmes en groupes de survivants et en diverses initiatives liées au sevrage dans le monde entier est un signe évident que la corporation psychiatrique les ignore, ce que fait également Cochrane. Bien qu'il soit vrai que « certaines personnes présentent des symptômes de sevrage terribles », un commentateur a voulu banaliser totalement ce préjudice en écrivant que « certaines personnes présentent des symptômes de sevrage qui peuvent avoir un impact négatif sur la qualité de vie du patient. » Ce doit être le haut de gamme des sous-entendus britanniques. Nous avons remplacé “terrible” par “sévère”, ce qui a été documenté en utilisant exactement ce mot<sup>8</sup>.

Cochrane a protégé les intérêts de la corporation psychiatrique, les intérêts commerciaux de l'industrie pharmaceutique et les fausses

croyances de la spécialité en 2015, lorsque j'ai expliqué dans un article du *BMJ* pourquoi l'utilisation à long terme des médicaments psychiatriques causait davantage de mal que de bien et que nous devrions donc utiliser ces médicaments avec beaucoup de parcimonie<sup>19</sup>. Le même jour, le rédacteur en chef de Cochrane de l'époque, David Tovey, qui n'est pas psychiatre mais qui a une formation de médecin généraliste, et les trois rédacteurs en chef des trois groupes de santé mentale de Cochrane, dont Rachel Churchill, ont attaqué ma crédibilité scientifique dans une réponse rapide à mon article<sup>7</sup>. Plusieurs éditeurs d'autres groupes Cochrane m'ont dit qu'ils étaient consternés que ces éditeurs aient tenté de dénigrer mes recherches en faisant appel à l'autorité plutôt qu'à la raison, ce qui, selon eux, ne devrait pas se produire à Cochrane.

Nous publierons notre revue du sevrage dans une publication dont les rédacteurs ne sont pas moralement corrompus et qui ont pour priorité les intérêts des patients.

## **Guide pour le sevrage des médicaments**

Les médecins généralistes sont les plus grands prescripteurs de médicaments psychiatriques, mais les psychiatres sont supposés être les experts sur la manière et le moment de les utiliser, et comment les arrêter. Ils sont donc responsables du désastre des médicaments que nous connaissons.

Les psychiatres ont rendu des centaines de millions de personnes dépendantes des médicaments psychiatriques et pourtant ils n'ont pratiquement rien fait pour trouver comment aider les patients à s'en sevrer. Ils ont réalisé des dizaines de milliers d'essais de médicaments, mais seulement une poignée d'études sur le sevrage sûr. Nous avons donc très peu de connaissances fondées sur la recherche à propos de la manière de sevrer les personnes.

Non seulement il n'y a pas eu de bases de preuves depuis plus de 150 ans sur les procédés de sevrage des médicaments psychiatriques créant une dépendance - cela inclut les bromures, l'opium et les barbituriques - mais les directives officielles dans le monde entier ont été insuffisantes, elles induisent en erreur et sont dangereuses<sup>3,9,20,21</sup>. Pendant toutes ces années, les médecins ont ignoré les plaintes de leurs patients concernant leurs

difficultés à arrêter leurs médicaments et ils n'ont pas été en mesure de les aider.

En conséquence, les patients ont commencé à trouver des solutions par eux-mêmes et à conseiller d'autres patients sur la manière d'arrêter en toute sécurité<sup>21-27</sup>. Ce vaste ensemble de connaissances des utilisateurs, basé sur le travail de ceux qui ont vécu le sevrage eux-mêmes, est bien plus fiable, pertinent et utile que le peu qui existe en termes de connaissances dites professionnelles. Je me concentrerai donc sur les expériences des utilisateurs et sur les conseils des collègues qui ont sevré de nombreux patients. Je passerai de la description du sevrage du point de vue du patient à celle du point de vue du thérapeute.

De nombreux psychiatres continuent de fermer les yeux sur le désastre et affirment qu'il nous faut davantage de preuves issues d'essais randomisés, mais ces preuves ne seront probablement pas utiles, car le sevrage des médicaments est un processus très variable et individuel. En outre, plus de 150 ans d'attente ne sont-ils pas suffisants ?

Il y a beaucoup de choses que vous devez considérer attentivement avant d'entamer un processus de sevrage. Si possible, vous devriez trouver un professionnel pour vous aider à traverser cela. Il peut s'agir de votre médecin, mais souvent il ne le peut pas. Il est peu probable que votre médecin sache comment procéder. Même aujourd'hui, de nombreux médecins conseillent à leurs patients de prendre les médicaments un jour sur deux<sup>2</sup>, ce qui provoquera des symptômes de sevrage horribles et dangereux chez de nombreux patients et conduira à des échecs complets. La plupart des médecins, et les psychiatres ne font pas exception, exposent leurs patients à un sevrage brutal parce qu'ils font le sevrage du médicament beaucoup trop rapidement, et les échecs qu'ils provoquent font que beaucoup d'entre eux décident de ne plus essayer d'aider les patients à nouveau, en même temps qu'ils se persuadent eux-mêmes que leurs patients sont toujours malades et ont besoin du médicament.

C'est effrayant ce qui se passe dans la "vraie vie", dont les psychiatres aiment parler lorsqu'ils essaient de prendre leurs distances avec des personnes comme moi qui tirent principalement leurs connaissances de la lecture et de leurs propres recherches. La réalité est très différente du monde imaginaire que les psychiatres décrivent dans leurs articles,

manuels et manifestes visant à influencer les politiciens et à préserver le statu quo. Voici une histoire typique qu'un patient m'a envoyée<sup>1</sup> :

*Après un événement traumatisant (choc, crise et dépression), on m'a prescrit les pilules du bonheur sans m'informer suffisamment sur les effets secondaires possibles. Un an plus tard, j'ai demandé à la psychiatre de m'aider à arrêter le médicament, car je pensais que cela ne m'aidait pas ... Lorsque j'ai quitté la psychiatre, elle m'a convaincu ... que j'étais insuffisamment traitée et que je devais prendre une dose plus élevée ... Elle m'a mise en garde contre l'arrêt du médicament, car il pouvait entraîner une dépression chronique. À l'époque où la psychiatre était en congé de maladie de longue durée, j'ai eu le courage, avec l'aide d'un psychologue, d'arrêter progressivement le médicament. J'avais pris ce médicament pendant 3 ans et demi et j'étais devenue de plus en plus léthargique et indifférente à tout. Ce fut comme de m'échapper de dessous une cloche à fromage. L'arrêt progressif n'est pas sans problème, il donne beaucoup de symptômes d'abstinence... Lorsque la psychiatre est revenue après sa maladie, elle s'est trouvée "insultée" par ma décision d'arrêter le médicament. Cependant, j'allais beaucoup mieux, et en réponse à ma question sur le fait que je n'étais plus déprimée, elle a dit : « Je ne sais pas. » « Mais si je ne veux pas de pilules du bonheur ? » « Eh bien, je ne peux pas vous aider ! » fut sa réponse ... cette psychiatre était en relation étroite avec un fabricant de pilules du bonheur.*

C'est une erreur lorsque l'estime de soi des psychiatres dépend du fait que leurs patients aimeront les médicaments qu'ils prescrivent, et aussi quand ils ne voient pas d'alternatives aux médicaments, mais il est courant qu'ils refusent les patients qui ne veulent pas de médicaments. Bien que les psychiatres veuillent tellement être considérés comme de vrais médecins, ils ont oublié ce que cela signifie : D'abord, ne pas faire de mal [du latin *primum non nocere*] Avec leurs médicaments, ils ont mis les choses sens dessus dessous : D'abord, faire du mal. Et dire aux patients qu'ils vont s'y habituer.

C'est une bataille difficile, mais si vous êtes chanceux et que vous avez un bon médecin prêt à vous écouter et à admettre ses propres incertitudes, vous pourriez essayer de l'éduquer dans le cadre de votre processus de sevrage, ce qui serait bénéfique pour les autres patients.

Il y a des années, une de mes collègues, la pharmacienne Birgit Toft, a décidé de faire exactement cela : Former les médecins de famille. Elle s'est concentrée sur les benzodiazépines et leur sevrage, et ses résultats ont été remarquables<sup>28</sup>. À partir de 2005, Birgit Toft a entrepris un travail soutenu auprès des omnipraticiens d'une région danoise afin de réduire la surconsommation de pilules de sommeil. Les recommandations et les directives n'avaient pas marché, ses efforts se sont orientés vers l'attitude des médecins et le renouvellement des prescriptions.

De 2004 à 2008, la consommation a diminué de 27 %. Le modèle a été généralisé à l'échelle nationale en 2008, et après quelques années, la consommation dans l'ensemble du pays avait chuté de manière significative.

Ce qui a fonctionné, c'est l'engagement et le changement d'attitude des médecins, l'acquisition de nouvelles connaissances pour eux-mêmes et leurs secrétaires, et la collaboration entre les praticiens. En outre, il était essentiel que les consultations se fassent en personne si les ordonnances devaient être renouvelées et aussi le maintien de la pression auprès des médecins par des consultants de qualité de la région.

La plupart des ordonnances sont renouvelées par téléphone au secrétariat ou par Internet. La secrétaire prépare un renouvellement d'ordonnance, que le médecin approuve en appuyant sur un bouton de l'ordinateur. Cette facilité de renouvellement des ordonnances est l'une des raisons pour lesquelles les traitements durent beaucoup trop longtemps. L'attention du médecin n'est pas assez grande lorsque le patient ne se présente pas à la consultation. Il faut donc exiger une présence personnelle pour toutes les prescriptions de médicaments psychiatriques et aussi modifier les attitudes, afin que le sevrage devienne au moins aussi important que le début du traitement.

Des conférences ont été organisées pour les médecins et les secrétaires, des brochures ont été rédigées pour les médecins, les secrétaires et les patients, et la presse hebdomadaire locale a informé les citoyens qu'ils pouvaient s'attendre à rencontrer leur médecin la prochaine fois qu'ils appelleraient le clinicien pour obtenir une ordonnance.

L'enseignement s'est centré sur les méfaits du médicament, en particulier les symptômes de sevrage. Les médecins ont été invités à commencer par

les patients les plus faciles à soigner, ce qui leur a permis de constater qu'il était possible de réduire progressivement la prise de médicaments.

De nombreux médecins étaient sceptiques. Cependant, ils n'avaient pas essayé la méthode de réduction progressive lente introduite par Birgit Toft, mais ils avaient réduit la dose en quelques jours ou infligé aux patients un sevrage brutal. Malgré leur réticence, de nombreux médecins ont fini par s'excuser auprès de leurs patients pour les avoir rendus dépendants du médicament. Les statistiques d'utilisation ont d'abord été perçues comme une menace, mais lorsque les médecins ont passé en revue les ordonnances de leurs patients, cela leur a ouvert les yeux, et ils ont fini par demander les statistiques d'utilisation pour voir si leurs efforts avaient porté leurs fruits.

Malheureusement, le succès a été de courte durée, car les médecins ont utilisé les nouvelles pilules de dépression à la place. Les travaux de Birgit nous apprennent qu'il est utile de s'engager dans le travail des praticiens, mais aussi que l'effet disparaît rapidement si le procédé n'est pas permanent.

## **Personnes de soutien**

Certains médecins ne voudront pas que vous vous seviez. Ou bien ils ne veulent pas y investir le temps nécessaire, car les revenus générés par la rédaction d'une ordonnance après quelques minutes de consultation sont beaucoup plus importants que de s'occuper des problèmes de sevrage et de fournir un soutien psychologique pendant son déroulement. Il y a tellement d'obstacles dans le système - qui n'est pas du tout conçu pour aider les personnes à se sevrer - qu'il semble que les médicaments à vie soient tacitement assumés comme une bonne chose.

Qui devrait vous aider, à part un médecin ? Essayez de trouver une personne qui ait réussi son sevrage, un “mentor de rétablissement”, et impliquez cette personne dans votre sevrage si vous le pouvez. Dans la plupart des pays, il existe des organisations de survivants de la psychiatrie qui sont prêtes à vous aider<sup>22-26</sup>. Allez sur Internet et trouvez-les.

En dehors des mentors de rétablissement, les meilleurs assistants sont des personnes formées à la psychothérapie, par exemple des psychologues. Il peut être bouleversant de voir revenir des émotions qui ont été

supprimées pendant si longtemps ; et durant cette phase, il peut être crucial que vous receviez un soutien psychologique de la part de quelqu'un qui peut vous apprendre à gérer la transition entre une vie sous une cloche à fromage et une vie bien remplie, afin que vous n'abandonniez pas et que vous ne vous cachiez pas à nouveau sous un nuage de médicaments, en oubliant que le soleil vous attend de l'autre côté.

Certains psychologues refusent d'aider les patients à se sevrer parce qu'ils ont été endoctrinés pendant leurs études universitaires par des professeurs qui sont des psychiatres biologiques purs et durs propageant les nombreux mensonges de la spécialité. Ils pourraient donc croire que les médicaments psychiatriques sont si bons et indispensables qu'aucun sevrage n'est nécessaire. La plupart des psychologues pensent que les psychiatres savent ce qu'ils font. Dans d'autres cas, ils pensent qu'ils ne sont pas autorisés à interférer avec les prescriptions et les ordres des médecins.

Cela n'est pas correct. Les psychologues peuvent aider les patients avec leurs soucis et leur donner les conseils qu'ils se sentent à l'aise de donner, en les soutenant autant qu'ils le peuvent, quel que soit le problème, et donc aussi lorsque les patients ont décidé de quitter les médicaments. Un guide complet destiné aux psychologues a été publié en décembre 2019. Il peut aider ceux qui ont des doutes sur ce qu'ils peuvent faire et comment le faire<sup>9</sup>.

Je connais plusieurs psychologues qui aident les patients à se sevrer de tous types de médicaments, y compris des neuroleptiques. Les psychiatres peuvent essayer d'empêcher d'autres médecins de le faire (voir la plainte de Poul Videbech à mon sujet ci-dessus), en leur disant que, selon la loi, seuls les psychiatres peuvent déterminer si un patient doit continuer à prendre un neuroleptique. La signification de cette loi peut être discutée et interprétée, mais comme elle ne s'applique qu'aux médecins, les psychologues et autres thérapeutes sont libres de faire ce qu'ils jugent approprié.

Un professionnel de la santé ou un mentor de rétablissement seront rarement en mesure de vous soutenir au quotidien. Vous avez donc besoin d'une ou deux personnes qui soient prêtes à le faire, car vous risquez de ne pas être en mesure de vous auto-évaluer pendant le sevrage. Vous devez aussi décider si les personnes qui se soucient de vous et qui essaient de vous aider sont autorisées à contacter votre médecin et d'autres personnes,

si elles observent des problèmes sérieux ou des réactions que vous-même ne pouvez pas voir ou dont vous niez l'existence. Dites-leur ce que vous avez décidé.

La personne chargée de l'accompagnement quotidien peut être un membre de votre famille ou un ami sûr, pourvu que cette personne partage votre opinion selon laquelle une vie sans médicament est meilleure qu'une vie sous médicament, où vous avez cédé le contrôle de votre vie à des psychiatres ou à d'autres médecins.

Votre personne de confiance ne doit pas avoir d'idées mal étayées, car cela pourrait vous distraire au lieu de vous aider. De nombreuses personnes bien intentionnées ont publié sur Internet et dans des brochures sur le sevrage, des recommandations bizarres que vous devriez ignorer ; par exemple boire beaucoup d'eau, l'homéopathie, l'acupuncture, les vitamines, d'autres types de médecine alternative et divers régimes alimentaires, tout cela ne vous aidera pas<sup>29</sup>. Ce qui pourrait vous aider serait de se focaliser sur quelque chose de positif, quelque chose que vous aimez, par exemple jouer du piano, faire du sport ou marcher dans la forêt. Évitez autant que possible les pensées négatives. Elles ont tendance à vous piéger dans une spirale descendante.

Pour le thérapeute, une approche structurée est très utile. Il faut prévoir suffisamment de temps lors de la première rencontre, et vous devriez prendre un historique complet afin de comprendre comment vous pouvez aider au mieux. Quand le problème de santé mentale a-t-il commencé et en quoi consistait-il ? Le premier symptôme est très souvent l'anxiété<sup>30</sup>, mais on a tendance à l'oublier, à mesure que l'état se détériore et que d'autres symptômes apparaissent, et surtout après une longue "carrière" psychiatrique où le patient peut ne même pas se souvenir qu'il y a eu une période où il était bien, ni comment c'était.

A-t-on dit au patient qu'il souffrait d'un déséquilibre chimique, que les médicaments agissaient comme l'insuline sur le diabète, que sa maladie est dans ses gènes et en d'autres occasions, qu'elle durerait toute sa vie, ou qu'il pourrait devenir fou ou subir des lésions cérébrales s'il ne prenait pas les médicaments ? Tous ces mensonges sont nuisibles car ils persuadent les patients de prendre des médicaments qu'ils n'aiment pas, parce qu'ils pensent que l'alternative est pire.

Le patient a-t-il déjà essayé de se sevrer, a-t-il eu un quelconque soutien ou n'a-t-il rencontré que des résistances ? Pourquoi cela a-t-il échoué ?

Le fait de consacrer suffisamment de temps à la première rencontre peut aussi renforcer la confiance en soi du patient et sa détermination à faire enfin quelque chose. C'est peut-être la première fois que quelqu'un se montre intéressé à prendre en compte l'histoire complète du patient, ou à écouter attentivement le patient lorsqu'il décide de prendre son destin en main. C'est un moment crucial et vulnérable où vous devez apporter au patient tout le soutien émotionnel possible.

C'est souvent un travail énorme que d'aider un patient à traverser la période de sevrage, et cela ne s'arrête même pas là. Vous devez conclure le tout avec le patient et faire un résumé du processus de sevrage, en incluant les symptômes les plus importants rencontrés en chemin. Vous devez également offrir la continuation de votre soutien.

Comme pour la plupart des autres conditions, les symptômes de sevrage vont et viennent. Si vous êtes stressé, certains des symptômes de sevrage peuvent réapparaître<sup>21</sup>, ce qui augmente considérablement le risque que vous retombiez dans le piège du médicament, notamment parce que la plupart des médecins écartent la possibilité que les symptômes de sevrage puissent réapparaître longtemps après un sevrage réussi ; ils vous diront qu'il s'agit de symptômes de maladie. Les symptômes peuvent aussi se manifester à nouveau sans raison apparente ou en réponse à d'autres médicaments, car de nombreux médicaments non psychiatriques ont des effets sur le cerveau. N'oubliez pas qu'il peut s'écouler de nombreuses années avant que votre cerveau ne se soit complètement rétabli.

Le patient doit savoir que vous serez toujours disponible pour lui. Ce sentiment de sécurité et d'attention peut avoir un fort effet curatif (voir aussi le chapitre 3 sur la psychothérapie).

### **Le comité d'éthique de la recherche a tué notre projet sur le sevrage**

J'ai eu sept doctorants en psychiatrie qui ont produit des résultats de recherche uniques très bénéfiques pour les patients, mais nos résultats ont pratiquement tous été très mal vus par les principaux psychiatres et par d'autres médecins pareillement piégés dans la mythologie de la psychiatrie.

Il y a eu des barrages dès le début lorsque nous avons voulu faire le tour du paysage psychiatrique. Ma première doctorante en psychiatrie, Margrethe Nielsen du Conseil danois des consommateurs, a montré dans son doctorat que nous avons répété les mêmes erreurs avec les nouvelles pilules de dépression que nous avons faites auparavant avec les benzodiazépines, et avant elles avec les barbituriques. J'ai cité ses études dans les chapitres précédents. Celles-ci étaient solides, mais n'ont pas été bien accueillies par deux de ses examinateurs, qui avaient un territoire à défendre<sup>6</sup>. L'un, Steffen Thirstrup, travaillait pour l'Agence danoise des médicaments, l'autre, John Sahl Andersen, était médecin généraliste.

Ils voulaient rejeter sa thèse sans raison valable, et le troisième examinateur, le professeur David Healy, psychiatre, n'était pas d'accord avec eux. C'était une situation délicate, et un fonctionnaire de l'université m'a appelé pour discuter de ce que nous devrions faire. Nous avons convenu de traiter les rejets, qui étaient totalement peu convaincants, comme s'il s'agissait d'examens par les pairs. Margrethe a répondu aux commentaires et a réécrit un peu sa thèse, et après avoir fait appel à l'université, elle l'a soutenue avec succès. S'il n'y avait pas eu un troisième examinateur, elle n'aurait peut-être pas obtenu son doctorat, ce qui aurait été une grave injustice, car sa thèse est très nettement meilleure que beaucoup de celles que j'ai vues.

Anders Sørensen et moi avons décidé qu'il serait le mentor de 30 patients successifs qui se tournent vers nous pour obtenir de l'aide en matière de sevrage, quels que soient les médicaments qu'ils prennent, et qu'il écrirait à ce sujet parce qu'il n'existe pas un seul article de ce type dans la littérature. Nous avons pensé qu'il valait mieux traiter cette idée "hérétique" - à laquelle la psychiatrie dominante s'opposerait avec véhémence - avec le plus grand soin et nous avons donc rédigé un protocole de recherche que nous avons soumis au comité d'éthique de la recherche.

Nous avons envisagé de faire un essai randomisé parce que c'est ce qu'il faut généralement pour convaincre les gens de suivre vos conseils lorsqu'ils font le sevrage des personnes. Mais nous ne pouvions pas voir sur quoi porterait la randomisation. Des intervalles courts ou longs entre les réductions de dose ? Non pertinent, car la vitesse à laquelle vous pouvez réduire la dose est très variable individuellement. Des réductions de dose de 10 ou 20 % à la fois ? Nous aurions pu le faire et cela aurait

peut-être pu donner des résultats intéressants. Mais cette chance semblait improbable, alors nous avons soumis un protocole sans randomisation qui décrivait ce que nous prévoyions de faire, pour chacun des patients.

Nous pensions que c'était très facile et direct, mais nous nous sommes heurtés à un formidable barrage. Le comité a répondu que, bien que deux psychiatres expérimentés soient inclus dans notre projet, le principal enquêteur, Anders Sørensen, était un psychologue et qu'il n'y avait pas de description claire des personnes responsables du sevrage des médicaments, qui, pour des raisons de sécurité des patients, devaient être un psychiatre.

Une remarque intéressante si l'on considère qu'un membre de la commission était un psychiatre travaillant à l'hôpital psychiatrique de Copenhague, un établissement qui a tué deux patients avec des neuroleptiques dans un court intervalle de temps parce que les psychiatres y étaient incompetents<sup>31</sup>. Les patients sont tous deux tombés soudainement morts sur le sol. Le premier est mort juste devant le second, Luise, qui l'a annoncé à sa mère : « Je serai la prochaine. » Luise savait que les psychiatres allaient la tuer. Elle a survécu pendant un certain temps car elle tolérait tellement mal les neuroleptiques en surdose qu'elle en a vomi la plus grande partie. Finalement, ils ont brisé son mécanisme de défense avec une injection mortelle d'un médicament de dépôt. Ce fut appelé une “mort naturelle”. Sa mère et elle avaient toutes deux averti le département de la dose bien trop élevée, mais les psychiatres les avaient ignorées.

Chaque année, le jour où ils ont tué sa fille, il y a une manifestation devant l'hôpital avec des banderoles organisées par l'organisation “Mort en psychiatrie”, que sa mère, Dorrit Cato Christensen, a lancée. Parfois y participent une vingtaine de proches de patients psychiatriques tués de la même manière.

Le livre déchirant de Dorrit sur sa fille est une longue histoire d'horreur des méfaits en psychiatrie. Même après la mort, il n'y a pas eu de justice. Dorrit s'est plainte, mais l'arrogance du système, tant avant qu'après le meurtre, était incroyable. On lui a dit que le traitement avait été à la hauteur de la norme professionnelle en psychiatrie, ce qui n'est malheureusement pas très loin de la vérité, car la norme est horrible partout. L'avant-propos, rédigé par l'ancien Premier ministre Poul Nyrup Rasmussen, commence par « Maman, tu ne veux pas dire au monde

comment on nous traite »<sup>31</sup> ? C'était la dernière demande de la fille à sa mère avant qu'elle ne soit tuée.

Nous ne voyions donc pas du tout pourquoi, pour des raisons de sécurité des patients, un psychiatre devait être responsable du sevrage des médicaments dans notre projet. De plus, ce n'est pas une obligation légale.

Afin d'évaluer si l'essai était sûr pour les patients, la commission a demandé que nous réalisions une revue de la littérature sur le risque de tentatives de suicide et de suicide chez ces patients. Il s'agissait également d'une remarque intéressante compte tenu du fait que les médicaments augmentent le risque de suicide et qu'il n'existe pas de médicament qui réduise ce risque.

On nous a demandé d'expliquer en détail comment nous allions garantir que seuls les sujets qui tolèrent le sevrage du médicament seraient sevrés lors de l'essai. C'était une impasse qui a tué notre projet, car personne - y compris les psychiatres - ne pouvait garantir cela. Il aurait fallu se baser sur des essais et erreurs.

Les autres demandes étaient tout aussi déraisonnables. La commission a souhaité que les critères d'inclusion et d'exclusion soient davantage précis et elle a demandé une explication sur les critères que nous utiliserions et si nos questionnaires étaient validés et s'ils permettaient de tirer des conclusions fiables. Notre critère était de savoir si le patient était devenu sans médicaments, ce qui n'exige pas que les questionnaires validés soient fiables.

On nous a également demandé de faire de nombreux ajouts aux informations sur les patients. Réfléchissez à ceci : Lorsqu'un comité d'éthique de la recherche estime qu'il est si dangereux d'aider les patients qui veulent arrêter de prendre leurs médicaments, pourquoi diable les médicaments ont-ils été approuvés en premier lieu ? Ne sont-ils pas trop dangereux à utiliser ? Je pense que cela doit être la conclusion logique, mais les soins de santé ne sont pas une question de logique ; c'est plutôt une question de pouvoir.

Après que le Comité a eu mis fin à notre projet, j'ai appelé une avocate travaillant pour le Comité et lui ai dit que je nous pouvais simplement sevrer les patients comme prévu, sans appeler cela de la recherche. Elle n'avait pas de bons arguments contre cela, alors c'est ce que nous avons fait.

Des essais sont actuellement en cours qui randomisent les patients, pour leur faire subir un sevrage brutal dans un groupe, ou bien pour diminuer les doses de médicament progressivement dans l'autre groupe. De tels essais sont hautement contraires à l'éthique, car la moitié des patients sera maltraitée inutilement. J'ai consulté le site [clinicaltrials.gov](http://clinicaltrials.gov) par curiosité et j'ai fait des recherches sur : *depression* et *to taper* « diminuer progressivement les *doses* ». Le tout premier essai que j'ai trouvé était totalement contraire à l'éthique, pour tous les patients. Il compare un sevrage de deux semaines avec un sevrage d'une semaine (ClinicalTrials.gov Identifiant : NCT02661828) : « Comme l'arrêt brusque d'un médicament antidépresseur peut provoquer des symptômes pénibles (incluant et non limité à : une détérioration de l'humeur, de l'irritabilité / agitation, de l'anxiété, des étourdissements, de la confusion et des céphalées), l'objectif de cette étude est de comparer la tolérance de deux schémas de diminution progressive des doses avec l'hypothèse selon laquelle une diminution progressive de la dose d'antidépresseur sur une période de deux semaines entrainera moins de symptômes de discontinuation qu'un schéma de diminution progressive sur une semaine. » Cet essai a été parrainé par l'université Emory, connue pour un énorme scandale de corruption (voir chapitre 2)<sup>6</sup>. Je n'ai pas besoin d'en dire plus. La psychiatrie est une maison de fous, mais pas tellement à cause des patients.

### **Conseils pour le sevrage**

Anders Sørensen a réuni une cohorte consécutive de 30 patients qui nous ont contactés pour obtenir de l'aide. Nous n'avions fixé aucune limite quant au type de médicament, au diagnostic, à la durée de la prise de médicament, à la gravité des symptômes actuels, aux tentatives de sevrage antérieures ou à l'évaluation du psychiatre traitant quant à la recommandation d'arrêter le traitement ou de le poursuivre.

Environ la moitié des 30 patients ont été sous médicaments pendant 15 ans ou plus ; la plupart d'entre eux avaient essayé de se sevrer plusieurs fois sans succès ; et tous les types de médicaments psychiatriques étaient concernés. Malgré un pari difficile, Anders Sørensen a parcouru un long chemin et il a sevré la plupart de ces patients, pendant son temps libre et sans rémunération.

Le travail d'Anders est impressionnant, et ses patients lui sont immensément reconnaissants pour son aide altruiste. Ceux-ci prennent des rendez-vous ponctuels pour des consultations avec lui en fonction de leurs besoins, et il organise des réunions de groupe quatre fois par an afin de partager les expériences. Ils ont son numéro de téléphone portable et peuvent l'appeler à tout moment. C'est important sur le plan psychologique et cela lui a imposé une charge supplémentaire. Beaucoup ont utilisé cette possibilité, ce qui montre qu'il est exigeant d'aider les personnes à se sevrer.

Les patients remplissent trois questionnaires :

1. Un entretien qualitatif structuré avant la première réduction de dose, qui comprend leurs antécédents et leur expérience avec la psychiatrie, des détails sur les tentatives de sevrage précédentes, leur propre opinion sur leurs symptômes et leur condition, des détails sur ce que leur a dit leur psychiatre, ainsi que leurs craintes et leurs espoirs concernant la tentative de sevrage prévue.

2. Un entretien qualitatif après être parvenu à ne plus prendre de médicament, sur leurs expériences de sevrage et de rétablissement de leur psychopathologie, des conseils qu'ils suggèrent pour d'autres patients, sur les obstacles rencontrés et sur ce qui les a aidés spécifiquement.

3. Un questionnaire sur la qualité de vie (Q-LES-Q, Qualité de plaisir à vivre et satisfaction) avant la première réduction de dose et six mois après avoir complètement cessé les médicaments.

Une fois par an, tous les patients et leurs proches sont invités à une soirée d'information au cours de laquelle les bases du sevrage et du rétablissement de la psychopathologie sont expliquées en détail et des questions peuvent être posées. L'objectif est de renforcer la fonction de soutien des proches et d'éviter que les proches ne s'opposent au choix du patient de se sevrer, ce qui est souvent un problème.

Un réseau de soutien par les pairs a été mis en place, où les patients peuvent partager des informations et se soutenir mutuellement en dehors des réunions officielles.

La thérapie consiste à aider les patients à surmonter les difficultés qu'ils rencontrent. Il s'agit notamment de gérer les symptômes de sevrage : ce qu'ils sont, comment les minimiser, comment les gérer psychologiquement et comment les empêcher de se transformer en une anxiété destructrice et à

l'échec du sevrage. Il s'agit également de faire face à l'anxiété et aux émotions au fur et à mesure qu'ils reprennent vie (l'émoussement émotionnel cesse), au retour à la société et aux relations sociales, à la crise de réalisation : combien de la vie de la personne la psychiatrie biologique a-t-elle volé ? Et enfin le recours à un réel traitement non médicamenteux de la condition si elle est toujours présente après un sevrage réussi.

Sans une approche systématique et l'accompagnement pendant le sevrage, le résultat risque d'être bien moins positif que ce qu'Anders Sørensen a obtenu. Sur 250 adultes avec des maladies mentales graves qui voulaient arrêter leurs médicaments psychiatriques, dont 71 % sous médicaments depuis plus de neuf ans, seuls 54 % ont atteint leur objectif d'arrêter complètement un ou plusieurs médicaments<sup>32,33</sup>. Ils ont utilisé diverses stratégies pour faire face aux symptômes de sevrage, que 54 % d'entre eux ont évalué comme sévères. L'auto-éducation et le contact avec des amis et d'autres personnes ayant arrêté ou réduit leur consommation de médicaments a été le plus souvent jugés bénéfiques. Seuls 45 % ont jugé les médecins disposés à aider pendant le sevrage ; 16 % ont entamé le processus contre l'avis de leur médecin et 27 % n'en ont pas parlé à leur médecin, ont cessé de le consulter ou ont changé de médecin. Parmi les répondants qui ont réussi, 82 % étaient satisfaits de leur décision.

En Hollande, l'ancien patient Peter Groot et le professeur de psychiatrie Jim van Os ont pris une initiative remarquable. Une pharmacie néerlandaise produit des bandelettes de plus en plus fines, avec des doses de plus en plus petites du médicament, ce qui facilite le sevrage. Leurs résultats sont également remarquables : Dans un groupe de 895 patients sous pilule de dépression, 62 % avaient déjà essayé de se sevrer sans succès, et 49 % d'entre eux avaient connu de graves symptômes de sevrage (7 sur une échelle de 1 à 7)<sup>33</sup>. Après une période médiane de seulement 56 jours, 71 % des 895 patients avaient cessé de prendre leur médicament. Chaque bandelette couvre 28 jours et les patients peuvent utiliser une ou plusieurs bandelettes pour ajuster le taux de réduction de la dose. Il existe un site web consacré à cette question, où l'on peut trouver des informations actualisées : [taperingstrip.org](http://taperingstrip.org).

La venlafaxine peut être un médicament particulièrement difficile, mais Groot et van Os ont montré que 90 % des 810 patients qui avaient

commencé avec la plus faible dose disponible, 37,5 mg, ont réduit leur traitement à zéro en trois mois ou moins<sup>21</sup>. Certains ont eu besoin de plus de six mois, car ils souffraient de symptômes de sevrage sévères, et beaucoup de ceux qui ont réussi en trois mois seulement auraient bénéficié d'une période de sevrage plus longue, car les symptômes de sevrage peuvent être nettement réduits si la diminution progressive prend plus de six mois<sup>34</sup>.

Cependant, il y a un problème d'assurance. Au motif que “la littérature ne prouve pas” qu'un sevrage aussi lent soit nécessaire, les assureurs santé néerlandais refusent de rembourser les médicaments de diminution progressive sur une telle durée. L'Institut national néerlandais des soins de santé s'est rangé du côté des assureurs dans tous les cas où des patients ont déposé une plainte officielle, même lorsque leurs médecins avaient attesté de la gravité de leurs symptômes de sevrage<sup>21</sup>.

1 ATTENTION ! Les médicaments psychiatriques créent une dépendance. Ne les arrêtez jamais brusquement car les réactions de sevrage peuvent consister en de graves symptômes émotionnels et physiques qui peuvent être dangereux et conduire au suicide, à la violence et à l'homicide<sup>6</sup>.

2 N'essayez jamais de sevrer un patient qui n'a pas le désir sincère de ne plus prendre de médicaments. Cela ne fonctionnera pas.

3 Il est de la plus haute importance que VOUS soyez responsable de votre sevrage. N'allez pas plus vite que ce que vos forces vous permettent.

4 Trouvez quelqu'un qui puisse vous suivre de près pendant le sevrage, car vous risquez de ne pas vous rendre compte si vous devenez irritable ou agité, ce qui est un des signaux de danger.

5 Le sevrage pourrait être la pire expérience de votre vie. Vous devez donc être prêt à y faire face. Vous ne devez pas commencer si vous êtes surmené ou stressé, ce qui pourrait aggraver les symptômes de sevrage.

6 N'oubliez jamais, surtout si la situation devient difficile, qu'il y a une vie sans médicament de l'autre côté, qui est meilleure et que vous la méritez.

7 Ce n'est pas votre faute si vous vous sentez très mal. C'est la faute de votre médecin qui vous a prescrit les médicaments. Ne perdez pas espoir ni votre confiance en vous.

8 Ne croyez pas les médecins qui vous disent que vous vous sentez très mal parce que votre maladie est revenue. C'est très rarement le cas. Si les symptômes apparaissent rapidement et que vous vous sentez mieux dans les heures qui suivent quand vous augmentez de nouveau la dose, alors c'est que vous avez des symptômes de sevrage, ce n'est pas parce que votre maladie est revenue.

En 2017, Anders Sørensen, Bertel Rüdinger, Birgit Toft et moi-même avons rédigé un petit guide sur le sevrage des médicaments psychiatriques, avec des conseils sur la façon de répartir les comprimés et les gélules, et nous avons établi un tableau de sevrage. Nous avons mis à jour les informations en 2020 sur mon site web, [deadlymedicines.dk](http://deadlymedicines.dk), où se trouve également une liste de personnes de plusieurs pays qui sont prêtes à aider les personnes à se sevrer, ainsi que des liens vers des vidéos de nos conférences sur le sevrage en 2017<sup>35</sup>.

Je vais développer ces informations ci-dessous. Outre les nombreux patients et les professionnels déjà mentionnés, j'ai été inspiré par de nombreuses personnes, notamment par les psychiatres Jens Frydenlund et Peter Breggin dont le livre sur le sevrage des médicaments psychiatriques est très utile<sup>36</sup>.

Les symptômes de sevrage des différentes classes de médicaments se chevauchent énormément et, bien qu'il y ait des différences importantes, il est plus facile de suivre les conseils si ceux-ci sont les mêmes pour tous les

médicaments. Comme les symptômes de sevrage varient considérablement d'une personne à l'autre, même si ces personnes font le sevrage d'un même médicament, cela va dans le sens de donner des conseils qui restent généraux. Vous pouvez donc utiliser mes conseils si vous prenez des neuroleptiques, du lithium, des sédatifs, des somnifères, des pilules de dépression, des médicaments excitants comme le speed ou des antiépileptiques.

Avant d'entamer un processus de sevrage, vous devez vous préparer très soigneusement. Familiarisez-vous avec la variété des symptômes de sevrage, sous la forme de symptômes physiques, et de sentiments et pensées inattendus, que vous pourriez connaître. Lisez la notice de votre médicament et assurez-vous que vous bénéficiez d'un bon soutien de la part de vos proches. Vous devez être déterminé à arrêter de prendre des médicaments, car cela pourrait ne pas être facile.

Les symptômes de sevrage sont positifs, car ils signifient que votre corps est en train de redevenir normal. Ils ne signifient pas « moi sans les médicaments » mais « moi sur le chemin de sortie des médicaments ». Au cours d'une diminution lente des doses, les symptômes de sevrage disparaissent chez la plupart des personnes après quelques jours ou une à deux semaines.

Comme nous l'avons déjà indiqué, les symptômes de sevrage peuvent soudainement réapparaître après une période sans symptômes, par exemple si vous êtes stressé<sup>36</sup>. Ceci est normal et ne signifie pas que votre maladie est revenue.

Il est important que vous preniez un bon départ. Il est donc souvent préférable d'arrêter le dernier médicament que vous avez commencé<sup>36</sup>, car le sevrage devient plus difficile à mesure que vous prenez le médicament depuis plus longtemps<sup>33,36</sup>. Il est également important de faire le sevrage des neuroleptiques et du lithium dès le début, car ces produits causent beaucoup de dommages<sup>36</sup>. Le sevrage peut entraîner des problèmes de sommeil, ce qui est une bonne raison pour supprimer les aides au sommeil en dernier.

Il n'est pas conseillé de se sevrer de plus d'un médicament en même temps, car il est alors difficile de déterminer quel produit provoque les symptômes de sevrage.

Il est rarement judicieux de substituer un médicament à un autre, même si le nouveau médicament a une demi-vie plus longue et qu'on s'attendrait donc à ce qu'il soit plus facile à utiliser. Certains médecins le font, mais un changement de médicament peut entraîner des problèmes de sevrage ou, au contraire, un surdosage, car il est difficile de savoir quelles doses doivent être utilisées pour les deux médicaments pendant la phase de transition. Cependant cela peut être nécessaire, par exemple si le comprimé ou la gélule ne peuvent pas être fractionnés (voir ci-dessous).

Il n'est généralement pas conseillé d'introduire un nouveau médicament, par exemple un somnifère, si les symptômes de sevrage rendent le sommeil difficile. Si les troubles deviennent insupportables, il est préférable de réaugmenter légèrement la dose avant d'essayer de la réduire à nouveau, cette fois-ci en plus petite quantité ou à intervalles plus longs, ou les deux. C'est vous qui décidez, car vous êtes responsable de votre sevrage ; tous les autres sont vos assistants.

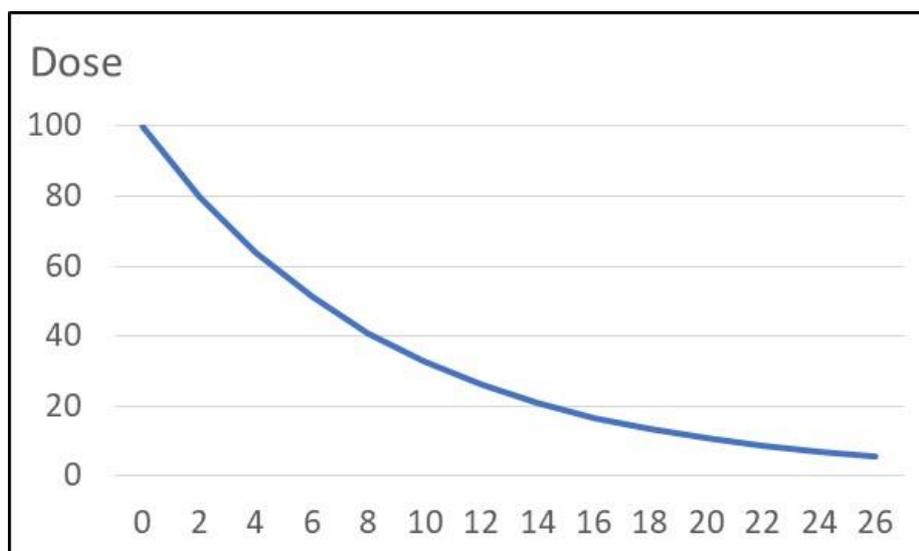
A quelle vitesse faut-il aller ? Comme la plupart des patients sont considérablement surdosés, il peut être tentant de faire un grand pas la première fois et de réduire la dose de 50 %. Mais il est préférable d'y aller lentement dès le début, non seulement parce que cela vous donne le sentiment que vous pouvez gérer le sevrage, mais aussi parce qu'un premier pas trop grand peut mal se passer. Cela peut être dû au fait que tous les médicaments sont non spécifiques. Ils ont des effets sur de nombreux récepteurs<sup>34</sup>, et nous ne connaissons pas les courbes de liaison de tous ces récepteurs. Peut-être êtes-vous déjà sur la partie raide de la courbe pour l'un des récepteurs lorsque vous commencez, ou peut-être l'êtes-vous au niveau de régions particulières du cerveau.

Le sevrage n'est PAS un exercice académique qui pourrait être dérivé de la théorie ou d'essais randomisés, mais c'est un processus d'essais et d'erreurs pour chaque patient, de façon individuelle. Le rythme dépend du médicament, en particulier de sa demi-vie, qui est le temps nécessaire pour que la concentration sérique soit réduite de moitié. La variabilité d'un patient à l'autre est énorme, y compris sur le plan génétique, en ce qui concerne la vitesse à laquelle ils métabolisent un médicament. Anders Sørensen a trouvé cinq essais randomisés, mais ils étaient tous problématiques. Le défaut le plus important, c'est que la diminution progressive y était trop rapide dans le groupe de patients en sevrage, par exemple sur

deux semaines seulement. Ces essais ont conduit à l'affirmation erronée qu'il n'y aurait aucun avantage significatif à pratiquer une diminution progressive lente par rapport à un arrêt brutal<sup>21</sup> !

La réduction de la dose devrait suivre une courbe hyperbolique (voir figure page suivante). Cela paraît compliqué, mais ce ne l'est pas. Cela signifie simplement que vous réduisez la dose à chaque intervalle de réduction durant le sevrage en retirant le même pourcentage de votre dose précédente. Ainsi, si vous réduisez la dose de 20 % à chaque fois, et que vous êtes descendu à environ 50 %, vous devriez à nouveau supprimer 20 % la fois suivante, ce qui signifie que vous êtes maintenant descendu à 40 % de la dose de départ. Pour ce faire, vous aurez peut-être besoin d'une lime à ongles et d'une balance pour pouvoir peser les quantités. Consultez la pharmacie pour diviser les comprimés ou ouvrir les capsules ; on y vend un diviseur de comprimés.

Courbe hyperbolique pour les réductions de dose bihebdomadaires.



Les recommandations officielles ne sont pas conformes à ceci. On y recommande de réduire la dose de moitié à chaque fois, ce qui signifie qu'en commençant par 100 %, qui est votre dose habituelle, vous descendez à 50 %, 25 % et 12,5 % de votre dose habituelle en seulement trois étapes, ce qui est beaucoup trop rapide. En utilisant plutôt la méthode

des pourcentages, en diminuant de 20 % à la fois, on obtient le résultat suivant après trois étapes : 100 %, 80 %, 64 % et 51 %.

Vous pouvez essayer un intervalle de deux semaines entre les réductions de dose. Si cela fonctionne bien, vous pouvez réduire cet intervalle, par exemple à dix jours. Vous devrez peut-être aussi aller moins vite que 20 %, car vous vous sentirez peut-être mieux en ne réduisant que de 10 % à la fois, ou vous aurez peut-être besoin d'un intervalle de quatre semaines<sup>34</sup>.

La communauté des personnes profanes concernées par le sevrage a constaté que la diminution la moins perturbatrice est celle qui consiste à réduire la dose de seulement 5 à 10 % par mois<sup>23</sup>. Cependant, si vous réduisez de 10 % par mois, il vous faudra deux ans pour atteindre 8 % de votre dose de départ, donc si vous prenez quatre médicaments, il vous faudra peut-être huit ans pour ne plus en prendre. Il est préférable d'aller plus vite que cela, de supporter ce qu'il advient, et d'avoir une nouvelle vie plus rapidement ; c'est aussi parce que plus longtemps vous prenez un médicament, plus le risque de dommages cérébraux permanents est grand, et plus il est difficile de se passer du médicament.

Continuez à votre propre rythme, selon vos perceptions. Ne réduisez pas à nouveau avant de vous sentir stabilisé sur la dose précédente. Vous pouvez même faire une pause sur une dose donnée si vous vous sentez stressé. Essayez de vous sentir à l'aise dans ce que vous faites. Si les symptômes de sevrage sont mauvais, essayez de les supporter un peu plus longtemps, en sachant qu'ils s'atténueront généralement assez rapidement. Si vous supportez les symptômes, cela pourrait vous donner une force intérieure et la conviction que vous pouvez le faire jusqu'au bout et que vous ne retombez pas dans le piège du médicament. Mais si cela devient trop dur, revenez sur la dose précédente et réduisez le rythme du sevrage.

Assurez-vous toujours d'avoir un ou deux amis ou membres de votre famille avec lesquels vous pouvez discuter de votre sevrage et qui peuvent vous observer. Vous pourriez ne pas remarquer si vous êtes devenu irritable ou agité, ce qui peut être un symptôme de danger.

Il n'est pas rare que les personnes ne remarquent pas les progrès qu'elles font avant un stade tardif dans le processus, et elles peuvent avoir tendance à se focaliser sur les symptômes désagréables du sevrage. Soyez patients et supportez-les. Faites une chose qui est bien pour vous-même. Un jour, vous pourriez soudainement remarquer que les oiseaux chantent, pour la

première fois depuis des années. Vous saurez alors que vous êtes sur la bonne voie pour guérir.

Le dernier petit pas peut être le plus difficile, non seulement en raison de considérations physiques mais aussi pour des raisons psychologiques. Vous pouvez vous poser la question : « Je prends cette pilule depuis si longtemps ; est-ce que j'ose faire le dernier petit pas ? Qui suis-je quand je ne prends pas le médicament ? » Cela n'aide pas si votre médecin se moque de vous et vous dit qu'il est impossible que vous puissiez avoir des symptômes de sevrage lorsque la dose est si faible<sup>37</sup>. Si votre médecin est impliqué dans votre sevrage et se comporte comme un “je-sais-tout”, alors laissez tomber votre médecin. Vous avez fait beaucoup de chemin et vous en savez probablement beaucoup plus sur le sevrage que votre médecin.

Il est prudent de descendre à une très faible dose avant de s'arrêter. Le citalopram, par exemple, est recommandé à des doses de 20 ou 40 mg par jour, et tout médecin sera surpris d'apprendre que même à une dose aussi faible que 0,4 mg, 10 % des récepteurs de la sérotonine sont encore occupés<sup>34</sup>, ce qui signifie que vous pourriez encore ressentir des symptômes de sevrage lorsque vous passez de cette petite dose à rien. Le psychiatre Mark Horowitz a admis que si les patients étaient venus le voir avant qu'il ne fasse lui-même l'expérience des symptômes de sevrage, il ne les aurait probablement pas crus lorsqu'ils disent avoir de réelles difficultés à arrêter une pilule de dépression<sup>37</sup>.

Ne prenez pas cela comme une défaite si vous échouez ; essayez simplement une autre fois. Dites-vous que vous méritez d'avoir une belle vie et soyez déterminé à l'obtenir.

### **Liste des symptômes de sevrage que vous pourriez ressentir**

Cette liste n'est pas complète, et elle ne peut pas l'être, car il existe tellement de symptômes de sevrage différents, mais nous avons rassemblé les plus typiques. Certaines personnes ressentent très clairement les symptômes de sevrage, d'autres les remarquent à peine. Ils peuvent être pires que tout ce que vous avez déjà connu ; il peut s'agir de symptômes complètement nouveaux ; ils peuvent être similaires à la condition pour laquelle vous avez été traité, ce qui fera que la plupart des médecins en concluront que vous êtes toujours malade et que vous avez besoin du

médicament, même si c'est rarement le cas ; il peut s'agir de symptômes qui feront que les psychiatres vous donneront des diagnostics supplémentaires ; et ils peuvent être les mêmes pour des médicaments très différents, par exemple la manie.

Lorsque vous faites le sevrage, vous et vos proches pouvez être surpris de voir que vos pensées, vos sentiments et vos actions peuvent changer. C'est normal, mais cela peut être désagréable. Vous pouvez ne pas vous rendre compte que vous êtes devenu instable sur le plan émotionnel ; en fait, il est assez fréquent que les patients ne le remarquent pas.

Vous trouverez ci-dessous les principaux symptômes que vous pourriez connaître. Quelques-uns d'entre eux peuvent être dangereux, voir les avertissements sur la notice du médicament que vous êtes en train de diminuer. Si vous ne l'avez pas mis de côté, vous pouvez le trouver sur Internet, par exemple *duloxetine fda* ou *duloxetine package insert* « la notice de la duloxétine ».

#### Symptômes de type grippal

Douleurs articulaires et musculaires, fièvre, sueurs froides, écoulement nasal, irritations oculaires.

#### Céphalées

Maux de tête, migraines, sensations de chocs électriques / “zaps” dans la tête.

#### Troubles de l'équilibre

Vertiges, déséquilibre, marche instable, “la gueule de bois” ou sensation de mal des transports.

#### Articulations et muscles

Raideurs, engourdissements ou sensations de brûlure, crampes, secousses, tremblements, mouvements incontrôlables de la bouche.

#### Sensations

Picotements de la peau, douleur, seuil de la douleur abaissé, jambes sans repos, difficultés à rester assis, vision floue, hypersensibilité à la lumière et aux sons, tension autour des yeux, bourdonnement dans les oreilles, acouphènes, troubles de l'élocution, altérations du goût et de l'odorat, hypersalivation.

### L'estomac, les intestins et l'appétit

Nausées, vomissements, diarrhées, douleurs abdominales, ballonnements, augmentation ou diminution de l'appétit.

### Humeur

Sautes d'humeur, dépression, pleurs, sentiment d'inadéquation, manque de confiance en soi, euphorie ou manie.

### Anxiété

Crises d'angoisse, panique, agitation, douleurs thoraciques, respiration superficielle, transpiration, palpitations.

### Perception de la réalité

Sentiment d'aliénation et d'irréalité, se sentir sous une cloche à fromage, hallucinations visuelles et auditives, délires, psychose.

### Irritabilité et agressivité

Irritabilité, agressivité, accès de colère, impulsivité, pensées suicidaires, automutilation, pensées de nuire à autrui.

### Mémoire et confusion

Confusion, manque de concentration, perte de mémoire.

### Sommeil

Difficultés d'endormissement, insomnie, réveil précoce, rêves intenses, cauchemars parfois violents.

### Énergie

Faible énergie, agitation, hyperactivité.

Sur la page suivante, se trouve un tableau d'abstinence où vous pouvez enregistrer les symptômes de sevrage que vous ressentez et leur gravité.

Sa fonction première n'est pas tant de suivre les symptômes quotidiens que de vous rappeler comment les symptômes de sevrage sont susceptibles de se manifester, vous signalant ainsi que ce que vous vivez est tout à fait normal. Vous ne devez donc pas vous inquiéter, ruminer ou paniquer à propos de ces symptômes, mais les accepter, sauf s'ils sont dangereux et qu'ils augmentent le risque de suicide et de violence, auquel cas une augmentation temporaire de la dose pourrait être nécessaire. Nous ne vous recommandons pas de le faire tous les jours, car cela impliquerait de vous

focaliser intérieurement et de vous surveiller constamment vous-même. Vous devriez essayer de vous focaliser plutôt sur le monde extérieur, en vous disant que c'est là que vous voulez être, au lieu d'en être distancié par les médicaments.

Il y a d'autres problèmes avec le fait de noter chaque jour. Vous n'avez pas de point de référence lorsque vous commencez. Certains patients évaluent les symptômes de sevrage des premières réductions de dose à la sévérité maximum parce que c'est la première fois qu'ils ressentent quelque chose d'aussi horrible. Plus tard, si les symptômes s'aggravent encore, il n'y a pas de catégorie de sévérité pour noter cela.

Cela aide certaines personnes d'écrire leurs pensées, considérations et sentiments dans un journal intime. Ce qui compte, c'est que vous vous sentiez en sécurité dans ce que vous faites. Vous devez donc éviter les personnes et les situations qui peuvent vous stresser et éviter d'entreprendre des tâches qui ne soient pas strictement nécessaires.

Après le sevrage, il se peut que vous manquiez d'énergie pendant un certain temps et que vous ne vous sentiez pas vous-même. C'est normal. Faites quelque chose que vous aimez faire, soyez indulgent envers vous-même et soyez fier de ce que vous avez accompli. Vous aurez peut-être besoin d'une psychothérapie pour vous aider à aller à la racine de ce qui vous a piégé dans les médicaments psychiatriques, par le passé et maintenant.

Gardez un œil sur votre humeur. Il peut s'écouler beaucoup de temps avant que vous ne soyez complètement stabilisé dans votre nouvelle vie sans médicaments. Vous devrez peut-être apprendre des techniques de relaxation, si vous vous sentez tendu.

## Tableau d'abstinence pour les médicaments psychiatriques

(Anders Sørensen et Peter C. Gøtzsche, 4 janvier 2019)

Tous les médicaments psychiatriques créent une dépendance et peuvent provoquer des symptômes d'abstinence lorsque la dose habituelle est réduite. Utilisez le tableau chaque soir pour vous rappeler, à vous et à vos proches, que l'état de manque est temporaire ; c'est "moi en train de sortir du médicament", et non "moi sans le médicament", ce qui est quelque chose de complètement différent et de mieux que d'être en train de sortir du médicament. Vous pouvez noter la sévérité des symptômes que vous avez chaque jour (de 1 à 5, où 5 est le pire), mais ne vous surveillez pas trop ; les symptômes disparaissent plus rapidement si on leur permet de "se soigner par eux-mêmes". Notez la nouvelle dose en dessous du jour où vous la réduisez. Vous pouvez ajouter des symptômes supplémentaires sur les lignes vierges.

Certains des symptômes peuvent être dangereux ; voir la notice du médicament.

Mois : \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_ (Inscrivez le jour du mois sur la première ligne)

Date du mois													
Dose													
Anxiété/ panique													
Dépression/ tristesse													
Pleurs													
Sautes d'humeur													
Sentiment d'être à l'intérieur d'une cloche à fromage													
Irritabilité/ agressivité/ éclats de colère													
Symptômes de type grippal													
Problèmes d'estomac, nausées, manque d'appétit													
Manque d'énergie/ épuisement													
Insomnie, difficulté à s'endormir													
Rêves intenses et cauchemars													
Agitation et nervosité/ ne peut pas rester assis tranquille													
Étourdissements													
Confusion/difficulté à se concentrer													
Je ne suis pas moi-même													
Pensées suicidaires													
Sensations de choc électrique / zaps dans la tête													
Maux de tête													
Acouphènes													
Mouvements involontaires/ jambes sans repos													
Tremblements/ secousses													
Raideur ou douleur musculaire													
Problèmes d'équilibre													
Transpiration													
Palpitations													
Sensation de picotement ou de fourmillement													
Démangeaisons ou rougeissements													
Sensation de collage/ brûlure													
L'odeur ou la saveur a changé													
Hypersensibilité à la lumière ou au son													
Problèmes de mémoire													
Troubles sexuels													
Vision floue													
Manie ou hypomanie/ euphorie													
Psychose / délires													

## Répartition des comprimés et des gélules

Malheureusement, nos organismes de régulation des médicaments ont permis aux entreprises pharmaceutiques de mettre des produits sur le marché, sans avoir vérifié si des problèmes pouvaient survenir lorsque les patients cessent de les utiliser, ni élaborer des solutions si tel était le cas<sup>21</sup>. La psychiatrie universitaire est également en faute. Elle a consacré beaucoup d'attention à l'efficacité à court terme des nouveaux médicaments et à la mise en place des traitements, mais pratiquement aucune à l'arrêt des traitements. Ce n'est pas la psychiatrie, mais les patients qui ont attiré l'attention sur le nombre beaucoup trop limité de dosages des médicaments. La pratique clinique a été adaptée à ce que les compagnies pharmaceutiques vendent et non à ce dont les patients ont besoin.

Les patients ont eu raison de critiquer les motifs pour lesquelles les laboratoires n'ont pas fourni les dosages dont ils avaient si clairement besoin, et pourquoi les associations médicales et les comités de recommandation n'ont pas demandé aux compagnies pharmaceutiques de le faire. Nous n'utilisons pas tous la même taille de chaussures ni la même force de lunettes, et les chiens sont dosés en fonction de leur poids, contrairement aux humains.

Dans ce vide, nous devons être créatifs. Les pharmaciens Bertel Rüdinger et Birgit Toft ont préparé quelques conseils sur la manière de prendre moins que la dose minimale fournie par les fabricants<sup>35</sup>.

Avertissement : La boîte et la notice d'emballage décrivent toujours la forme galénique de votre médicament. Dans le cas où il s'agit de comprimés ou de capsules gastro-résistants, dits aussi à enrobage entérique, ils sont fabriqués de telle sorte que la substance active n'entre pas en contact avec l'acide de l'estomac. Par conséquent, cette forme de médicament ne doit en aucun cas être fractionnée ou divisée car l'acide gastrique détruirait alors le principe actif.

Vous pouvez toujours consulter votre pharmacie pour savoir si votre médicament peut être divisé en plus petites unités. Voici quelques règles principales :

### Comprimés

La plupart des comprimés sont des comprimés ordinaires, et le principe actif est réparti uniformément dans le comprimé. Si une rainure traverse la surface du comprimé, il est facile de le fendre. Cela vous permettra d'obtenir des demi-comprimés. Les comprimés peuvent également être divisés en quatre et huit parties, ce qui est souvent nécessaire vers la fin de la période de sevrage.

Les comprimés peuvent être coupés avec un couteau aiguisé, mais vous pouvez également acheter un séparateur de comprimés à la pharmacie.

S'il vous arrive de diviser les comprimés en plusieurs parties de taille inégale, vous pouvez les ordonner en fonction de leur taille, en commençant par la plus grande et en terminant par les plus petits morceaux.

### Comprimés à libération prolongée

Certains comprimés sont conçus pour rester longtemps dans l'organisme, et ils sont souvent fabriqués de manière à ce que le principe actif puisse être distribué progressivement dans l'organisme. Le nom de ces comprimés est complété par un mot, par exemple dépôt, libération prolongée et retard. En principe, ils ne peuvent pas être fractionnés.

Si le comprimé à libération prolongée comporte une rainure, vous pouvez casser le comprimé le long de celle-ci, mais ne le fendez pas davantage.

De nombreux médicaments sont disponibles sous forme de comprimés à libération prolongée et non prolongée. Si vous devez fractionner un comprimé à libération prolongée, consultez votre médecin pour passer à des comprimés ordinaires.

### Capsules

Les capsules sont faites de gélatine et servent à contenir la poudre. Elles peuvent être ouvertes, et la poudre peut être dissoute dans l'eau. L'eau sera peu claire, mais prête à être bue. Il est possible de préparer la solution

d'eau dans une seringue en plastique avec des divisions en ml, et de cette solution vous pouvez tirer la quantité correcte en fonction de la dose nécessaire.

Utilisez une seringue de 10 ml, ajoutez de la poudre dans la seringue et aspirez de l'eau jusqu'à la ligne de 10 ml. Retournez la seringue ou secouez-la plusieurs fois pour dissoudre la poudre. Un ml correspond à 10 %, deux ml à 20 %, etc. Versez le contenu nécessaire dans un verre et buvez-le.

### Capsules à libération prolongée

Les capsules à libération prolongée contiennent de grosses particules ou des mini-comprimés destinés à être libérés lentement dans l'organisme sur une longue période. Dans la plupart des cas, ces capsules peuvent être brisées, et les billes peuvent être comptées. Une partie du contenu peut être saupoudrée sur du yogourt ou dissoute dans de l'eau à l'aide d'une seringue, comme mentionné ci-dessus.

### Remplacement du médicament pour permettre le sevrage

Dans certains cas, le sevrage n'est pas possible avec le médicament prescrit parce que le comprimé ne peut pas être fractionné ou que le contenu de la capsule ne peut pas être réduit. Vous devrez donc peut-être remplacer votre médicament par un autre ayant un effet similaire, disponible en plus faibles concentrations. Vous devrez consulter votre médecin.

Certains médicaments se présentent également sous forme liquide, ce qui facilite grandement le titrage de la dose correcte.

## **Les traitements forcés, une horrible violation des droits de l'homme**

Nous ne devons pas oublier les patients qui, même s'ils veulent désespérément arrêter de prendre leurs neuroleptiques, sont obligés de les prendre, dans le pire des cas comme injections de dépôt destinées à s'assurer qu'ils ne "trichent" pas en recrachant les comprimés lorsque le personnel est parti.

J'ai longuement débattu<sup>6</sup> des raisons pour lesquelles cette horrible violation des droits de l'homme doit cesser. Les psychiatres prétendent

qu'ils ne peuvent pas pratiquer sans contrainte, mais ce n'est pas vrai. Les exemples de plusieurs pays ont montré que la coercition n'est pas nécessaire. Selon la loi italienne sur la santé mentale, le critère de danger n'est pas une justification légale pour un traitement forcé ; c'est un cas pour la police ; de même en Islande, où aucune chaîne, ceinture ou autre contrainte physique n'a été utilisée depuis 1932<sup>6</sup>. La contention physique est une énorme agression pour les patients qui ont subi des abus sexuels, ce que beaucoup de patients ont connu, certains même pendant qu'ils étaient enfermés.

À l'hôpital universitaire d'Akershus, en Norvège, ils n'ont pas de régime de tranquillisation rapide et n'en ont jamais eu besoin<sup>6</sup>. Dans un service pour les psychoses à Londres, ils ont attendu en moyenne deux semaines avant de commencer à administrer des neuroleptiques aux personnes nouvellement admises<sup>6</sup>. En fin de compte, la plupart des patients ont choisi de prendre certains médicaments, souvent à très petites doses ; il est donc tout à fait possible que ce soient le respect, le temps et l'hébergement qui les aient aidés, et non les “doses en dessous des seuils de sous-traitement”. L'Allemagne a également montré comment cela pouvait être fait<sup>38</sup>.

Avec un bon encadrement et la formation du personnel aux techniques de désescalade, il est possible de pratiquer la psychiatrie sans contrainte<sup>39,40</sup>.

Il doit exister des structures d'assistance 24 heures sur 24, sans aucune contrainte, afin que l'hôpital ne soit plus le seul endroit où vous pouvez vous rendre lorsque vous êtes en situation de crise aiguë<sup>38</sup>. Par exemple, il pourrait y avoir des refuges avec possibilité d'hébergement et où l'argent suit le patient et non le traitement. Nous avons également besoin de services sociaux qui soient dignes pour les personnes qui sont sur le chemin du retour dans la société après avoir été en contact avec la psychiatrie.

La psychiatrie semble être le seul domaine de la société où la loi est systématiquement violée partout dans le monde - même les décisions de la Cour suprême et de l'*ombudsman* « médiateur » sont ignorées<sup>6,41</sup>. Nous avons étudié 30 cas consécutifs de la Commission d'appel psychiatrique au Danemark et avons constaté que la loi avait été violée dans chaque cas<sup>41,42</sup>.

Les 30 patients ont tous été contraints de prendre des neuroleptiques dont ils ne voulaient pas, alors que des alternatives moins dangereuses

auraient pu être utilisées, par exemple les benzodiazépines<sup>43</sup>. Les psychiatres n'ont montré aucun respect pour les opinions et les expériences des patients. Dans les 21 cas où il y avait des informations sur les effets des médicaments pris antérieurement, les psychiatres ont déclaré que les neuroleptiques avaient eu un effet bénéfique alors qu'aucun des patients ne partageait ce point de vue<sup>42</sup>.

Les méfaits des médicaments pris antérieurement n'ont joué aucun rôle dans la décision du psychiatre, même lorsqu'ils étaient graves, par exemple nous avons suspecté ou trouvé une akathisie ou une dyskinésie tardive chez sept patients, et cinq patients ont exprimé leur peur de mourir à cause du traitement forcé. Un expert a confirmé nos soupçons selon lesquels un patient avait développé une akathisie sous aripiprazole, mais sur la même page, cet expert - un membre de haut rang du Conseil d'administration de l'Association danoise de psychiatrie - a recommandé un traitement forcé avec ce médicament, alors même qu'il avait été arrêté à cause de l'akathisie<sup>42</sup>.

Le déséquilibre des pouvoirs était extrême. Nous avons des réserves sur les diagnostics de délires faits par les psychiatres dans neuf cas. Il existe un élément de paradoxe impossible à gérer dit “catch-22”, qui survient lorsqu'un psychiatre décide d'un diagnostic et que le patient n'est pas d'accord. Selon le psychiatre, le désaccord montre que le patient a un manque de prise de conscience de la maladie, ce qui est une preuve de maladie mentale. L'abus consiste pour les psychiatres à utiliser des diagnostics ou des termes péjoratifs pour des choses qu'ils n'aiment pas ou qu'ils ne comprennent pas ; les patients se sentent incompris et négligés ; leur protection juridique est un simulacre ; et le mal qui leur est fait est immense<sup>42</sup>.

Les patients ou leur maladie ont été blâmés pour pratiquement tout inconfort qui a pu advenir. Les psychiatres ne semblaient pas s'intéresser aux traumatismes, ni à ceux qui ont précédé, ni à ceux qu'ils ont causés eux-mêmes. Les réactions de sevrage n'étaient pas prises au sérieux - nous n'avons même pas vu ce terme, ni un terme similaire, être utilisé, bien que de nombreux patients en aient souffert.

C'est une violation très sérieuse de la loi et de l'éthique professionnelle que de voir les psychiatres exagérer les symptômes des patients et banaliser les effets nocifs des médicaments pour maintenir la coercition,

mais cela arrive souvent, et les dossiers des patients peuvent être très trompeurs ou carrément erronés, eux aussi<sup>6,31,42,44</sup>. Ainsi, on peut dire que les psychiatres tiennent une “*kangaroo court*” « un tribunal fantoche », où ils sont à la fois enquêteurs et juges et ils y mentent devant la cour sur les preuves, après quoi ils condamnent les patients à un traitement qui est mortel pour certains d'entre eux et très nocif pour tous.

Lorsque les patients se plaignent de ce traitement injuste, qui n'est autorisé dans aucun autre secteur de la société, ce sont les mêmes juges (ou leurs amis qui ne seront pas en désaccord avec eux) dont les preuves et les jugements servent de base aux verdicts des deux commissions d'appel, d'abord la Commission des plaintes des patients psychiatriques, et ensuite la Commission d'appel psychiatrique. Ce que disent les patients n'a pas la moindre importance. Comme ils ont été déclarés fous, personne ne trouve nécessaire de les écouter. C'est un système si abominable qu'il semble surréaliste, mais c'est la réalité, partout dans le monde.

Lorsque quelqu'un propose d'abolir la coercition, les psychiatres mentionnent souvent des cas rares, comme la manie sévère où les patients peuvent être occupés à dépenser toute leur fortune. Mais ces cas peuvent être traités sans hospitalisation ni traitement forcé. Par exemple, on peut introduire une clause d'urgence qui supprime les droits de décision financière des patients à court terme.

En outre, quelques cas difficiles ne peuvent pas justifier que des dommages massifs soient infligés aux patients<sup>6</sup>, ce qui rend également difficile le recrutement des bonnes personnes en psychiatrie. Personne n'aime la coercition, et cela détruit la confiance du patient dans le personnel, qui est si importante pour la guérison et pour l'environnement de travail dans le service.

Dans de nombreux pays, une personne considérée comme folle peut être internée contre son gré dans un service psychiatrique si les perspectives de guérison ou d'amélioration substantielle et significative de son état seraient sérieusement compromises dans le cas contraire. Aucun médicament ne peut accomplir cela.

L'autre raison légale pour imposer des médicaments aux gens est que les personnes présenteraient un danger évident et substantiel pour elles-mêmes ou pour les autres. C'est également un argument non valable. Les médicaments psychiatriques *provoquent* la violence<sup>6</sup> et ces produits ne

peuvent protéger contre la violence que si les patients sont médiqués à un point tel qu'ils sont devenus des zombies.

Les traitements aux neuroleptiques tuent de très nombreux patients, y compris des jeunes gens (voir chapitre 2), et beaucoup d'autres souffrent de dommages cérébraux permanents<sup>1,6,36,45</sup>. Il existe des vidéos d'enfants et d'adultes atteints d'akathisie et de dyskinésie tardive qui montrent à quel point ces lésions cérébrales peuvent être horribles<sup>46</sup>. Il a fallu 20 ans à la psychiatrie pour reconnaître la dyskinésie tardive comme une maladie iatrogène<sup>45</sup>, même si elle constitue l'un des pires méfaits des neuroleptiques ; elle affecte environ 4 à 5 % des patients traités chaque année<sup>47</sup>, ce qui signifie que la plupart des patients en traitement de longue durée la développeront. En 1984, Paul Leber de la FDA a extrapolé les données et a indiqué comment, au cours d'une vie, tous les patients pourraient développer une dyskinésie tardive<sup>45</sup>. Trois ans plus tard, le président de l'Association américaine de psychiatrie a déclaré, lors de l'émission-débat *The Oprah Winfrey Show*, que la dyskinésie tardive n'était pas un problème grave ni fréquent<sup>48</sup>.

La coercition doit être abolie. C'est notre devoir, conformément à la Convention des Nations unies sur les droits des personnes handicapées, que pratiquement tous les pays ont ratifiée<sup>6</sup>. La loi sur la psychiatrie n'est pas nécessaire, car la loi sur les tuteurs d'urgence donne la possibilité d'intervenir lorsque c'est impératif, et la science montre qu'il n'est ni rationnel ni fondé sur des preuves de soutenir que le traitement forcé soit dans le meilleur intérêt des patients<sup>6,41,42,49</sup>.

Si vous n'êtes pas convaincu, vous devriez lire *The Zyprexa Papers* « Les documents du Zyprexa » de l'avocat Jim Gottstein. C'est un livre sur les médications illégales et forcées qui ont détruit les patients. Les psychiatres, les avocats et Eli Lilly ont menti sans vergogne, et les juges s'en sont moqués. Gottstein a dû se rendre à la Cour suprême en Alaska avant d'obtenir justice et il a couru un grand risque personnel en révélant des documents supposés rester secrets<sup>50</sup>.

## **5 Kit de survie pour les jeunes psychiatres dans un système malade**

J'ai écrit ce livre pour les patients et leurs proches afin de les aider à éviter de se faire piéger par la psychiatrie et de se retrouver comme “ensevelis sous la neige” au moyen des médicaments psychiatriques, gaspillant ainsi des années de leur vie, ou, dans le pire des cas, d'en mourir. Mais qu'en est-il de la psychiatrie en tant que spécialité médicale : peut-elle être sauvée d'elle-même ?

Elle ne le peut pas. De nombreux livres, dont celui-ci, ont montré que les responsables de la psychiatrie ont renoncé à la pensée rationnelle pour y préférer les bénéfices qu'ils en tirent pour eux-mêmes en soutenant un système totalement malade. Le seul espoir que nous ayons est que le peuple proteste si vigoureusement que cela devienne une révolution irrépessible.

Étant donné l'endoctrinement omniprésent, il est peu probable que cela se produise. Il y aura toujours trop de patients pour penser que les médicaments psychiatriques leur ont été bénéfiques et qui se rangeront du côté de la corporation psychiatrique, et cette force, associée à la richesse et au pouvoir obscènes que l'industrie pharmaceutique a accumulés en nous vendant des pilules inutiles, est si grande que nos politiciens, même s'ils ont réalisé à quel point tout cela est mauvais, n'osent pas agir en conséquence. Le système est verrouillé, comme s'il avait été contraint à l'intérieur d'une camisole de force.

Il est également très pratique pour les hommes politiques qu'il existe une profession pour s'occuper des éléments les plus dérangeants de nos sociétés et exercer sur ceux-là un contrôle social étroit, beaucoup plus étroit que le système pénal ne le permet, parfois avec des peines indéfinies, dans un système fermé où les cris des victimes ne sont pas entendus, comme dans le système du Goulag soviétique ou dans les camps de concentration nazis, où les morts causées par ceux qui détenaient le pouvoir étaient appelées des morts naturelles, et où le système d'appel était une imposture totale. Quelle est la différence avec la psychiatrie, qui appelle aussi ses meurtres des “morts naturelles”, où le système d'appel est une imposture totale, où la loi est violée de façon systématique, et où les

chercheurs indépendants finissent par être licenciés après un simulacre de procès s'ils essaient de découvrir pourquoi des personnes sont mortes ?

Mais nous avons une autre source d'espoir que le peuple, ce sont les jeunes psychiatres en formation dont le cerveau n'est pas encore bloqué dans l'impasse de toutes les fausses croyances. Certains d'entre eux étaient devenus si désespérés qu'ils m'ont contacté, même si je ne les connaissais pas auparavant, pour discuter de leurs frustrations intenses à propos d'un système qui, de toute évidence, aggrave la situation de ses patients.

L'un d'eux, le médecin-chef Klaus Munkholm, 46 ans, du service psychiatrique de mon propre hôpital, avait réalisé, en lisant des livres de Robert Whitaker et de moi-même, que ce en quoi il croyait depuis tant d'années était purement et simplement faux. Il m'a écrit en juillet 2017 et m'a expliqué qu'il était préoccupé par le fait que la psychiatrie biologique n'avait pas été utile pour comprendre le trouble bipolaire, qui était son principal sujet de recherche. Il avait les mêmes préoccupations concernant d'autres troubles psychiatriques et voulait faire des recherches utiles.

Je suis très rapide pour jauger quelqu'un et j'ai immédiatement organisé une réunion qui s'est très bien passée. Nous avons entamé une collaboration de recherche fructueuse, mais elle a eu des répercussions pour Klaus. Seulement un mois après notre première rencontre, il a été découragé - dans un courriel et lors d'une réunion - de collaborer avec mon groupe de recherche, et il a été averti que cela aurait des conséquences pour sa carrière. J'ai répondu : « Pouvez-vous voir la ressemblance avec le fanatisme religieux ? C'est précisément la réaction des Témoins de Jéhovah, de la Scientologie et de tous les autres. C'est du jamais vu dans un contexte académique, mais afin de situer la psychiatrie, cela nous en dit long. »

Klaus Munkholm n'a pas bougé, et à partir de décembre 2017, je l'ai employé un jour par semaine, au grand dam de son patron, le professeur Lars Kessing.

Le même mois, un autre psychiatre en chef, Kristian Sloth, également inconnu de moi, a demandé à avoir une réunion, et il a attiré mon attention sur une annonce de la Psychiatrie de la Région de la capitale selon laquelle les pilules de dépression pouvaient prévenir la démence. Bien entendu, elles ne peuvent pas le faire ; des recherches ont montré qu'elles sont plus susceptibles de *provoquer la démence* (voir chapitre 2). Kristian Sloth a

également indiqué qu'il avait réduit ses dépenses en médicaments de 35 % en un an seulement depuis qu'il a commencé à travailler au département. Il m'a parlé d'un patient qui a été diagnostiqué avec une schizophrénie, a reçu une forte dose de Leponex (clozapine), est devenu psychotique, a reçu encore plus de Leponex et s'est retrouvé dans un service de sécurité maximale. Lorsqu'ils ont arrêté le Leponex, tous ses symptômes psychotiques ont disparu.

Kristian Sloth a ouvert une section dans son service qu'il appelle « service sans usage de la force » où ses patients ont la garantie qu'aucune force ne leur sera appliquée.

Klaus Munkholm était un trésor. Brillant et gentil, un grand atout pour tous les projets psychiatriques que j'avais lancés. Il n'a pas fallu longtemps avant que je lui dise que je voulais l'employer à plein temps. Il a finalement abandonné la psychiatrie et est devenu employé à plein temps, un an après m'avoir contacté pour la première fois. Certains des bonzes de la psychiatrie, qui le tenaient auparavant en haute estime, le traitent désormais comme les Témoins de Jéhovah et la Scientologie traitent les défecteurs.

Une psychiatre a quitté son emploi dans un service où le médecin-chef Lars Søndergård avait prescrit des surdoses si monstrueuses et si contraires aux recommandations qu'il n'était plus autorisé à travailler comme psychiatre en raison de sa dangerosité<sup>1</sup>. Elle se rendit dans un autre hôpital, mais entre-temps, Søndergaard avait été autorisé à exercer à nouveau, sous étroite surveillance, et il se présenta à l'hôpital où elle se trouvait maintenant.

Lars Søndergaard a continué à pratiquer des surdoses monstrueuses sur ses patients. Son patron, Michael Schmidt, ne le supervisait pas, et c'est par pure chance que tous ses patients aient survécu à ces énormes surdosages, souvent avec plusieurs neuroleptiques en même temps. Les infirmières et ses collègues psychiatres étaient très inquiets de ce qu'ils voyaient et ils ont contacté Schmidt à ce sujet, mais rien ne s'est passé. Michael Schmidt a répondu que « beaucoup de patients que nous rencontrons aujourd'hui aux urgences sont très extravertis et extrêmement difficiles à traiter dans le cadre des directives actuelles. Il en sera toujours ainsi que le médecin / spécialiste puisse s'écarter des directives et des instructions en se

basant sur sa propre expérience et sur la condition du patient »<sup>2</sup>. Comme la culture du service était marquée par la peur et l'intimidation, les infirmières ont décidé d'impliquer leur syndicat.

Parmi les fautes professionnelles commises par Lars Søndergaard, on peut citer la suspension du traitement correct instauré par un autre médecin pour le délire alcoolique, qui est une condition très dangereuse, et la prescription de deux neuroleptiques, ce qui augmente sensiblement le risque de convulsions, d'arythmies cardiaques soudaines et de décès<sup>3</sup>. Un patient a reçu de la méthadone, qui peut provoquer des arythmies mortelles, c'est pourquoi le Conseil national de la santé recommande de ne pas suivre de traitement concomitant avec les neuroleptiques, mais ce patient s'est vu prescrire *trois* neuroleptiques simultanément, et a été renvoyé le jour même<sup>3</sup>.

La réponse de Michael Schmidt a été extrêmement arrogante<sup>4</sup>. Il ne pouvait reconnaître aucun des horribles exemples de surdosage que lui avait envoyés le journaliste.

Il a fallu quatre mois à l'Autorité de sécurité des patients pour réagir. Le verdict a été sévère<sup>5</sup>. Michael Schmidt a été placé sous une surveillance stricte et Lars Søndergård ne pouvait plus travailler comme psychiatre. Schmidt avait approuvé une proposition de Søndergård qui signifiait que les patients seraient énormément surdosés, et il n'avait pas été capable d'interpréter un article scientifique de manière professionnelle, mais il a conclu le contraire de ce que l'article disait sur le dosage. Schmidt n'avait pas informé l'Autorité des doses excessives alors qu'il avait le devoir de le faire, et que le personnel l'avait mis au courant à plusieurs reprises. Schmidt avait même écrit à l'Autorité que Søndergård « a une approche analytique pointue » et avait « amené le service à un niveau professionnel plus élevé », contrairement à l'avis de l'Autorité, qui était que Søndergård avait, dans plusieurs cas, exposé les patients à un grave danger.

Le directeur adjoint Søren Bredkjær, de la Direction de la psychiatrie de la région de Zélande, a immédiatement publié un communiqué de presse soulignant qu'ils avaient toujours pleinement confiance en Michael Schmidt et qu'il n'avait reçu qu'une “décision légère”.

Quant à la jeune psychiatre en formation qui avait dénoncé Schmidt à l'Autorité après avoir essayé pendant des mois de résoudre les problèmes

en les abordant avec lui, Schmidt l'avait qualifiée de "folle acharnée" devant ses collègues<sup>5</sup>.

Elle a fini par renoncer et s'adressa à Søren Bredkjær qu'elle encouragea à examiner les dossiers des patients concernés. Elle lui a montré une liste des patients qui avaient été admis un jour où elle était de service et lui a laissé voir ses notes personnelles. Elle lui a demandé d'enquêter sur l'affaire, mais rien ne s'est passé. Elle n'a alors pas vu d'autre option que d'alerter la presse.

Pour le journaliste, Søren Bredkjær tournait sans cesse autour du pot et il ne voulait pas s'excuser auprès des infirmières et des médecins qui avaient constamment mis en garde contre les problèmes mais qui avaient été ignorés, y compris par lui-même.

Tous les jeunes psychiatres qui sont venus me voir ont vraiment apprécié de travailler avec leurs patients. Je leur ai dit qu'ils étaient exactement le type de médecins dont les patients et la psychiatrie avaient besoin, et qu'ils ne devaient pas quitter la psychiatrie.

L'une d'entre elles a été sérieusement réprimandée par son patron lorsqu'elle a commencé à sevrer lentement les médicaments dont les patients n'avaient plus besoin, mais qu'il avait commencé à administrer en ambulatoire.

Un autre m'a écrit : « Pouvez-vous imaginer ce que c'est que de partager un café et un déjeuner avec ces gens jour après jour, pendant des semaines, des mois et des années ? Je suis obligé d'écouter les divagations folles des puristes des récepteurs synaptiques jusqu'à ce que je ne puisse plus les supporter et que je leur demande leurs références scientifiques pour leurs affirmations, et cela ne fait que les mettre en colère. Je suis forcé d'écouter ceux qui veulent toujours parler d'un psychiatre qui les agace parce qu'il est mauvais pour faire des diagnostics corrects jusqu'à ce que je leur demande comment ils savent que leur marque particulière de diagnostic est la bonne, ce qui les met en colère. Le pire, c'est que je dois écouter les psychiatres qui s'intéressent à leur style de vie et qui parlent de leurs derniers appartements, voitures et voyages, et ils se mettent en colère contre moi si je mentionne la psychiatrie. Ce que j'ai appris de ces personnes, et c'est douloureux, c'est que la plupart d'entre elles ne sont pas

du tout intéressées par la lecture des articles sur les essais cliniques dont nous disposons. Au lieu de cela, ils se contentent de suivre leur chef. »

Comme indiqué au chapitre 2, la cinéaste danoise Anahi Testa Pedersen a reçu le diagnostic de schizotypie lorsqu'elle a été stressée par un divorce difficile. Elle a plaisanté sur ce diagnostic dans son film, et comme je n'avais aucune idée de ce que cette chose étrange était censée être, j'ai cherché sur Internet et j'ai trouvé un test pour le trouble de la personnalité schizotypique<sup>6</sup>. Il est défini de diverses manières dans différentes sources mais le test reflète assez bien la façon dont cette chose est décrite sur le site web de la Clinique Mayo<sup>7</sup>, et comme ils disent que les symptômes sont publiés par le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association américaine de psychiatrie<sup>6</sup>, j'ai continué. Il y avait neuf questions et vous deviez répondre par vrai ou faux, ou par oui ou non, à chacune d'entre elles.

1 : « Interprétations incorrectes des événements, comme le sentiment que quelque chose qui est en fait anodin ou inoffensif a une signification personnelle directe. » C'est une question très vague, et beaucoup de personnes interprètent mal les événements, en particulier les psychiatres, ou les prennent personnellement.

2 : « Croyances bizarres ou pensées magiques incompatibles avec les normes culturelles. » C'est une question intéressante. Lorsqu'un jeune psychiatre est en désaccord avec les “normes culturelles” étranges du département sur le traitement préventif de la schizotypie, est-il alors anormal ? Et qu'en est-il des monstrueuses surdoses de Lars Søndergård, qui étaient une “norme culturelle”, comme l'a accepté son patron ? Il semble que les personnes normales du personnel qui ont protesté doivent être considérées comme anormales selon la question 2.

3 : « Perceptions inhabituelles, y compris les illusions. » J'ai démontré dans ce livre et dans des livres précédents que la plupart des psychiatres devraient répondre oui à cette question. Il suffit de penser à l'illusion appelée “déséquilibre chimique”.

4 : « Des modes de pensée et de discours étranges. » Il est certain que la plupart des psychiatres font preuve d'une pensée étrange, en maintenant le mensonge sur le déséquilibre chimique et bien d'autres mensonges, et en niant totalement ce que les autres personnes voient clairement, y compris

leurs propres patients, par exemple que les médicaments psychiatriques font plus de mal que de bien.

5 : « Pensées suspectes ou paranoïaques, telles que la croyance que quelqu'un est à vos trousses. » Si vous êtes détenu dans un service psychiatrique, une telle réaction est tout à fait normale et compréhensible. Le personnel est certainement là pour vous “attraper”, c'est-à-dire pour vous traiter par l'usage de la force avec des neuroleptiques contre votre volonté. Lorsque les responsables des services psychiatriques utilisent des termes tels que “antipsychiatrie” et “conspiration” à propos de leurs opposants, peut-on alors considérer qu'il s'agit d'un “oui” à la question 5 ?

6 : « Émotions plates, semblant distantes et isolées. » C'est ce que les médicaments psychiatriques font aux personnes, donc s'ils n'étaient pas anormaux au départ, les psychiatres s'assureront qu'ils le deviennent.

7 : « Comportement ou apparence bizarre, excentrique ou particulier. » Comme indiqué au chapitre 2, une définition de la folie est de faire toujours la même chose encore et encore en attendant un résultat différent, ce que les psychiatres font tout le temps. J'appellerais cela un comportement étrange, excentrique et particulier.

8 : « Absence d'amis proches ou de personnes de confiance autres que des parents. » C'est ce que font les médicaments psychiatriques, en particulier les neuroleptiques ; ils isolent les personnes et peuvent en faire des zombies.

9 : « Anxiété sociale excessive qui ne diminue pas avec la familiarité. » Si vous êtes détenu dans un service psychiatrique, une telle réaction est tout à fait normale et compréhensible.

Il y a une erreur d'orthographe amusante sur le site web<sup>6</sup>. On peut y lire : « Notre test calculera vos points de manière claire et précise et donnera un *impuissant* conseil. » Je suis d'accord sur le fait que le test est impuissant. Il est inutile et fallacieux. De nombreux psychiatres, peut-être même la plupart, feraient un test positif. Peut-être devraient-ils essayer un neuroleptique préventif pour leur schizotypie ?

Ce qui est moins amusant, c'est que le test fournit une preuve circulaire pour les patients qui, même s'ils sont normaux, pourraient être testés positifs alors qu'ils ont été traités de façon inhumaine par des psychiatres, y compris en étant médiqués de force avec des neuroleptiques.

## **Un débat lors de la réunion annuelle des jeunes psychiatres suédois**

En novembre 2016, j'ai donné une conférence à Stockholm et j'ai rencontré Joakim Börjesson, un psychiatre en formation qui voulait faire de la recherche avec moi. Il a été très impressionné pendant ses études de médecine lorsqu'un psychiatre a dit aux étudiants que les psychiatres en savaient tellement sur le cerveau et les médicaments qu'ils pouvaient utiliser des produits spécifiquement destinés à travailler sur l'origine biologique d'un trouble, le dit déséquilibre chimique. Il a trouvé cela si fascinant qu'il en a décidé de devenir psychiatre.

Plus tard, lorsque Joakim a travaillé dans le service de ce psychiatre, on lui a demandé de produire de faux rapports qui apporteraient des avantages sociaux aux compatriotes de ce psychiatre (il n'était pas originaire de Suède). Joakim Börjesson était dans une situation difficile, car ce psychiatre était celui qui devait approuver son stage dans le service pour sa formation, mais il a trouvé un moyen de contourner cette situation en évitant de commettre des fraudes sociales.

Après avoir lu des livres de Robert Whitaker et de moi-même, Joakim Börjesson s'est rendu compte qu'il avait été totalement dupé et il a envisagé de quitter la psychiatrie. Il ne l'a pas fait et est venu me voir pendant trois mois à Copenhague où nous avons travaillé sur une étude systématique de l'effet du lithium sur le suicide et la mortalité totale<sup>8</sup>.

En janvier 2018, Joakim Börjesson a organisé une session à Göteborg pendant la conférence annuelle pour 150 psychiatres suédois en formation où j'ai débattu avec le pharmacologue clinicien et professeur Elias Eriksson.

Nos discussions respectives étaient : « Les ISRS ont un effet favorable et des effets secondaires légers » et « Pourquoi les ISRS et les antidépresseurs similaires ne devraient pas être utilisés pour la dépression » dans cet ordre. Joakim Börjesson avait investi beaucoup de diplomatie pour faire en sorte que cela soit organisé, tant en interne que lorsqu'il s'agissait de traiter avec Eriksson, qui a la réputation d'attaquer ses adversaires de manière brutale.

Il y a eu d'autres problèmes. Au cours de la discussion, j'ai mentionné qu'Elias Eriksson avait conclu un accord secret avec Lundbeck (qui vend

trois ISRS différents) contre les règles de son université, ce qui signifiait que Lundbeck pouvait empêcher la publication de ses recherches si les résultats ne leur plaisaient pas<sup>9,10</sup>. J'ai dit cela parce qu'Elias Eriksson "oublie" régulièrement de déclarer ses conflits d'intérêts<sup>10</sup>, mais j'ai été immédiatement interpellé par le président. Plus tard, l'*Ombudsman* « médiateur » a critiqué l'université pour avoir dissimulé l'affaire<sup>11</sup>. Elias Eriksson a déclaré qu'il ne pouvait pas remettre la correspondance avec Lundbeck à un journaliste parce qu'elle avait eu lieu sur un serveur de Lundbeck, un arrangement pour le moins inhabituel, pour ne pas en dire plus, et il a menti sur le contenu de la demande de liberté d'accès à l'information<sup>9,10</sup>.

Les règles du débat prévoyaient que chacun d'entre nous pourrait choisir cinq articles, qui seraient les seuls dont nous aurions le droit de discuter. Eriksson a enfreint les règles en me demandant soudainement des détails minutieux d'une méta-analyse que j'avais publiée et qui montrait que la psychothérapie réduisait de moitié le nombre de tentatives de suicide<sup>12</sup>. Heureusement, je me suis souvenu des détails et j'ai répondu. Eriksson n'a pas seulement enfreint les règles, la méta-analyse était aussi totalement hors de propos pour le débat, qui portait sur les ISRS. Il est évident qu'Eriksson a utilisé de sales tours dans ses tentatives pour convaincre le public qu'on ne pouvait pas me faire confiance. Joakim Börjesson m'a écrit trois semaines avant la réunion pour me dire que :

« Elias Eriksson a mis votre livre sur la psychiatrie dans sa liste d'articles. Lorsque j'ai parlé à Elias Eriksson par téléphone et que je lui ai demandé pourquoi il l'avait placé là (je lui ai dit qu'il n'aurait pas pu trouver de preuves du bénéfice des ISRS dans ce livre), il m'a dit qu'il avait l'intention de "révéler que Peter Gøtzsche est un charlatan" pendant sa conférence. Nous en avons ensuite discuté pendant environ une heure et j'ai essayé en vain de le convaincre de respecter les règles du débat. »

Elias Eriksson a affirmé dans son résumé pour la réunion qu'il n'y avait aucune raison de croire que les effets secondaires des pilules fussent irréversibles et aussi qu'elles ne créaient pas de dépendance. Il a estimé que la critique des pilules était « idéologiquement fondée » et que leur utilisation, selon les critiques, était le résultat d'une conspiration mondiale qui incluait des psychiatres, des chercheurs, des autorités et des compagnies pharmaceutiques. Cinq mois plus tôt, lorsque j'ai débattu avec

Eriksson à la radio suédoise, il a déclaré que les pilules aidaient considérablement et pouvaient prévenir le suicide dans de nombreux cas<sup>15</sup>.

Après la réunion, un psychiatre m'a écrit : on ne peut pas convaincre les personnes croyantes qu'il n'y existe pas de preuve de l'existence des dieux mais on peut leur faire perdre confiance en leur prêtre si on peut prouver qu'il a utilisé les dons de l'église pour acheter de la cocaïne dans un bar gay. Il a en outre écrit : « Elias Eriksson est un simple lobbyiste qui a fait fortune en jouant à des jeux politiques plutôt qu'en faisant des recherches honnêtes et il le sait lui-même. C'est pourquoi il peut mentir sur des choses qu'il sait très bien être fausses, comme l'existence de preuves solides que les antidépresseurs fonctionneraient. »

On m'a également dit que beaucoup de psychiatres n'avaient pas compris mes explications sur le fait que les pilules de dépression provoquent le suicide. Cela illustre la dissonance cognitive très répandue parmi les psychiatres. Lorsque je présente les mêmes diapositives à un public profane, ils les comprennent toujours. Les psychiatres NE VEULENT PAS comprendre ce que je leur dis, car c'est trop douloureux pour eux.

En 2013, lorsque Robert Whitaker a été invité à prendre la parole lors d'une réunion à Malmö organisée par des pédopsychiatres, d'autres psychiatres sont intervenus et ont pris le contrôle de la réunion. Ils ont dit que Bob ne devait parler que de la théorie de la supersensibilité à la dopamine et ne présenter aucune donnée sur les résultats à long terme. Bien qu'il s'agisse clairement d'un arrangement, Bob l'a accepté. A son arrivée, on lui a dit qu'Eriksson serait son "adversaire", et il a passé son temps à dénoncer Robert Whitaker d'une manière incroyablement malhonnête. Selon les propres termes de Robert Whitaker : « Toute cette affaire était un coup monté dégoûtant qui se distingue par sa malhonnêteté totale, du début à la fin. » Elias Eriksson a déclaré qu'il considérait Robert Whitaker comme « un charlatan qui torture les patients. »

J'avais prévu de venir, mais Eriksson avait déclaré qu'il ne participerait pas si je me présentais !

Il est étrange de voir comment les apologistes de la psychiatrie traitent constamment leurs adversaires de charlatans ou pire encore et qu'ils utilisent à chaque fois des arguments d'homme de paille. Aucun d'entre nous n'a jamais postulé quoi que ce soit sur une "conspiration" ni utilisé ce mot, mais en agissant de la sorte, les apologistes s'associent à un passé

récent déplorable. La propagande nazie a constamment parlé d'une conspiration juive mondiale inexistante.

## **Les Autorités nationales de santé ne réagissent pas aux suicides d'enfants**

En 2018-19, j'ai alerté les Conseils de santé des pays nordiques, de la Nouvelle-Zélande, de l'Australie et du Royaume-Uni sur le fait que deux interventions simples, le rappel du Conseil de santé danois aux médecins généralistes et mes mises en garde constantes à la radio et à la télévision, ainsi que dans des articles, des livres et des conférences, avaient permis de réduire de près de moitié l'utilisation des pilules de dépression chez les enfants au Danemark, de 2010 à 2016, alors qu'elle avait augmenté dans d'autres pays nordiques<sup>14</sup>.

J'ai noté que c'était une question importante parce que les pilules contre la dépression doublent le risque de suicide par rapport au placebo dans les essais randomisés et parce que d'éminents professeurs de psychiatrie continuent de désinformer les gens en leur disant que les pilules *protègent* les enfants contre le suicide. J'ai donc exhorté les Conseils à agir : « La conséquence du déni collectif et professionnel est que les enfants et les adultes se suicident à cause des pilules qu'ils prennent en croyant à tort qu'elles les aideront. »

Je n'ai reçu aucune réponse, des réponses tardives, ou des réponses insignifiantes qui m'ont paru être du baratin, ce que le philosophe Harry Frankfurt considère comme presque un mensonge<sup>15</sup>. Au bout de cinq mois, le ministère finlandais des affaires sociales et de la santé a réagi par le charabia typique que les fonctionnaires utilisent lorsqu'ils font l'éloge d'un système qui ne fonctionne manifestement pas, mais qu'ils refusent de le reconnaître et de prendre des mesures : « L'augmentation des pensées suicidaires a été liée aux ISRS dans certaines études. » C'est terriblement trompeur. Si l'on considère l'ensemble des études, il est clair que les pilules de dépression augmentent tout, les pensées suicidaires, les comportements, les tentatives et les suicides, même chez les adultes (voir chapitre 2).

Au bout de six mois, l'Agence suédoise des médicaments a répondu. Tout dans cette réponse était à propos des processus, et on m'a dit que l'agence avait émis des recommandations de traitement en 2016. Je me suis

renseigné<sup>16</sup>. *En ce qui concerne les effets secondaires, il n'y avait absolument rien sur le suicide. Pas un seul mot.* Plus bas dans le document, il est mentionné que les pilules de dépression augmentent légèrement le risque de suicidalité, mais on nous dit aussi qu'elles n'augmentent pas le risque de suicide et qu'il y a des preuves que le risque en est réduit. Ces informations contrastent avec le texte de la notice suédoise de la fluoxétine, qui mentionne que « le comportement suicidaire (tentative de suicide et pensées suicidaires), l'hostilité, la manie et les saignements nasaux ont également été signalés comme des effets secondaires courants chez les enfants. » Certains des soi-disant experts auxquels l'agence avait fait appel, par exemple Håkan Jarbin, avaient des liens financiers avec des fabricants de pilules de dépression, mais rien de tout cela n'était déclaré dans le rapport.

Au bout de six mois, en juin 2019, le Directeur islandais de la santé a répondu qu'on avait demandé l'avis d'un expert, mais je n'ai plus eu de ses nouvelles.

En 2020, j'ai de nouveau écrit aux Conseils de santé, cette fois-ci en joignant mon article décrivant leur inaction<sup>14</sup>. Le Directeur islandais de la santé m'a répondu qu'ils avaient demandé aux psychiatres en charge de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de donner leur avis neuf mois plus tôt, mais qu'ils n'avaient pas répondu malgré un rappel, et avaient dit quelques jours plus tôt qu'ils n'avaient tout simplement pas le temps. J'ai répondu : « Ils devraient avoir honte. Les enfants se suicident à cause des pilules et ils n'ont pas le temps de s'en préoccuper. Quel genre de personnes sont-ils ? Pourquoi sont-ils devenus psychiatres ? Quelle tragédie pour les enfants qu'ils sont supposés aider. »

J'en ai informé Robert Whitaker, qui m'a répondu qu'il avait toujours dit que l'inaction du corps médical concernant la prescription de médicaments psychiatriques aux enfants et aux adolescents était une forme de maltraitance et de négligence envers les enfants, et une trahison institutionnelle.

Je n'ai reçu aucune réponse de l'Australie ou du Royaume-Uni. Une lettre non datée du Ministère de la santé de Nouvelle-Zélande indiquait que l'Organisme de régulation des médicaments n'avait pas approuvé l'utilisation de la fluoxétine pour les personnes de moins de 18 ans. Toutefois, l'absence d'approbation des pilules de dépression chez les enfants ne constitue pas un obstacle à leur utilisation, qui a augmenté de

78 % entre 2008 et 2016<sup>17</sup>, et un rapport de l'UNICEF datant de 2017 a montré que la Nouvelle-Zélande a le taux de suicide le plus élevé au monde chez les adolescents de 15 à 19 ans, soit deux fois plus qu'en Suède et quatre fois plus qu'au Danemark<sup>18</sup>. Lorsque j'ai rendu visite à John Crawshaw, directeur de la santé mentale, psychiatre en chef et conseiller principal du ministre de la santé, en février 2018, je lui ai demandé de rendre illégale l'utilisation de ces médicaments chez les enfants afin de prévenir certains des nombreux suicides. Il m'a répondu que certains enfants étaient si gravement déprimés qu'il fallait essayer les pilules de dépression. Lorsque je lui ai demandé quel était l'argument pour pousser certains des enfants les plus déprimés au suicide avec des pilules qui ne marchaient pas pour leur dépression, Crawshaw est devenu mal à l'aise et la réunion s'est terminée peu après.

Les soi-disant experts de la prévention du suicide semblent être très partiaux en faveur de la consommation des médicaments et dans leur façon de sélectionner les études ; ils choisissent celles qu'il leur plaît de citer et appellent pourtant un tel travail une revue systématique<sup>19</sup>. Les stratégies de prévention du suicide semblent toujours incorporer l'utilisation des pilules de dépression<sup>19</sup>, même si celles-ci augmentent le nombre de suicides, comme cela a été le cas dans un programme de prévention du suicide pour les vétérans de guerre américains<sup>20</sup>.

Le titre d'un des chapitres de mon livre sur le crime organisé dans l'industrie du médicament est : « Pousser les enfants au suicide avec des pilules du bonheur »<sup>21</sup>. Peut-on faire pire que cela dans le domaine des soins de santé, en disant aux enfants et à leurs parents que les pilules sont utiles lorsqu'elles ne fonctionnent pas et en poussant certains enfants au suicide ?

## **Censure dans les revues médicales et les médias**

Il est très difficile de faire publier dans un journal psychiatrique quelque chose que la corporation des psychiatres perçoit comme une menace vis-à-vis de leurs conceptions erronées. Les rédacteurs des publications sont souvent payés par l'industrie pharmaceutique et leurs propriétaires ont souvent des relations trop étroites avec l'industrie pharmaceutique, qui peut les menacer de leur retirer son patronage si les publications ne favorisent

pas ses efforts de marketing. En 2004, lorsque le *BMJ* a consacré tout un numéro aux conflits d'intérêts et a publié une page de couverture montrant des médecins déguisés en porcs s'empiffrant lors d'un banquet avec les vendeurs de médicaments comme lézards, l'industrie du médicament a menacé de retirer sa publicité. La publication *Annals of Internal Medicine* « Annales de Médecine Interne » a perdu environ 1 à 1,5 million de dollars de recettes publicitaires après avoir publié une étude qui critiquait les publicités de l'industrie<sup>21</sup>.

Lorsque Robert Whitaker a donné une conférence lors du symposium inaugural de mon nouvel Institut pour la liberté scientifique en 2019, « La censure scientifique en psychiatrie », il a présenté deux sujets d'une grande importance pour la santé publique : « Les antidépresseurs aggravent-ils les résultats de long-terme ? » et « Que savons-nous de la dysfonction sexuelle après traitement ISRS ? » Bob a fait remarquer qu'aucune des 13 et 14 études pivots sur ces sujets n'avait été publiée dans les cinq principales revues psychiatriques. Ces cinq revues ne semblent même pas avoir abordé ces sujets.

Le professeur de psychiatrie Giovanni Fava trouvait tellement désespérant de publier des résultats qu'il fondé sa propre revue, *Psychotherapy and Psychosomatics*, ce que ses pairs n'ont pas aimé.

La censure dans les médias grand public est énorme. Lorsque mon premier livre sur la psychiatrie est sorti en suédois, j'ai été invité à donner une conférence à Stockholm et j'ai été interviewé par des journalistes de deux grands journaux. Ils étaient très intéressés, mais comme rien n'a été publié, j'ai demandé pourquoi. Inger Atterstam de *Svenska Dagbladet* n'a pas répondu à mes courriels répétés, tandis qu'Amina Manzoor de *Dagens Nyheter* a répondu que son éditeur pensait qu'il serait trop dangereux d'expliquer aux citoyens suédois que les pilules de dépression sont dangereuses, car elles peuvent provoquer le suicide ! Heureusement, il y a eu une faille dans cette censure suédoise qui ne dort jamais, car un troisième journal national, *Aftonbladet*, m'a permis de publier un article qui a rempli toute la dernière page.

Mon livre sur l'industrie du crime organisé, que certains appellent l'industrie du médicament, bien qu'elle commette des crimes bien plus graves que toute autre industrie<sup>21,23</sup>, a été publié en espagnol en 2014. A cette occasion, j'ai été interviewé par un journaliste du journal numéro un

de Barcelone, *La Vanguardia*. L'interview était prévue pour remplir la dernière page, que les lecteurs trouvent plus attrayante que la première, mais elle n'a jamais été publiée, même si le journaliste était très enthousiaste à ce sujet. J'ai appris par la suite que des relations financières malsaines existaient entre ce journal et l'industrie pharmaceutique.

Il est aussi très difficile de faire passer des documentaires critiques à la télévision nationale, et si vous y parvenez, vous pouvez être certain que les meilleures parties en auront été supprimées, “afin de ne contrarier personne et de ne pas recevoir trop de plaintes des psychiatres, de l'industrie pharmaceutique ou du ministre”. Je sais que c'est le cas car je suis apparu dans de nombreux documentaires et j'ai parlé avec de nombreux cinéastes frustrés de ce type de censure. Même après que les cinéastes ont tué tous leurs plans chéris et que le restant ressemble à l'épisode 27 d'un inoffensif feuilleton britannique, il y aura une voix off disant au public que « beaucoup de gens sont aidés par les médicaments psychiatriques. » Vraiment ?

De même il peut être difficile de publier des livres très pertinents, comme l'illustre l'histoire suivante.

Silje Marie Strandberg est une jeune Norvégienne qui a été victime d'intimidation à l'école dès l'âge de 12 ans et elle a été admise dans un service psychiatrique à 16 ans<sup>24</sup>. Elle n'avait aucune idée précise par rapport à elle-même, mais les psychiatres ont diagnostiqué chez elle une dépression modérée et lui ont donné du Prozac (fluoxétine).

Ils ont doublé la dose au bout de trois semaines. Silje a commencé à se couper, sur le ventre et les bras. Elle est devenue agressive, a entendu une voix intérieure et a eu des pensées suicidaires. On lui a prescrit du Truxal (chlorprothixène), un neuroleptique, et seulement trois jours plus tard, elle a vu un homme avec une robe et une capuche noire qui lui a dit qu'elle allait mourir et lui a ordonné de se noyer dans une rivière. Elle s'est battue et a pleuré quand il lui a parlé ; elle a dit qu'elle ne voulait pas mourir, mais il était là tout le temps, lui disant qu'elle ne méritait pas de vivre. Elle est allée dans la rivière en pleurant qu'elle ne voulait pas le faire. Elle en est ressortie.

Cette personne n'avait jamais eu de tels symptômes avant d'être placée sous médicaments, ni après avoir cessé de les prendre.

La psychiatrie a volé dix ans de la vie de Silje, au cours desquels sa situation n'a fait qu'empirer, avec de graves problèmes d'automutilation et de nombreuses tentatives de suicide. Elle a été placée en ceintures de contention 195 fois, on lui a diagnostiqué un trouble schizo-affectif, elle a été placée en isolement et elle a reçu des électrochocs.

Après 7 ans de psychiatrie, elle a rencontré un soignant qui a vu la jeune femme derrière le diagnostic et qui s'est occupé d'elle. C'est grâce à cet effort humain que Silje est aujourd'hui en bonne santé.

En 2016, Silje Marie Strandberg et un cinéaste sont venus à Copenhague pour tourner un documentaire sur sa vie et ils voulaient me filmer. Silje avait un accord avec un éditeur de livres sur ce qu'elle considérait comme une *success-story* « un exemple de réussite » en psychiatrie. Elle voulait me poser quelques questions, notamment pour savoir si la dépression était due à un déséquilibre chimique et sur quoi portait la théorie de la sérotonine.

J'ai dit à Silje que son parcours était tout sauf une réussite et que la psychiatrie lui avait fait subir un grave préjudice. Elle a accepté mes explications, mais lorsque sa “carrière” en psychiatrie n'a plus été un succès mais un scandale, l'éditeur a refusé de publier son livre ! L'éditeur ne voulait pas qu'elle dise que les médicaments prescrits étaient la raison pour laquelle elle était tombée si malade pendant son séjour à l'hôpital psychiatrique.

Silje a été soignée par 95 médecins différents. Elle a reçu 21 médicaments psychiatriques différents : 5 pilules de dépression, 9 neuroleptiques, du lithium, 2 antiépileptiques et 4 sédatifs / hypnotiques. Il ne s'agit pas d'une médecine basée sur des preuves :

Nom commercial	Nom générique	Type de drogue
Fontex	fluoxétine	pilule contre la dépression
Cipramil	citalopram	pilule contre la dépression
Effexor	venlafaxine	pilule contre la dépression
Zoloft	sertraline	pilule contre la dépression
Tolvon	miansérine	pilule contre la dépression
Risperdal	rispéridone	neuroleptique
Leponex	clozapine	neuroleptique
Largactil	chlorpromazine	neuroleptique
Seroquel	quétiapine	neuroleptique

Zeldox	ziprasidone	neuroleptique
Abilify	aripiprazole	neuroleptique
Zyprexa	olanzapine	neuroleptique
Truxal	chlorprothixène	neuroleptique
Trilafon	perphénazine	neuroleptique
Lithium	lithium	“stabilisateur d'humeur”
Tegretol	carbamazépine	antiépileptique
Orfiril	valproate	antiépileptique
Alopam	oxazéпам	sédatif/hypnotique
Stesolid	diazéпам	sédatif/hypnotique
Imovane	zopiclone	sédatif/hypnotique
Stilnoct	zolpidem	sédatif/hypnotique
Vallergan	alimemazine	antihistaminique

Le documentaire est très bon, instructif et profondément émouvant<sup>24</sup>. Il peut être vu gratuitement. Son titre est *The happy pill : She survived 10 years of “torture” in psychiatry* « La pilule du bonheur : Elle a survécu à 10 ans de “torture” en psychiatrie ». Silje Marie Strandberg et l'aide-soignante qui l'a sauvée des griffes de la psychiatrie voyagent dans le monde entier et donnent des conférences à l'occasion de la projection du film.

Voici un autre compte-rendu de la censure, qui a impliqué le fabricant de médicament danois Lundbeck, vendeur de plusieurs pilules de dépression et de neuroleptiques<sup>25</sup>.

Le Festival du film documentaire de Copenhague, CPH:DOC, le plus important au monde, a montré un film norvégien très émouvant, *Cause of death : unknown* « Cause de la mort : inconnue », en 2017<sup>26</sup>. L'expression est une façon alternative de déguiser les meurtres en psychiatrie avec des neuroleptiques, l'autre étant la “mort naturelle”.

Le film a été présenté en première mondiale à Copenhague. Il s'agit de la sœur de la cinéaste qui est morte très jeune après que son psychiatre lui ait prescrit une surdose d'olanzapine (Zyprexa), ce qui l'a transformée en zombie, comme le montre clairement le film. Son psychiatre était si ignorant qu'il ne savait même pas que l'olanzapine pouvait provoquer une mort subite. Je suis apparu dans le film et la réalisatrice, Anniken Hoel, a demandé aux organisateurs de me mettre dans le groupe de discussion.

Mon nom était le seul qui figurait dans l'annonce : « Médecine ou manipulation ? Film et débat sur l'industrie des médicaments psychiatriques avec Peter Gøtzsche. »

Sept jours avant la projection du film, j'ai été exclu du panel sous prétexte que les organisateurs ne pouvaient pas trouver de psychiatre disposé à débattre avec moi. Il s'est avéré que la Fondation Lundbeck avait accordé une importante subvention au festival. Cela ressemble à un fonds indépendant, mais ce n'en est pas un. Son objectif est de soutenir les activités commerciales de Lundbeck. CPH:DOC ne m'a jamais contacté à ce sujet, même si j'aurais pu nommer plusieurs psychiatres disposés à débattre avec moi.

Le panel comprenait Nikolai Brun, chef de cabinet, nouvellement employé par l'Agence danoise des médicaments après une longue carrière dans l'industrie du médicament, et la psychiatre Maj Vinberg qui avait des conflits d'intérêts financiers en rapport avec ? Oui, bien sûr : Lundbeck (et AstraZeneca). Elle est très positive à l'égard des médicaments psychiatriques et a publié des absurdités complètes sur l'hérédité de la dépression et son observation sur les scanners cérébraux.

Plus tôt cette année-là, j'avais répondu à des déclarations qu'elle avait faites dans un magazine jetable danois financé par l'industrie, où elle avait qualifié la méta-analyse la plus approfondie jamais réalisée sur les pilules de dépression<sup>27</sup> de « campagne de dénigrement contre les médicaments antidépresseurs ... discussions populistes douteuses ... gymnastique de fauteuil ... effectuée par un groupe de médecins, de statisticiens et d'étudiants en médecine sans connaissance particulière de la psychiatrie et, par conséquent, des troubles dépressifs » (ce qui n'était pas vrai). Cette méta-analyse nous a appris que les pilules de dépression ne fonctionnent pas et sont nocives.

J'ai répondu aux divagations de Vinberg dans le même magazine<sup>28</sup> en expliquant que j'avais publié l'article *The meeting was sponsored by merchants of death* « La réunion était parrainée par des marchands de mort »<sup>29</sup>, dont AstraZeneca, l'un des bienfaiteurs de Maj Vinberg.

Le débat d'experts était une farce totale. Après 25 minutes ennuyeuses, hormis les contributions du cinéaste, il ne restait plus que cinq minutes. Un ancien patient a interrompu Nikolai Brun, qui avait parlé sans fin, en criant : « Des questions ! » De nombreuses personnes dans le public

avaient perdu des proches, tués par les médicaments psychiatriques, et encoléraient de plus en plus car les panélistes ne discutaient qu'entre eux et ne voulaient pas impliquer le public. Il n'y avait de temps que pour trois questions.

Une femme a demandé pourquoi les neuroleptiques n'avaient pas été retirés du marché, car ils tuaient des gens. Brun a répondu qu'il n'était pas un expert en matière de médicaments psychiatriques et s'est ensuite lancé dans une autre discussion sans fin, sur les médicaments contre le cancer.

J'ai crié : « Questions du public ! » Un jeune homme a dit qu'il avait essayé à plusieurs reprises d'arrêter ses pilules de dépression sans succès et sans aucune aide des médecins. Anders Sørensen l'a ensuite aidé à se sevrer.

La dernière question a été posée par la cinéaste danoise Anahi Testa Pedersen, qui avait réalisé un film sur moi et sur ses propres expériences en tant que patiente psychiatrique, dont la première mondiale a eu lieu dans le même cinéma sept mois plus tard<sup>30</sup>. Anahi a demandé pourquoi j'avais été retiré du panel, car j'aurais pu apporter une bonne contribution. Un porte-parole du festival a répondu qu'ils avaient demandé à “beaucoup de gens”, mais que personne ne voulait débattre avec moi. Anahi l'a interrompu et a nommé un psychiatre qui aurait aimé venir. Le porte-parole n'a pas répondu mais a dit que puisque le film était critique, il n'y avait pas besoin de moi ; ils avaient besoin de quelqu'un pour débattre des messages du film.

Au milieu de ces excuses interminables, quelqu'un dans le public a crié : « Il n'y a pas de débat ! » Le porte-parole a répondu qu'ils m'inviteraient pour le “débat de demain”, ce que je n'ai pas accepté parce que j'avais été exclu de la première mondiale du film.

Quelques secondes avant que le temps imparti ne soit écoulé, je me suis levé et j'ai crié (parce que je doutais que j'aurais le micro) : « Je suis vraiment là. Je discute avec des psychiatres du monde entier, mais je n'ai pas le droit de le faire dans ma ville natale. » Il y a eu de grands rires et des applaudissements, mais le public était en colère. C'était profondément insultant pour eux de montrer un film sur une jeune femme tuée par une surdose de Zyprexa sans permettre à ceux qui avaient perdu un membre de leur famille de la même manière de dire quoi que ce soit. C'était une façon de les congédier brutalement et une prosternation totale face à Lundbeck.

Anahi Testa Pedersen a parlé de l'affaire dans un magazine de journalistes<sup>31</sup>. Elle a souligné qu'avant mon renvoi, les organisateurs avaient annoncé que l'accent serait mis sur la surconsommation de médicaments psychiatriques et sur la question de savoir si les médicaments étaient le meilleur traitement des troubles psychiatriques. Après mon renvoi, l'accent a été mis sur les relations entre les médecins, les patients et l'industrie, ce qui ne pouvait pas être une raison pour me renvoyer, puisque c'était le sujet de mon livre primé à partir de 2013 et qui a été publié en 16 langues<sup>21</sup>.

CPH:DOX écrit sur son site web : « Nous avons une longue expérience des accords de parrainage qui s'adressent à la fois aux entreprises individuelles et au festival. Toutes les collaborations sont créées dans le cadre d'un dialogue étroit avec ces entreprises individuelles et sont basées sur des visions, des défis et des opportunités communes »<sup>31</sup>.

En réponse à l'article d'Anahi Testa Pedersen, Maj Vinberg a écrit qu'il était dommage qu'un débat, supposé porter sur l'amélioration du traitement futur des personnes souffrant d'un trouble mental grave sous forme de schizophrénie, se termine par un débat plutôt quelconque sur les individus (moi)<sup>31</sup>. Sa déclaration n'était pas en accord avec ses réponses évasives lors du débat.

Un autre exemple de censure concerne la télévision publique danoise. Le réalisateur indépendant de documentaires Janus Bang et son équipe m'avaient suivi dans le monde entier pendant quatre ans, car ils voulaient que je joue un rôle central dans leurs documentaires présentant combien la psychiatrie pouvait être horrible et mortelle. Janus Bang s'est heurté à un barrage si énorme qu'il a dû faire de nombreux compromis pour faire passer quoi que ce soit à la télévision. Il a réussi à présenter trois émissions intéressantes en 2019, *The dilemma of psychiatry* « Le dilemme de la psychiatrie », mais le débat public qu'il souhaitait tant pour faire introduire des réformes majeures était totalement absent. Il y avait des voix off totalement fausses et embarrassantes, se pliant à Lundbeck et aux psychiatres (les exportations de médicaments sont notre principale source de revenus). Et moi ? Je n'ai pas été autorisé à me présenter du tout.

Des journalistes m'ont dit que la raison pour laquelle la télévision publique danoise n'osait pas contester la psychiatrie ou Lundbeck aujourd'hui est due à deux émissions en avril 2013.

J'ai été interviewé pour la première émission, *Denmark on pills* « Le Danemark sous pilule », en trois parties, où le comédien et journaliste Anders Stjernholm informait les téléspectateurs sur la dépression et le TDAH. C'était l'introduction<sup>32</sup> :

« Dans le programme sur les antidépresseurs ... nous rencontrerons Anne à qui l'on a prescrit les pilules du bonheur dès l'âge de 15 ans et qui vit aujourd'hui avec des effets secondaires massifs. Et Jimmy à 53 ans, qui, après 4 ans de pilules du bonheur, a perdu sa libido. Il s'avère maintenant qu'il n'aurait pas dû prendre ces pilules du tout. Jimmy n'était pas déprimé mais souffrait de stress. Dans le programme sur les médicaments contre le TDAH, Anders Stjernholm interroge la manière dont le diagnostic est établi. Il rencontre le garçon Mikkel, qui a été diagnostiqué avec un TDAH par un psychiatre qui ne l'avait jamais rencontré. »

Le message général était que les pilules du bonheur étaient dangereuses et trop souvent prescrites. Mais dès le lendemain, l'empire psychiatrique a contre-attaqué. Dans un magazine pour journalistes, le professeur de psychiatrie Poul Videbech a déclaré<sup>33</sup> : « C'est une campagne de peur qui peut coûter la vie aux personnes. Je connais plusieurs exemples de suicide après que des amis et des proches aient conseillé au patient d'abandonner ses médicaments antidépresseurs. Bien sûr, je ne peux pas dire avec certitude que c'était à cause des médias, mais aussi longtemps que cette possibilité existe, les médias devraient être très nuancés dans leur couverture de ce sujet. »

Videbech a comparé cela avec les journalistes qui réaliseraient des programmes conseillant aux patients diabétiques de laisser tomber leur insuline. Même si, dans le même temps, il nie farouchement croire au mensonge sur le déséquilibre chimique (voir chapitre 2). Cela ressemble à une dissonance cognitive.

Poul Videbech était en colère d'avoir été exclu du programme et s'en est plaint sur Facebook et à la télévision danoise : « Il est devenu évident qu'ils ne voulaient pas de véritables informations sur ces problèmes - ce dont les téléspectateurs pourraient vraiment bénéficier - mais qu'ils avaient plutôt choisi à l'avance des points de vue qu'ils cherchaient à confirmer. » Videbech a décrit comment le journaliste lui a posé à nouveau des questions en fonction de son propre agenda, selon lequel « les antidépresseurs ne fonctionnent pas » ; « s'ils fonctionnent, ils provoquent le

suicide » ; et « quand vous les arrêtez, ils provoquent d'horribles symptômes d'abstinence. »

Poul Videbech est considéré comme une figure de proue de la psychiatrie danoise en ce qui concerne la dépression et il est très souvent interviewé. Cela lui confère un statut d'oracle, qu'il utilise pour influencer l'agenda public et pour façonner ce que les gens pensent de la dépression et des pilules de dépression. Il n'a pas l'habitude d'être contredit ou court-circuité, ce qui le met en colère.

C'est moi qui ai documenté pour Stjernholm que les pilules de dépression ne fonctionnent pas, qu'elles augmentent le risque de suicide et que les patients peuvent avoir d'horribles symptômes de sevrage lorsqu'ils essaient de les arrêter.

L'article sur Videbech dans le magazine a fait l'objet de nombreux commentaires. L'un d'entre eux a noté que j'avais raison de dire que les médias avaient été peu critiques dans leur couverture des médicaments psychiatriques. Il a souligné que de nombreuses personnes avaient essayé de mettre en garde contre ces médicaments pendant de nombreuses années, mais elles avaient été réduites au silence ou renvoyées des positions d'où elles pouvaient atteindre la population.

Comme je l'ai déjà indiqué, cela m'est également arrivé, et j'ai écrit un livre à ce sujet<sup>33</sup>. Cela ne m'a pas affecté sur le plan économique puisque je suis bien loti, contrairement à tant d'autres qui ont été licenciés de façon injustifiée lorsqu'ils ont dit la vérité au pouvoir. J'aime mon travail de chercheur, de conférencier, d'écrivain et de consultant indépendant à plein temps, par exemple dans le cadre de procès contre des psychiatres ou des sociétés pharmaceutiques.

Un autre commentateur a trouvé incroyablement manipulateur ce que Poul Videbech a affirmé : que des personnes se soient suicidées après avoir arrêté leur médicament et que ceci soit comparable à des diabétiques ayant besoin d'insuline : « C'est un exemple typique de la rhétorique qui a infesté le débat sur les pilules de dépression pendant des années ... Est-il raisonnable de faire du mal à beaucoup de gens pour en aider quelques-uns ? »

L'un d'entre eux a trouvé intéressant de constater qu'il n'existait pratiquement pas de programmes de réduction progressive des médicaments en psychiatrie et qu'il appartenait uniquement au médecin de décider de ce qui

arriverait au patient. Elle a fait remarquer que les personnes finissaient souvent par prendre des médicaments à vie.

L'une d'entre elles a mentionné qu'elle faisait partie d'un groupe large et diversifié de personnes qui avaient mis en garde pendant des années contre l'usage non critique des médicaments et qui avaient consacré de leur temps à aider les victimes, soit parce qu'elles avaient perdu un être cher, soit parce qu'elles avaient vu la vie d'un proche détruite, soit parce qu'elles avaient essayé de le faire avec leur propre corps. « MAIS !! Chaque fois que nous ouvrons un débat sur ce sujet, on nous accuse de ne pas penser à ceux qui bénéficient des médicaments ; on nous oppose l'argument que vous [Videbech] utilisez aussi : que nous ne nous soucions pas des victimes de la bonne cause et que nos informations peuvent avoir des conséquences fatales ! Pour l'amour du ciel, comment pourrions-nous tirer un débat nuancé de ceci ??? ... Presque tous les jours, nous sommes contactés par des personnes qui sont poussées à prendre des antidépresseurs pour toutes sortes d'indications, et également par des médecins spécialistes. Il faut donc faire quelque chose de radical pour qu'il n'y ait plus de victimes. »

Un autre se demande pourquoi la psychiatrie ne nous parle pas des suicides et des tentatives de suicide que les médicaments provoquent. « Parce que cela est écarté comme n'ayant pas lieu. Pourtant, cela figure sur la liste des effets secondaires dans la notice du médicament que j'ai reçu. ET j'ai ressenti l'impulsion sur mon propre corps. MAIS on m'a dit que c'était ma dépression qui était le déclencheur de mes pensées et projets suicidaires. Ce qui est étrange, c'est que l'impulsion est venue peu de temps après que j'aie commencé à prendre le médicament... Mais la conclusion du médecin et des autres personnes concernées a été que ma dose devait être augmentée, ce que j'ai heureusement refusé ; et j'ai décidé de me sevrer progressivement du médicament par moi-même. Le fait que les gens changent totalement de personnalité - ils deviennent agressifs et tête brûlée, paranoïdes, etc. - cela aussi est ignoré. »

Seulement quatre jours plus tard, le journaliste Poul Erik Heilbuth montrait son magnifique documentaire de 70 minutes, *The dark shadow of the pill* « L'ombre ténébreuse de la pilule », qui avait déjà été diffusé au niveau international<sup>35</sup>. Ses recherches sont excellentes et il a documenté en détail

comment Eli Lilly, GlaxoSmithKline et Pfizer ont dissimulé le fait que leurs pilules de dépression poussent certaines personnes à se suicider ou à commettre des meurtres, ou que des personnes tout à fait normales et paisibles commencent soudainement une série de vols avec violences dans les magasins et les stations d'essence, des actes qu'elles sont incapables d'expliquer par la suite et dont elles sont consternées. Les médicaments avaient totalement changé leur personnalité.

A propos de la théorie du déséquilibre chimique, la documentation de référence (qui n'est plus disponible) disait : *Il y a très peu d'experts qui maintiennent cette théorie aujourd'hui. Le professeur Tim Kendall - le chef de l'organisme gouvernemental qui conseille tous les médecins anglais - qualifie cette théorie d'inepties et d'absurdités. Le professeur Bruno Müller-Oerlinghausen, qui dirige depuis dix ans la Commission allemande des médicaments, qualifie cette théorie d'insanité et de simplification déraisonnable. Les deux professeurs affirment que la théorie a fonctionné comme une pure stratégie de marketing pour les compagnies pharmaceutiques parce qu'elles pouvaient vendre aux gens le sentiment que leur dépression avait quelque chose à voir avec un déséquilibre chimique - et que prendre une pilule pouvait aider à corriger ce déséquilibre. Les Danois qui visitent le site officiel de la santé danoise (rédigé par des professeurs de psychiatrie danois) y verront l'essentiel de la théorie : Les antidépresseurs affectent la quantité de neuromédiateurs chimiques dans le cerveau et neutralisent le déséquilibre chimique que l'on trouve dans la dépression.*

Poul Erik Heilbuth avait dans son film le lanceur d'alerte Blair Hamrick, un commercial américain de GlaxoSmithKline qui a dit que leur slogan pour la paroxétine était : *the happy, horny and skinny drug* « le médicament du bonheur, de l'excitation sexuelle et de la minceur ». Ils ont dit aux médecins que cela vous rendrait plus heureux, que vous perdriez du poids, que vous arrêteriez de fumer, que vous augmenteriez votre libido - tout le monde devrait prendre ce médicament. Hamrick a secrètement copié des documents, et GlaxoSmithKline a reçu une amende de 3 milliards de dollars en 2011 pour avoir versé des pots-de-vin à des médecins et pour la commercialisation illégale de plusieurs médicaments, y compris aux enfants<sup>21</sup>.

L'éditorial d'un des journaux nationaux danois, Politiken, a condamné le documentaire d'une manière inhabituellement hostile, et Poul Erik Heilbuth a répondu<sup>36</sup>. Politiken a qualifié son documentaire « d'immensément manipulateur », de « sensationnalisme », « cherchant simplement à confirmer ou à vérifier la thèse que l'émission avait conçue comme prémisse », et ils ont qualifié Bruno Müller-Oerlinghausen de « penseur confus ».

Le “penseur confus” donne des conférences dans le monde entier, notamment lors d'un symposium organisé six mois plus tôt par le Groupe antidépresseur de l'université danoise. Il a été très clair et bien argumenté tout au long du film, et ce qu'il a dit était absolument correct.

David Healy est le professeur de psychiatrie qui a vu les documents les plus secrets dans les archives des compagnies pharmaceutiques, en tant qu'expert lors des procès, et il a également été l'une des principales sources du film.

Poul Erik Heilbuth a raconté l'histoire de plusieurs personnes qui s'étaient suicidées ou qui avaient tué d'autres personnes. Deux jours écoulés après la diffusion du documentaire, j'ai débattu avec le professeur de psychiatrie Lars Kessing en direct à la télévision dans *The Evening Show* à propos des suicides causés par les pilules de dépression. Des extraits de ce débat apparaissent dans le film d'Anahi Testa Pedersen<sup>30</sup>. Kessing a totalement démenti les avertissements de la science et des agences de médicaments, en disant que nous savions avec une grande certitude que les ISRS protégeaient contre le suicide. Il a ajouté que le risque de suicide est important lorsque les gens arrêtent les ISRS, mais il a omis de mentionner que c'est à cause des effets nocifs des pilules, car les patients subissent un syndrome de sevrage brutal.

Trois jours plus tard, j'étais à nouveau dans un débat télévisé avec Lars Kessing, cette fois sur la manière dont nous pourrions réduire la consommation de pilules de dépression. Kessing a affirmé qu'elles n'étaient pas dangereuses. Le directeur de la recherche de Lundbeck, Anders Gersel Pedersen, était également dans le studio et a déclaré que la chose la plus dangereuse était de ne pas traiter les patients, et il a affirmé que les patients ne devenaient pas dépendants mais faisaient une rechute de la maladie lorsqu'ils cessaient de prendre les pilules. Lars Kessing a affirmé que peut-être seulement 10 % des personnes qui consultent leur

médecin généraliste ne sont pas aidées par le médicament. C'est une phrase hardie pour des médicaments qui ne fonctionnent pas et pour lesquels des essais défectueux ont trouvé non pas un effet positif de 90 % mais seulement de 10 %. Lorsque l'interviewer a demandé à Lars Kessing comment réduire la consommation de pilules - quelle que soit son opinion sur l'ampleur de cette réduction - il n'a pas répondu à la question. Il a dit que nous savions avec certitude que l'incidence de la dépression modérée à sévère avait augmenté au cours des 50 dernières années. J'ai répondu que nous ne pouvions pas le dire parce que les critères de diagnostic de la dépression avaient été constamment abaissés durant cette période.

Selon mon expérience, lorsque les journalistes réagissent violemment et vont directement à l'encontre des preuves scientifiques et des avertissements des autorités, c'est pratiquement toujours parce qu'ils pensent que les pilules les ont aidés ou ont aidé un de leurs proches, ou encore parce qu'un de leurs proches travaille pour Lundbeck ou est psychiatre. J'ai été exposé à de nombreuses attaques au vitriol de ce type. Il est triste de voir des journalistes jeter par-dessus bord tout ce qu'ils ont appris à l'école de journalisme et exploser dans une cascade de rage et d'attaques *ad hominem*, mais cela peut arriver si vous dites la vérité sur les pilules de dépression. Vous attaquez une religion.

A titre d'exemple, une journaliste a triomphé dans sa manchette : « J'ai pris les pilules du bonheur, sans cela je serais morte. » Elle m'a traitée de personne porteuse de menaces de mort, délirante, mal équilibrée en elle-même et quelqu'un qui pourrait avoir besoin de voir un psychiatre, quelqu'un qui devrait avoir honte de soi et être privé de son titre de professeur. « Mon souhait est que quelqu'un puisse arrêter le professeur fou. » Elle a écrit cela dans un journal tabloïd, mais ils ne devraient pas publier de telles divagations.

Lors d'un débat radiophonique, le président national de *MIND*, Knud Kristensen, a fait valoir que certains de leurs patients avaient déclaré que les pilules de dépression leur avaient sauvé la vie. J'ai répondu que c'était un argument injuste car tous ceux que les pilules avaient tués ne pouvaient pas sortir de leur tombe pour dire que les pilules les avaient tués.

Je terminerai par le pire. Je n'avais jamais vu une institution admettre volontiers qu'elle éduque les journalistes à écrire des articles erronés, en répétant sans critique le narratif gravement trompeur créé par l'industrie pharmaceutique et les psychiatres corrompus au grand détriment de nos patients et de nos sociétés<sup>21,38</sup>. Mais c'était là, en 2020, dans un pays qui faisait déjà un commerce abondant de fausses nouvelles.

Le Guide du journalisme sur la santé mentale du Centre Carter est le premier du genre aux États-Unis<sup>39</sup>. Les journalistes sont invités à écrire que les troubles du comportement sont courants et que la recherche sur les causes et les traitements de ces troubles a conduit à des découvertes importantes au cours de la dernière décennie. Ils doivent informer le public que les efforts de prévention et d'intervention sont efficaces et utiles. Il s'agit bien sûr des médicaments, et c'est le même message que l'Association psychiatrique américaine promeut depuis plus de 40 ans.

Tout cela est tout simplement faux. Mais cela continue : Selon le guide, les journalistes doivent spécifier précisément ce que dit le professionnel sur ce qui ne va pas chez un patient et utiliser cette information pour caractériser l'état mental de la personne. Les journalistes ne sont pas encouragés à demander aux personnes ainsi diagnostiquées comment elles se perçoivent elles-mêmes, ni si elles acceptent leur étiquette de diagnostic.

Certains des faits que ces soi-disant journalistes sont invités à inclure sont : « Les troubles d'abus de substances sont des maladies du cerveau. » Le guide explique que, « Bien que la science n'ait pas trouvé de cause spécifique pour de nombreuses conditions de santé mentale, une interaction complexe de facteurs génétiques, neurobiologiques, comportementaux et environnementaux contribue souvent à ces conditions. » Les journalistes ne sont pas encouragés à chercher à savoir pourquoi le fardeau des troubles mentaux a augmenté de façon spectaculaire au cours des 35 dernières années en matière de santé publique, en même temps que la consommation de médicaments psychiatriques a explosé<sup>40</sup>.

Selon le Centre Carter, le DSM-5 est un instrument fiable pour établir des diagnostics. Il ne mentionne pas le fait que les diagnostics sont des constructions totalement arbitraires créées par consensus au sein d'un petit comité de psychiatres, ni qu'ils manquent de validité, ni que les psychiatres sont en violent désaccord lorsqu'on leur demande d'examiner les mêmes

patients, ni que la plupart des personnes en bonne santé obtiendraient un ou plusieurs diagnostics si elles étaient testées.

Le guide invite les journalistes à se faire l'écho du message de l'Association américaine de psychiatrie selon lequel les conditions psychiatriques sont souvent non diagnostiquées et insuffisamment traitées, et le traitement psychiatrique est efficace. L'expression "traitement psychiatrique" est un euphémisme pour désigner les médicaments, mais cela évite toute discussion décrivant combien ceux-ci sont inefficaces et nocifs et cela fait mordre chacun à l'hameçon car le "traitement" prétend couvrir aussi la psychothérapie, même si celle-ci est rarement proposée.

Le guide affirme qu'entre 70 % et 90 % des personnes avec une condition de santé mentale voient leurs symptômes diminuer considérablement et leur qualité de vie s'améliorer après avoir reçu un traitement. La source de ces informations horriblement fausses est l'Alliance nationale sur la santé mentale, une organisation de patients lourdement corrompue<sup>38</sup>. Il est vrai que la plupart des personnes s'améliorent, mais cela se serait également produit sans aucun traitement. Le Centre Carter semble avoir "oublié" pourquoi nous faisons des essais contrôlés par placebo et, comme je l'ai expliqué au chapitre 2, les pilules psychiatriques n'améliorent pas la qualité de vie ; elles l'aggravent.

Les journalistes sont invités à mettre l'accent sur le positif et à éviter de se focaliser sur les échecs des soins psychiatriques. Le guide ne fournit aucune ressource pour obtenir le point de vue de personnes ayant une expérience vécue, dont la plupart critiqueraient les idées reçues. De plus, il n'y a pas "d'utilisateurs de services" ni de groupes de survivants discernables dans les deux principaux conseils consultatifs du Centre.

Malheureusement, le Centre Carter est considéré comme un leader dans la formation des journalistes sur la façon de faire des reportages sur la santé mentale. Il encourage les journalistes à agir comme des sténographes qui répèteraient le dogme conventionnel.

Il est difficile de voir beaucoup d'espoir pour l'Amérique. Le Centre Carter a été fondé par l'ancienne Première Dame, Rosalynn Carter.

## **Pas d'espoir pour la psychiatrie : suggestions pour un nouveau système**

J'ai expliqué dans ce livre comment j'ai essayé de réformer la psychiatrie, la nature des obstacles que moi-même et d'autres personnes avons rencontré, et décrit ce que cela m'a coûté personnellement.

J'ai aussi essayé de changer la psychiatrie de l'intérieur. En décembre 2017, j'ai fait une demande d'adhésion à l'Association danoise de psychiatrie, ce qui n'aurait pas dû poser de problème, selon leurs propres règles : « L'objectif de l'association est de faire progresser la psychiatrie danoise. L'association a notamment pour mission de faire avancer la recherche en psychiatrie danoise, d'assurer la meilleure formation possible pour les psychiatres, d'œuvrer pour fournir un traitement psychiatrique optimal à la population et de propager les connaissances sur la psychiatrie. »

J'ai expliqué que j'avais contribué aux objectifs de l'association pendant de nombreuses années sans en être membre et qu'une adhésion me donnerait de meilleures chances d'y contribuer.

Un silence total. J'ai envoyé un rappel au bout d'un mois, et lorsque le silence s'est prolongé, j'ai écrit à l'ensemble du conseil, sept semaines après mon premier courriel.

Le lendemain, le président, Torsten Bjørn Jacobsen, a déclaré dans sa lettre de refus que je ne travaillais pas à la réalisation des objectifs de l'association. C'était son seul commentaire.

Deux jours plus tard, j'ai envoyé une lettre détaillée, notant qu'ils avaient violé leurs propres règles. J'ai indiqué que je souhaitais participer à la prochaine réunion annuelle, ce que je ne pouvais faire que si j'étais membre. J'ai détaillé les nombreuses façons dont j'avais contribué, à un degré inhabituel, à la réalisation des objectifs de l'association. J'ai également mentionné que lors de la dernière réunion annuelle de l'Association, un membre honorable a tenu un discours dans lequel il a souligné que les psychiatres avaient besoin de communiquer avec moi. Les nombreux prix que m'ont décernés des patients psychiatriques et des collègues auraient peut-être dû aussi influencer le conseil d'administration, mais ce ne fut pas le cas.

Trois semaines plus tard, Jacobsen a répondu que « le conseil d'administration a mis l'accent sur le contenu et la nature de l'activité d'auteur que vous avez exercée au fil des ans, laquelle contient des opinions et des points de vue sur la spécialité psychiatrique qui ne sont pas en harmonie avec les objectifs de l'association. L'association est, bien sûr, sensible aux différentes mentalités au sein de la spécialité, mais un élément fondamental de l'adhésion à l'association doit être le respect de la spécialité et des formes de traitement acceptées, ce que votre activité d'auteur ne parvient pas à atteindre. »

Il vaut parfois la peine d'essayer d'obtenir l'impossible car il peut révéler ce que les gens défendent vraiment, derrière l'habillage officiel de façade. C'est comme toucher la toile d'une araignée pour la voir sortir de sa cachette au fond du filet et se révéler. C'était une démonstration claire de la censure et de l'interdit professionnel dit *Berufsverbot*. C'était exactement ce dont de nombreux psychiatres en formation m'avaient parlé ; leur profonde frustration de voir que s'ils critiquaient les surdoses des patients ou la façon dont les psychiatres faisaient leurs diagnostics, ils se retrouveraient en mauvaise posture. Ce rejet ressemblait à l'écho d'un des critères de diagnostic de la schizotypie : « Croyances étranges ou pensées magiques incompatibles avec les normes culturelles. » D'autres points de vue que ceux du courant dominant étaient incompatibles avec les normes culturelles de l'Association danoise de psychiatrie.

Lors de l'assemblée générale de l'association, trois mois plus tard, Kristian Sloth a demandé pourquoi je ne pouvais pas devenir membre. Il n'a pas reçu de réponse significative, mais le public a applaudi. Je m'étais faufilé au fond de la salle et j'ai tout entendu.

Trois mois plus tard, lorsque l'association a eu un nouveau président, j'ai fait une nouvelle demande. De mon point de vue, aucune explication satisfaisante n'avait été donnée à l'assemblée générale quant aux raisons pour lesquelles on m'avait refusé l'adhésion. Gitte Ahle a répondu : « Nous ne partageons pas ce point de vue car les personnes étaient satisfaites de la déclaration orale sur les raisons de votre refus ».

Je comprends tout à fait les frustrations des patients psychiatriques. On leur dit constamment que ce qu'ils ont eux-mêmes observé n'est pas correct, parce que leurs psychiatres ne partagent pas leur point de vue. Il n'est pas étonnant qu'une assemblée générale composée principalement de

personnes désireuses de préserver le statu quo applaudisse une “explication sans commentaire” de la raison pour laquelle je n'ai pas pu devenir membre.

Il y a beaucoup d'excellents psychiatres, mais ils sont très peu nombreux par rapport aux médiocres et ils ne peuvent pas changer un système malade. Début 2020, un jeune psychiatre en formation a demandé de l'aide sur un groupe de courriel pour les psychiatres critiques. Il travaillait dans un hôpital de Londres où la grande affaire était la psychiatrie biologique, comme partout ailleurs, mais il avait également rencontré des personnes douées d'esprit critique. On l'a avisé qu'il y avait des psychiatres critiques partout. L'un de ceux qui ont répondu a noté qu'il avait aussi sérieusement envisagé d'abandonner sa formation en psychiatrie, mais un ami sage lui a dit de jouer le jeu, d'obtenir ses diplômes officiels, puis de désapprendre lui-même. Cela avait bien fonctionné et lui avait donné l'autorité nécessaire pour jeter des pierres à l'establishment.

Lorsque j'ai publié dans un journal en janvier 2014 mes dix mythes sur la psychiatrie, qui sont néfastes pour les personnes, j'ai terminé mon article de la manière suivante<sup>41</sup> :

« Les médicaments psychotropes peuvent parfois être utiles pour certains patients, notamment en cas d'utilisation à court terme, dans des situations aiguës. Mais après mes études dans ce domaine, je suis arrivé à une conclusion très inconfortable : Nos citoyens seraient bien mieux si nous retirions tous les médicaments psychotropes du marché, car les médecins ne sont pas en mesure de les manipuler. Il est inévitable que la disponibilité des médicaments cause plus de mal que de bien. Les médecins ne peuvent pas gérer le paradoxe selon lequel les médicaments qui peuvent être utiles dans le cadre d'un traitement à court terme sont très nocifs lorsqu'ils sont utilisés pendant des années et que ces produits créent les maladies qu'ils étaient censés soulager et même des maladies plus graves. Dans les années à venir, la psychiatrie devrait donc tout faire pour traiter le moins possible avec des médicaments psychotropes, pour les durées les plus courtes possibles, voire pas du tout. »

J'ai eu tout l'establishment danois sur le dos lorsque j'ai publié cet article, et le ministre de la santé a menacé de me faire licencier<sup>38</sup>. La seule chose que j'avais faite était de dire la vérité aux gens. Cela ne peut être toléré

quand il s'agit de psychiatrie, une spécialité qui ne pourrait pas survivre dans sa forme actuelle si nous faisons face collectivement aux mensonges et si nous agissions en conséquence.

En dehors des cercles de pouvoir, mon article a été très apprécié<sup>42</sup>. De nombreux articles ont suivi, certains écrits par des psychiatres qui étaient d'accord avec moi. Pendant plus d'un mois, il n'y a pas eu un seul jour sans que ces questions soient discutées à la radio, à la télévision ou dans les journaux, et il y a eu aussi des débats dans les services psychiatriques. Des personnes en Norvège et en Suède m'ont remercié d'avoir lancé une discussion qu'il leur était impossible d'avoir dans leur pays, et j'ai reçu des centaines de courriels de patients qui ont confirmé par leurs propres récits comment ce que j'avais écrit dans mon article était vrai.

Rien n'a changé. Peut-être un peu ici et là, mais rien de concret.

### **Témoignages de patients**

Voici quelques histoires que de jeunes psychiatres et patients m'ont envoyées.

Un étudiant de 18 ans était encore en deuil après le suicide par pendaison de son père cinq ans plus tôt. Après avoir été mis sous sertraline, il a tenté de se pendre lui-même et a été admis dans un hôpital psychiatrique. Le psychiatre qui l'a admis a augmenté la dose de sertraline. Lorsqu'un jeune psychiatre a mentionné que les pilules de dépression augmentaient le risque de suicide, le consultant a répondu qu'il en était conscient mais qu'il devait traiter la dépression, et que si le jeune homme se suicidait sans être sous pilule de dépression, on lui demanderait pourquoi il n'était pas traité.

Un homme d'âge moyen présentant des symptômes de pneumonie et une humeur maussade a été mis sous pénicilline, sertraline et sédatif par son médecin de famille. Lorsque le patient a commencé à transpirer abondamment et a développé une psychose accompagnée de manie, il a été admis dans un hôpital psychiatrique, avec de la fièvre. Le médecin qui l'a admis a estimé qu'il souffrait de schizophrénie polymorphe, a arrêté la sertraline et a commencé l'olanzapine et un autre sédatif. À sa sortie, le diagnostic était un trouble de transe dissociative. Lorsqu'un jeune psychiatre a demandé si la psychose pouvait avoir été causée par la

sertraline, on lui a répondu : « Je n'ai jamais vu personne souffrant d'une psychose provoquée par un antidépresseur. » Ce manque de logique tue les patients. Si les personnes qui rentrent d'Afrique avec de la fièvre ne sont pas examinées pour la malaria parce que le médecin qui les a admises n'a jamais vu quelqu'un souffrant de cette maladie, certaines en mourront. J'étais dans cette situation quand j'étais jeune, après une expédition au Kenya<sup>25</sup>. Alors que j'étais très malade, avec des symptômes typiques du paludisme, deux médecins traitants qui m'ont rendu visite dans mon appartement à deux jours différents n'ont pas jugé nécessaire d'examiner mon sang pour y détecter le paludisme. Je vivais seul et j'ai eu de la chance d'y survivre sans recevoir le traitement dont j'avais besoin.

Des centaines de personnes m'ont envoyé les histoires les plus extraordinaires tirées de leur vie. Certains m'ont remercié d'avoir sauvé leur vie ou celle de leur conjoint, de leur fils ou de leur fille, par exemple : « C'est votre livre (Psychiatrie mortelle et déni organisé) qui nous a donné le courage de sevrer notre fils des antipsychotiques, il y a quatre ans, moins de cinq mois après qu'il les a commencés. » J'ai ensuite rencontré ce père qui est maintenant très actif dans le milieu du sevrage médicamenteux en Israël.

Une autre patiente, qui m'a remercié de lui avoir sauvé la vie, a écrit que si elle n'avait pas lu mes livres et appris qu'il existe quelque chose appelé le sevrage, elle aurait pensé qu'elle était devenue folle. Après dix ans de traitement à la duloxétine, elle a traversé un sevrage de trois ans qui a été très sévère et difficile.

Un patient a écrit : « J'ai pris des pilules de dépression pendant cinq ans à cause d'une anxiété sociale. Elles ont fait de ma vie un gâchis. Les choses sont maintenant bien pires à tous les niveaux de ma vie. Les pilules ont transformé ma personnalité en une personne colérique et manquant de respect. Je suis davantage "courageux", mais ce n'est pas moi. Je n'aurais jamais dû commencer à les prendre si j'avais su ce qui allait se passer ; j'ai aussi perdu beaucoup d'amis. Je vous remercie pour votre livre ; je suis très heureux que quelqu'un dise les choses telles qu'elles sont. Le monde est tellement dingue. J'ai perdu ma confiance dans la psychiatrie, les compagnies pharmaceutiques et les médecins. Je voulais juste que vous sachiez que les gens sont de plus en plus conscients de cette folie. Dans

notre groupe de sevrage des ISRS, le nombre de membres ne cesse d'augmenter. »

Un médecin de famille a utilisé des pilules contre la dépression comme test de diagnostic : Si elles marchaient, vous étiez dépressif, sinon, vous ne l'étiez pas. Un autre généraliste a répondu à une question sur la manière d'arrêter une pilule contre la dépression : « Vous pouvez simplement les arrêter ! »

Une patiente s'est fait dire par son psychiatre que les pilules de dépression étaient comme un plâtre posé sur une jambe cassée. Elle a essayé en vain de se sevrer deux fois et on lui a dit qu'elle avait un déséquilibre chimique et qu'elle avait besoin du médicament pour le reste de sa vie, et son psychiatre a même augmenté la dose. Un remplaçant de son médecin de famille l'a sauvée. Il lui a dit que les pilules étaient diaboliques et la rendaient malade, et il l'a aidée à se sevrer. Elle veut maintenant aider les autres parce qu'elle travaille comme consultante en emploi auprès de chômeurs, et beaucoup d'entre eux deviennent accros aux pilules à cause du stress et de l'anxiété.

Un père s'est vu refuser la garde de ses enfants parce qu'il refusait de prendre des médicaments psychiatriques. De nombreuses autres personnes m'ont écrit pour me dire à quel point elles étaient traitées abusivement par la psychiatrie, parfois avec des commentaires désobligeants dans le dossier du patient sur leur personnalité, lorsqu'elles s'efforçaient d'éviter que leur enfant ne soit traité avec des neuroleptiques.

Une patiente m'a écrit qu'un test lui avait mesuré un QI (Quotient intellectuel) de 70 lorsqu'elle était sous médicament.

Une autre a écrit que sa psychiatre lui avait dit qu'elle avait une maladie génétique incurable et qu'elle avait besoin de neuroleptiques pour le reste de sa vie. Lorsqu'elle a cessé de prendre ces médicaments, sa psychiatre lui a dit qu'elle aurait un nouvel épisode psychotique encore une fois. Lorsqu'elle s'est plainte qu'elle ne pouvait plus se concentrer, qu'elle dormait beaucoup et qu'elle pensait que les médicaments affectaient sa mémoire et qu'il lui était donc difficile d'étudier, la réponse a été que le problème n'était pas les médicaments mais qu'elle avait perdu des neurones à cause de la psychose et que son cerveau n'était plus le même. Elle devait donc prendre des antipsychotiques indéfiniment pour empêcher son cerveau de perdre d'autres neurones, sinon elle deviendrait démente.

Lorsque la patiente a dit qu'elle ne voulait pas prendre ces médicaments pour le reste de sa vie, la psychiatre lui a répondu qu'elle ne la verrait plus alors car elle ne travaillait qu'avec des patients qui voulaient être traités. « Le sevrage du ziprasidone, c'était l'enfer. Je vomissais et je ne pouvais pas dormir pendant plusieurs nuits jusqu'à ce que mon corps s'adapte. J'ai dit à mon père que j'avais arrêté, et il voulait me forcer à reprendre mes médicaments et a menacé de m'envoyer dans un hôpital psychiatrique si je ne suivais pas les instructions du médecin. Il m'a demandé : Veux-tu être attachée dans un asile de fous ? Alors, je lui ai menti en disant que je reprenais les médicaments. De toute façon, je vais bien maintenant, les gens avec qui je vis sont d'accord et soutiennent ma décision et le nouveau thérapeute l'accepte aussi. Merci d'avoir lu un peu de mon histoire. »

Un autre patient a écrit : « Le psychanalyste a dit que je devais faire confiance au médecin et le médecin a dit que je devais prendre des médicaments pour le reste de ma vie, mais j'ai arrêté tous les médicaments en 8 semaines environ et je n'aurais pas pu me sentir mieux. Je ne suis plus un zombie, je suis de nouveau à écouter de la musique, à rire, à chanter sous la douche, à sentir la vie et à avoir du plaisir sexuel. Je suis redevenu moi-même. J'ai dit au médecin que les médicaments me donnaient de l'anorgasmie et elle a demandé avec ces mots : “ Que préférez-vous, ne pas avoir d'orgasmes ou devenir fou ? ” C'est alors que j'ai réalisé que quelque chose n'allait pas, car je ne veux pas vivre castré chimiquement comme si je passais ma vie avec une lobotomie. » Ce patient avait été abusé sexuellement dans son enfance.

Un patient a écrit qu'il avait pris de la fluoxétine pendant dix ans, ce qui avait changé sa personnalité, et qu'il avait perdu presque tous ses amis. Il a traversé une période de sevrage horrible sans aide, où il ne pouvait même pas sortir du lit. Son médecin lui a dit que les médicaments psychiatriques étaient vitaux pour lui, comme l'insuline pour un patient diabétique, et il a recommencé à prendre un médicament, mais l'a mal toléré. Son psychiatre a alors déclaré que ses effets secondaires étaient probablement dus à sa dépression, et il voulait qu'il essaie un autre médicament. Ce patient avait assisté à l'une de mes conférences à Stockholm et savait donc que j'avais une liste de personnes qui pouvaient l'aider à se sevrer, c'est pourquoi il m'a écrit.

Voici l'histoire de mon dernier patient, racontée par lui-même et sa mère, qui résume tragiquement ce qui ne va pas en psychiatrie.

David Stofkooper, un jeune Néerlandais, a mis fin à sa vie en janvier 2020, à l'âge de 23 ans seulement. Il avait une vie sociale florissante, était un étudiant vif et très intelligent, avec beaucoup d'amis, il aimait socialiser et adorait la musique. Depuis l'âge de 17 ans, il pouvait ruminer beaucoup, avec des pensées répétitives ; pas constamment, et il avait toujours une vie enjouée. Mais il a fait une erreur fatale. Il a consulté un psychiatre et a été mis sous sertraline, en octobre 2017. En l'espace de deux semaines, il est devenu suicidaire. Le psychiatre a augmenté la dose, et la situation s'est aggravée. Il est devenu zombifié, sans libido et sans émotions ; toute sa personnalité avait disparu.

Sa mère a appelé son psychiatre et lui a dit que cela ne marchait pas du tout, mais elle a été éconduite, car on lui a dit qu'elle ne pouvait pas appeler en raison de la vie privée de son fils. Son intervention était pourtant rudement nécessaire, car David ne remarquait plus ce qui se passait ; il s'était totalement perdu lui-même. Il a dit à son psychiatre qu'il était très suicidaire, mais le psychiatre a dit qu'il devait attendre plus longtemps, alors il y croyait.

Au bout de cinq mois, il a vu une nouvelle psychiatre qui lui a dit d'arrêter la sertraline car elle ne fonctionnait manifestement pas, d'un coup, en deux semaines seulement. Au début, il a eu une manie d'une journée et a appelé sa mère pour lui dire qu'il ne s'était jamais senti aussi bien auparavant. Après cela, il s'est retrouvé dans un état de manque horrible qui l'empêchait de dormir.

Cela a duré des mois et ne s'est pas amélioré, et le sentiment de vide a pris le dessus de plus en plus. Dans les premiers mois de sevrage, il a dit à sa psychiatre ce qu'il ressentait, mais elle ne l'a pas cru. Elle lui a dit que ce n'était pas dû au médicament, car cela venait de son système. Elle a dit que c'était probablement son trouble obsessionnel compulsif qui était à l'origine de tous les problèmes.

David a écrit dans une lettre de suicide : « Vous leur présentez un problème créé par le traitement que vous avez reçu d'eux, et en réaction, vous vous faites accuser. »

Sa vie s'était arrêtée. Il ne pouvait plus tirer de plaisir de quoi que ce soit. Même les divertissements faciles comme les jeux, qu'il avait toujours

appréciés, ne lui donnaient rien. Tout était gris. Même s'il ne ressentait plus rien en rencontrant des jeunes femmes, sa libido zéro et ses problèmes d'érection n'étaient même pas le pire : « L'effacement total de tout plaisir dans la vie, comme si j'avais été dépouillé de toute ma dopamine, c'est débilitant pour la vie. »

Il a réalisé qu'il était condamné à être dans cet état pour toujours et n'a pas vu d'autre option que le suicide. Il a pris cette décision de manière très rationnelle. C'était une sorte d'auto-euthanasie, que ses parents, tous deux médecins, ont compris.

L'émoussement de ses émotions lui a été fatal. Il ne se sentait pas lié émotionnellement aux personnes, ne pouvait ressentir de joie en rien, pas même dans la musique. Toute sa personnalité avait été anéantie, et il se sentait déjà mort et non plus humain, une coquille vide. La dernière année de sa vie, il a souvent dit qu'il voulait désespérément vivre, mais pas comme une sorte de zombie lobotomisé. David n'avait jamais eu de problèmes de sommeil avant de prendre de la sertraline, mais ce médicament lui a causé de graves insomnies, qui ont duré jusqu'au jour où il s'est suicidé.

David voulait que son histoire soit racontée, comme un avertissement aux autres. Sa mère et lui avaient tous deux lu mon livre<sup>38</sup>, mais malheureusement, rien ne pouvait être fait. S'il l'avait lu avant d'être mis sous sertraline, il aurait peut-être refusé de prendre le médicament qui l'a tué.

J'ai entendu des histoires de suicide similaires, également au Danemark, où non seulement la vie sexuelle a continué d'être détruite, mais où les patients ont également souffert d'une grave anhédonie, d'un aplatissement des émotions, de problèmes de mémoire et de dysfonctionnement cognitif, que certains ont décrit comme une lobotomie chimique. Les patients qui ont cessé de prendre des neuroleptiques se sont également parfois plaints de dysfonctionnements sexuels persistants, qui pourraient être liés au fait qu'ils n'ont pas pu avoir de vie sexuelle pendant qu'ils prenaient des médicaments ou qu'ils prenaient simultanément des pilules contre la dépression. Il y a encore beaucoup de choses que nous ne savons pas sur les méfaits persistants après le sevrage.

Si des personnes qui ne sont pas psychiatres - par exemple, des médecins qui n'utilisent pas de médicaments psychiatriques, des infirmières, des pharmaciens, des psychologues, des travailleurs sociaux et des personnes sans éducation formelle mais qui se soucient des autres - prenaient en charge l'ensemble de l'entreprise psychiatrique demain, cela signifierait un progrès considérable.

Il n'y a pas d'espoir pour la psychiatrie, qui a tant dégénéré, depuis si longtemps, et qui est si nocive qu'elle doit être arrêtée. Il est bien préférable pour nous de ne pas avoir de psychiatrie du tout plutôt que d'avoir celle que nous avons, ou quoi que ce soit qui y ressemble de près ou de loin.

Nous devons agir collectivement. C'est notre seule chance. Si un travailleur fait grève en raison de conditions de travail inhumaines, le patron s'en moque, et il se contente de le licencier. Si tout le monde s'en va d'un coup, il doit soudainement négocier.

Tout le monde a besoin de "s'extraire" de la psychiatrie. C'est pourquoi j'ai écrit ce livre. Les êtres humains peuvent accepter presque tout, s'ils s'y habituent, même si c'est horrible, injuste et contraire à l'éthique, et peu protesteront contre un système malade parce que cela pourrait être inconfortable ou même dangereux pour eux. C'est pourquoi l'esclavage a été une norme officiellement acceptée durant des milliers d'années. C'est aussi comme cela que les nazis sont arrivés au pouvoir en Allemagne et s'y sont maintenus ; les gens avaient trop peur de protester, car les nazis avaient assassiné leurs ennemis très tôt. Deux mois seulement après que le président Paul von Hindenburg ait nommé Adolf Hitler chancelier d'Allemagne, le 30 janvier 1933, Hitler a ouvert le premier camp de concentration à Dachau, près de Munich.

Pouvez-vous nommer un homme politique influent, un psychiatre, un psychologue ou un défenseur des patients qui ait pris un grand risque personnel en critiquant la psychiatrie ? Peut-être pouvez-vous en nommer un ou deux. Je peux en citer quelques-uns, mais c'est parce que je fais partie du mouvement de résistance, comme l'était mon grand-père pendant l'occupation nazie du Danemark<sup>25</sup>. Mon grand-père a survécu malgré qu'il ait été pris par la Gestapo et condamné à un camp de concentration. Il a sauvé beaucoup de juifs ; je veux sauver autant de patients psychiatriques que je le peux. L'histoire a beaucoup d'importance pour moi. Si les

psychiatres n'avaient pas oublié *leur* histoire, alors nous aurions peut-être eu une meilleure psychiatrie aujourd'hui, mais ils répètent les mêmes erreurs qu'ils ont commises pendant plus de 150 ans. Lorsque Margrethe Nielsen m'a attiré dans la recherche psychiatrique en 2007, c'était avec cette proposition : « L'histoire se répète-t-elle ? » Elle a comparé les benzodiazépines aux ISRS et a montré que c'était effectivement le cas (voir chapitre 4).

J'ai les suggestions suivantes.

1 Démanteler la psychiatrie en tant que spécialité médicale. Dans un système de santé basé sur des preuves, nous n'utilisons pas d'interventions qui font plus de mal que de bien, ce que fait la psychiatrie. Pendant la période de transition, laissez les psychologues qui sont contre l'utilisation de médicaments psychiatriques être à la tête des services psychiatriques et donnez-leur la responsabilité ultime pour les patients.

2 Les psychiatres devraient être rééduqués afin qu'ils puissent fonctionner comme psychologues. Ceux qui ne sont pas disposés à le faire devraient trouver un autre emploi ou prendre une retraite anticipée.

3 L'accent devrait être mis sur l'arrêt des médicaments psychiatriques, car ils sont nocifs à long terme et la grande majorité des patients suivent un traitement de long terme. Des formations sur le sevrage des médicaments devraient être obligatoires pour tous ceux qui travaillent avec des patients de santé mentale, et tous les patients doivent se voir expliquer pourquoi ils auraient probablement une vie meilleure sans médicaments.

4 Mettre en place une ligne d'assistance téléphonique nationale fonctionnant 24 heures sur 24 et un site web associé pour fournir des conseils et un soutien aux personnes touchées par la dépendance aux médicaments prescrits et leur sevrage.

5 Fournir gratuitement aux patients des bandelettes de sevrage et d'autres aides pour les aider à se sevrer de leurs médicaments.

6 S'excuser. Cela signifie beaucoup pour les victimes d'abus d'obtenir des excuses. Les gouvernements doivent exiger des associations psychiatriques qu'elles présentent des excuses inconditionnelles au grand public pour le tort immense qu'elles ont causé aux patients en santé mentale, en leur mentant systématiquement, par exemple sur le déséquilibre chimique, et en leur disant que les médicaments psychiatriques pouvaient protéger contre le suicide ou les dommages cérébraux. Si les organisations ne sont pas disposées à le faire, les gouvernements doivent le faire à leur place et dissoudre les organisations parce qu'elles sont nuisibles à la société.

7 Cesser d'utiliser des mots tels que psychiatrie, psychiatre, trouble psychiatrique, traitements psychiatriques et médicaments psychiatriques, car ils sont stigmatisants et les patients et le grand public les associe à de mauvais résultats<sup>40,43</sup>. Changer le narratif et utiliser plutôt des termes tels que santé mentale.

8 Laisser les questions de santé mentale aux psychologues et autres professions de soins, car ce dont les patients ont besoin plus que tout, c'est de psychothérapie, d'empathie, de soins et d'autres interventions psychosociales.

9 Abandonner entièrement les systèmes de diagnostic psychiatrique comme le DSM-5 et la CIM-11 et se concentrer sur les enjeux les plus importants pour les patients. Les diagnostics psychiatriques sont si peu spécifiques et tellement non scientifiques que pratiquement toute la population pourrait en obtenir au moins un, et ils ne correspondent pas aux problèmes des patients, mais conduisent souvent à des diagnostics supplémentaires et à des dommages accrus pour les patients psychiatriques “de carrière”.

10 Rendre illégal le traitement forcé. Tout traitement des problèmes de santé mentale doit être volontaire. Le traitement forcé fait beaucoup plus de mal que de bien<sup>38,44,45</sup>, et il est discriminatoire.

11 Rendre les médicaments psychiatriques disponibles uniquement pour une utilisation dans des circonstances strictement contrôlées :

- a) pendant que les patients les réduisent progressivement ; ou
- b) dans les rares cas où il est impossible de les réduire progressivement parce qu'ils ont causé des lésions cérébrales permanentes, par exemple une dyskinésie tardive ; ou
- c) qu'ils soient disponibles pour le délire alcoolique et puissent également être utilisés comme sédatif lors d'opérations et d'autres procédures invasives, par exemple la coloscopie, qui peuvent être extrêmement douloureuses.

12 Rendre illégal l'usage de médicaments enregistrés pour des usages non psychiatriques, par exemple les antiépileptiques, pour des questions de santé mentale, car cela est préjudiciable.

13 Aucune personne travaillant avec des patients atteints de troubles mentaux ne devrait être autorisée à avoir des conflits d'intérêts financiers avec un fabricant de médicaments psychoactifs ou d'autres traitements, par exemple des équipements pour les électrochocs.

14 Toutes les règles concernant la nécessité d'un diagnostic psychiatrique pour obtenir des prestations sociales ou un soutien économique aux écoles doivent être supprimées, car elles incitent à coller les diagnostics psychiatriques aux personnes au lieu de les aider, ce qui impliquerait d'autres interventions que les médicaments.

15 Tout le monde : Faites ce que vous pouvez pour changer le narratif trompeur de la psychiatrie. Parlez des pilules de dépression, des principaux tranquillisants, du “speed” sur ordonnance, etc.

## Vidéos des conférences et des entretiens

Si vous souhaitez voir certaines des conférences ou des interviews que j'ai données, je vous ai facilité la tâche en dressant une liste de celles qui ont été vues le plus souvent sur YouTube (par mille) :

Titre (abrégé)	Durée	Vues	Lien
Big pharma is organized crime	7:42	381	<a href="https://bit.ly/2XcHMAz">https://bit.ly/2XcHMAz</a>
La industria farmacéutica es crimen organizado	7:42	108	<a href="https://bit.ly/3aTWBfD">https://bit.ly/3aTWBfD</a>
Deadly Medicines and Organised Crime	54:05	64	<a href="https://bit.ly/2JADhrF">https://bit.ly/2JADhrF</a>
Farmaceutska industrija je organizovan kriminal	7:41	56	<a href="https://bit.ly/3bUYfh3">https://bit.ly/3bUYfh3</a>
Crimes in the drug industry and the lies in psychiatry	15:44	53	<a href="https://bit.ly/39JSD7L">https://bit.ly/39JSD7L</a>
Overdiagnosed & overmedicated	1:32:46	42	<a href="https://bit.ly/2yrxfHk">https://bit.ly/2yrxfHk</a>
Sygdomme opfindes for at sælge medicinen	54:55	38	<a href="https://bit.ly/39EgqGh">https://bit.ly/39EgqGh</a>
Psychiatry has gone astray	6:19	34	<a href="https://bit.ly/2V16HV5">https://bit.ly/2V16HV5</a>
Los 10 mitos de la Salud Mental	53:10	28	<a href="https://bit.ly/2JCYnFV">https://bit.ly/2JCYnFV</a>
Screening for breast and prostate cancer	7:52	25	<a href="https://bit.ly/2wizL28">https://bit.ly/2wizL28</a>
Discussion, Gøtzsche & Whitaker, psychiatric epidemic	45:46	22	<a href="https://bit.ly/347xumS">https://bit.ly/347xumS</a>
Psychiatric drugs, few benefit, many are harmed	58:23	20	<a href="https://bit.ly/3dSgSUw">https://bit.ly/3dSgSUw</a>
Psychiatric drugs, few benefit, many are harmed	49:17	18	<a href="https://bit.ly/2Xb3iWm">https://bit.ly/2Xb3iWm</a>
Medicamentos letais e crime organizado	54:05	18	<a href="https://bit.ly/3aIQDxV">https://bit.ly/3aIQDxV</a>
Forced Psychiatric Treatment Must be Abolished	1:50:06	18	<a href="https://bit.ly/2JFXv32">https://bit.ly/2JFXv32</a>
Psicofármacos que matan	7:01	16	<a href="https://bit.ly/348ASxC">https://bit.ly/348ASxC</a>
Psicofármacos	1:03:11	16	<a href="https://bit.ly/2V4AHzt">https://bit.ly/2V4AHzt</a>
La psiquiatría se hunde	6:19	14	<a href="https://bit.ly/3aJOJ03">https://bit.ly/3aJOJ03</a>
Psychiatric drugs do more harm than good	2:10:41	12	<a href="https://bit.ly/39FrdQw">https://bit.ly/39FrdQw</a>
Death of a whistleblower and Cochrane's moral collapse	1:06:56	12	<a href="https://bit.ly/3aUfZsw">https://bit.ly/3aUfZsw</a>
Prescription drugs are the third leading cause of death	18:06	10	<a href="https://bit.ly/3dWp3z1">https://bit.ly/3dWp3z1</a>
Survival of a whistleblower	49:42	10	<a href="https://bit.ly/3dWXZQc">https://bit.ly/3dWXZQc</a>
On the wrong track, psychiatric epidemic	53:22	10	<a href="https://bit.ly/2wSLNQ8">https://bit.ly/2wSLNQ8</a>

## À propos de l'auteur

Le professeur Peter C Gøtzsche a obtenu une maîtrise en biologie et en chimie en 1974 et son diplôme de médecin en 1984. Il est spécialisé en médecine interne ; il a travaillé en études cliniques et en affaires de régulation dans l'industrie pharmaceutique de 1975 à 1983, puis aux hôpitaux de Copenhague de 1984 à 1995. Avec environ 80 autres personnes, il a participé à la fondation de la Collaboration Cochrane en 1993 (le fondateur est Sir Iain Chalmers), et il a mis sur pied le Centre Cochrane nordique, la même année. Il est devenu professeur en analyse et conception de la recherche clinique en 2010 à l'université de Copenhague et a été membre du conseil d'administration de Cochrane à deux reprises. Il travaille désormais en free-lance. Il est devenu professeur invité à l'Institut de la santé et de la société de l'Université de Newcastle en 2019. Il a fondé l'Institut pour la liberté scientifique en 2019.

Gøtzsche a publié plus de 75 articles dans “les cinq grands” (*BMJ*, *The Lancet*, *JAMA*, *Annals of Internal Medicine* et *The New England Journal of Medicine*) et ses travaux scientifiques ont été cités environ 50 000 fois. Ses livres les plus récents sont les suivants (deux livres sont publiés en français, *Psychiatrie mortelle* et *Remèdes mortels*) :

- *Vaccines: truth, lies and controversy* (2020).
- *Survival in an overmedicated world: look up the evidence yourself* (2019).
- *Death of a whistleblower and Cochrane’s moral collapse* (2019).
- *Deadly psychiatry and organised denial* (2015).  
Traduit en français sous le titre : *Psychiatrie mortelle et déni organisé* (2017).
- *Deadly medicines and organised crime: How big pharma has corrupted health care* (2013) (Lauréat, Prix du livre annuel de l'Association médicale britannique dans la catégorie Bases de la médecine en 2014). Traduit en français sous le titre : *Remèdes mortels et crime organisé. Comment l'industrie pharmaceutique a corrompu les services de santé* (2015).
- *Mammography screening: truth, lies and controversy* (2012) (Lauréat du Prix Prescrire 2012).
- *Rational diagnosis and treatment: evidence-based clinical decision-making* (2007).

Trois de ces livres ont été publiés en plusieurs langues, voir [deadlymedicines.dk](http://deadlymedicines.dk).

Gøtzsche a donné de nombreuses interviews, dont une, sur le crime organisé dans l'industrie du médicament, a été vue environ 350 000 fois sur YouTube : <https://www.youtube.com/watch?v=dozpAshvtsA>. Gøtzsche a participé au Daily Show de New York le 16 septembre 2014 où il a joué le rôle de Deep Throat révélant les secrets sur les grandes entreprises pharmaceutiques. Un film documentaire sur son travail de réforme en psychiatrie, *Diagnosing Psychiatry*, est paru en 2017.

Gøtzsche a un intérêt pour les statistiques et la méthodologie de recherche. Il est le co-auteur des lignes directrices suivantes servant à encadrer la publication correcte des résultats de la recherche : CONSORT pour les essais randomisés ([www.consort-statement.org](http://www.consort-statement.org)), STROBE pour les études observationnelles ([www.strobe-statement.org](http://www.strobe-statement.org)), PRISMA pour les revues systématiques et les méta-analyses ([www.prisma-statement.org](http://www.prisma-statement.org)), et SPIRIT pour les protocoles d'études ([www.spirit-statement.org](http://www.spirit-statement.org)).

Gøtzsche est parrain du réseau de l'entente de voix au Danemark.

Sites web : [deadlymedicines.dk](http://deadlymedicines.dk) et [scientificfreedom.dk](http://scientificfreedom.dk).

## Références

### Chapitre 1. Ce livre pourrait vous sauver la vie

- 1 Gøtzsche PC. Psychiatrie mortelle et déni organisé. Québec: Presse de l'Université Laval; 2017.
- 2 Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, et al. "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Med J Aus* 1997;166:182-6.
- 3 Priest RG, Vize C, Roberts A, et al. Lay people's attitudes to treatment of depression: results of opinion poll for Defeat Depression Campaign just before its launch. *BMJ* 1996;313:858-9.
- 4 Paykel ES, Hart D, Priest RG. Changes in public attitudes to depression during the Defeat Depression Campaign. *Br J Psychiatry* 1998;173:519-22.
- 5 Read J, Timimi S, Bracken P, Brown M, Gøtzsche P, Gordon P, et al. Why did official accounts of antidepressant withdrawal symptoms differ so much from research findings and patients' experiences? *Ethical Hum Psychol Psychiatry* (submitted).
- 6 Kessing L, Hansen HV, Demyttenaere K, et al. Depressive and bipolar disorders: patients' attitudes and beliefs towards depression and antidepressants. *Psychological Medicine* 2005;35:1205-13.
- 7 McHugh RK, Whitton SW, Peckham AD, Welge JA, Otto MW. Patient preference for psychological vs pharmacologic treatment of psychiatric disorders: a meta-analytic review. *J Clin Psychiatry* 2013;74:595-602.
- 8 Olfson M, Blanco C, Marcus SC. Treatment of adult depression in the United States. *JAMA Intern Med* 2016;176:1482-91.
- 9 Breggin P. The most dangerous thing you will ever do. *Mad in America* 2020; March 2. <https://www.madinamerica.com/2020/03/dangerous-thing-psychiatrist/>.
- 10 Gøtzsche PC. Psychiatry gone astray. 2014; Jan 21. <https://davidhealy.org/psychiatry-gone-astray/>.
- 11 Breggin PR. Brain-disabling treatments in psychiatry: drugs, electroshock, and the psychopharmaceutical complex. New York: Springer; 2008.
- 12 Breggin PR. Intoxication anosognosia: the spellbinding effect of psychiatric drugs. *Ethical Hum Psychol Psychiatry* 2006;8:201-15.
- 13 Gøtzsche P. Surviving psychiatry: a typical case of serious psychiatric drug harms. *Mad in America* 2020; Jan 7. <https://www.madinamerica.com/2020/01/surviving-psychiatry-typical-case-serious-psychiatric-drug-harms/>.
- 14 Bielefeldt AØ, Danborg PB, Gøtzsche PC. Precursors to suicidality and violence on antidepressants: systematic review of trials in adult healthy volunteers. *J R Soc Med* 2016;109:381-92.

- 15 Maund E, Guski LS, Gøtzsche PC. Considering benefits and harms of duloxetine for treatment of stress urinary incontinence: a meta-analysis of clinical study reports. *CMAJ* 2017;189:E194-203.
- 16 Hengartner MP, Plöderl M. Newer-generation antidepressants and suicide risk in randomized controlled trials: a re-analysis of the FDA database. *Psychother Psychosom* 2019;88:247-8.
- 17 Hengartner MP, Plöderl M. Reply to the Letter to the Editor: “Newer-Generation Antidepressants and Suicide Risk: Thoughts on Hengartner and Plöderl’s Re-Analysis.” *Psychother Psychosom* 2019;88:373-4.
- 18 FDA package insert for Effexor. Accessed 4 Jan 2020. [https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda\\_docs/label/2008/020151s0511bl.pdf](https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2008/020151s0511bl.pdf).
- 19 FDA package insert for Neurontin. Accessed 4 Jan 2020. [https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda\\_docs/label/2017/020235s064\\_020882s047\\_021129s0461bl.pdf](https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2017/020235s064_020882s047_021129s0461bl.pdf)
- 20 Horowitz MA, Taylor D. Tapering of SSRI treatment to mitigate withdrawal symptoms. *Lancet Psychiatry* 2019;6:538-46.
- 21 Davidsen AS, Jürgens G, Nielsen RE. Farmakologisk behandling af unipolar depression hos voksne i almen praksis. *Rationel Farmakoterapi* 2019; Nov.
- 22 Gøtzsche PC. *Survival in an overmedicated world: look up the evidence yourself*. Copenhagen: People’s Press; 2019.
- 23 Demasi M, Gøtzsche PC. Presentation of benefits and harms of antidepressants on websites: cross sectional study. *Int J Risk Saf Med* 2020;31:53-65.
- 24 Whitaker R. *Anatomy of an epidemic*, 2nd edition. New York: Broadway Paperbacks; 2015.

## **Chapitre 2. La psychiatrie est-elle fondée sur des preuves ?**

- 1 Whitaker R. *Mad in America: bad science, bad medicine, and the enduring mistreatment of the mentally ill*. Cambridge: Perseus Books Group; 2002.
- 2 Healy D. *Let them eat Prozac*. New York: New York University Press; 2004.
- 3 Whitaker R. *Anatomy of an epidemic*, 2nd edition. New York: Broadway Paperbacks; 2015.
- 4 Gøtzsche PC. *Psychiatrie mortelle et déni organisé*. Québec: Presse de l’Université Laval; 2017.
- 5 Medawar C. The antidepressant web - marketing depression and making medicines work. *Int J Risk & Saf Med* 1997;10:75-126.
- 6 Caplan PJ. *They say you’re crazy: how the world’s most powerful psychiatrists decide who’s normal*. Jackson: Da Capo Press; 1995.
- 7 Breggin PR. *Brain-disabling treatments in psychiatry: drugs, electroshock, and the psychopharmaceutical complex*. New York: Springer; 2008.

- 8 Kirsch I. The Emperor's new drugs: exploding the antidepressant myth. New York: Basic Books; 2009.
- 9 Moncrieff J. The bitterest pills. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2013.
- 10 Davies J, ed. The sedated society. London: Palgrave Macmillan; 2017.
- 11 McLaren N. Anxiety, the inside story. How biological psychiatry got it wrong. Ann Arbor: Future Psychiatry Press; 2018.
- 12 Sharfstein S. Big Pharma and American psychiatry: The good, the bad and the ugly. *Psychiatric News* 2005;40:3.
- 13 Angermeyer MC, Holzinger A, Carta MG, et al. Biogenetic explanations and public acceptance of mental illness: systematic review of population studies. *Br J Psychiatry* 2011;199:367–72.
- 14 Read J, Haslam N, Magliano L. Prejudice, stigma and “schizophrenia:” the role of bio-genetic ideology. In: *Models of Madness*. (John Read and Jacqui Dillon, eds.). London: Routledge, 2013.
- 15 Read J, Haslam N, Sayce L, et al. Prejudice and schizophrenia: a review of the “mental illness is an illness like any other” approach. *Acta Psychiatr Scand* 2006;114:303-18.
- 16 Kvaale EP, Haslam N, Gottdiener WH. The ‘side effects’ of medicalization: a meta-analytic review of how biogenetic explanations affect stigma. *Clin Psychol Rev* 2013;33:782–94.
- 17 Lebowitz MS, Ahn WK. Effects of biological explanations for mental disorders on clinicians’ empathy. *Proc Natl Acad Sci USA* 2014;111:17786-90.
- 18 Davies J. *Cracked: why psychiatry is doing more harm than good*. London: Icon Books; 2013.
- 19 Kirk SA, Kutchins H. *The selling of DSM: the rhetoric of science in psychiatry*. New York: Aldine de Gruyter; 1992.
- 20 Williams JB, Gibbon M, First MB, et al. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). II. Multisite test-retest reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:630-6.
- 21 Adult ADHD Self-Report Scale-V1.1 (ASRS-V1.1) Symptoms Checklist from WHO Composite International Diagnostic Interview; 2003.
- 22 Pedersen AT. En psykiatrisk diagnose hænger ved resten af livet. *PsykiatriAvisen* 2019; Jan 18. <https://www.psykiatriavisen.dk/2019/01/18/en-psykiatrisk-diagnose-haenger-ved-resten-af-livet/>.
- 23 Frandsen P. *Et anker af flamingo: Det, vi glemmer, gemmer vi i hjertet*. Odense: Mellemsgaard; 2019.
- 24 Pedersen AT. *Diagnosing Psychiatry*. <https://vimeo.com/ondemand/diagnosingpsychiatryen>.
- 25 Breggin P. *The most dangerous thing you will ever do. Mad in America* 2020; March 2. <https://www.madinamerica.com/2020/03/dangerous-thing-psychiatrist/>.

- 26 Biederman J, Faraone S, Mick E, et al. Attention-deficit hyperactivity disorder and juvenile mania: an overlooked comorbidity? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:997-1008.
- 27 Moreno C, Laje G, Blanco C, Jiang H, Schmidt AB, Olfson M. National trends in the outpatient diagnosis and treatment of bipolar disorder in youth. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:1032-9.
- 28 Gøtzsche PC. Psychopharmacology is not evidence-based medicine. In: James D (ed.). *The sedated society. The causes and harms of our psychiatric drug epidemic.* London: Palgrave Macmillan; 2017.
- 29 Varese F, Smeets F, Drukker M, Lieverse R, Lataster T, Viechtbauer W, et al. Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophr Bull* 2012;38:661-71.
- 30 Shevlin M, Houston JE, Dorahy MJ, Adamson G. Cumulative traumas and psychosis: an analysis of the national comorbidity survey and the British Psychiatric Morbidity Survey. *Schizophr Bull* 2008;34:193-9.
- 31 Kingdon D, Sharma T, Hart D and the Schizophrenia Subgroup of the Royal College of Psychiatrists' Changing Mind Campaign. What attitudes do psychiatrists hold towards people with mental illness? *Psychiatric Bulletin* 2004;28:401-6.
- 32 Demasi M, Gøtzsche PC. Presentation of benefits and harms of antidepressants on websites: cross sectional study. *Int J Risk Saf Med* 2020;31:53-65.
- 33 Kessing L, Hansen HV, Demyttenaere K, et al. Depressive and bipolar disorders: patients' attitudes and beliefs towards depression and antidepressants. *Psychological Medicine* 2005;35:1205-13.
- 34 Christensen AS. DR2 undersøger Danmark på piller. 2013; Mar 20. <https://www.dr.dk/presse/dr2-undersoeger-danmark-paa-piller>.
- 35 Ditzel EE. Psykiatri-professor om DR-historier: "Skræmmekampagne der kan koste liv." *Journalisten* 2013; Apr 11. <https://journalisten.dk/psykiatri-professor-om-dr-historier-skraemmekampagne-der-kan-koste-liv/>.
- 36 Gøtzsche PC. *Death of a whistleblower and Cochrane's moral collapse.* Copenhagen: People's Press; 2019.
- 37 Sterll B. Den psykiatriske epidemi. *Psykolognyt* 2013;20:8-11.
- 38 Gøtzsche PC. Psychiatry gone astray. 2014; Jan 21. <https://davidhealy.org/psychiatry-gone-astray/>.
- 39 Rasmussen LI. Industriens markedsføring er meget, meget effektiv. Den har fået lægerne til at tro på, at eksempelvis antidepressiva er effektive lægemidler. Det er de overhovedet ikke. *Politiken* 2015; Aug 30:PS 8-9.
- 40 Schultz J. Peter Gøtzsche melder psykiater til Lægeetisk Nævn. *Dagens Medicin* 2015; Oct 2. <http://www.dagensmedicin.dk/nyheder/psykiatri/gotzsche-melder-psykiater-til-lageetisk-navn/>.

- 41 Psykiatrifonden. Depression er en folkesygdom - især for kvinder. 2017; Jan 31. <http://www.psykiatrifonden.dk/viden/gode-raad-og-temaer/depression/depression-er-en-folkesygdom.aspx>.
- 42 Kessing LV. Depression, hvordan virker medicin. Patienthåndbogen 2015; July 5. <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/psyke/sygdomme/laegemidler/depression-hvordan-virker-medicin/>.
- 43 Videbech P. SSRI, antidepressivum. Patienthåndbogen 2015; July 23. <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/psyke/sygdomme/laegemidler/ssri-antidepressivum/>.
- 44 Scheuer SR. Studerende: Antidepressiv medicin er ikke løsningen på sjælelige problemer. Kristeligt Dagblad 2018; Mar 19.
- 45 Christensen DC. Dear Luise: a story of power and powerlessness in Denmark's psychiatric care system. Portland: Jorvik Press; 2012.
- 46 Angoa-Pérez M, Kane MJ, Briggs DI. et al. Mice genetically depleted of brain serotonin do not display a depression-like behavioral phenotype. ACS Chem Neurosci 2014;5:908-19.
- 47 Hindmarch I. Expanding the horizons of depression: beyond the monoamine hypothesis. Hum Psychopharmacol 2001;16:203-218.
- 48 Castrén E. Is mood chemistry? Nat Rev Neurosci 2005;6:241-6.
- 49 Gøtzsche PC, Dinnage O. What have antidepressants been tested for? A systematic review. Int J Risk Saf Med 2020;31:157-63.
- 50 Hyman SE, Nestler EJ. Initiation and adaptation: a paradigm for understanding psychotropic drug action. Am J Psychiatry 1996;153:151-62.
- 51 Gøtzsche PC. Remèdes mortels et crime organisé : comment l'industrie pharmaceutique a corrompu les services de santé. Québec: Presse de l'Université Laval; 2015.
- 52 Moncrieff J, Cohen D. Do antidepressants cure or create abnormal brain states? PLoS Med 2006;3:e240.
- 53 Hamilton M. A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatr 1960;23:56-62.
- 54 Gøtzsche PC. Survival in an overmedicated world: look up the evidence yourself. Copenhagen: People's Press; 2019.
- 55 Sharma T, Guski LS, Freund N, Gøtzsche PC. Suicidality and aggression during antidepressant treatment: systematic review and meta-analyses based on clinical study reports. BMJ 2016;352:i65.
- 56 Breggin P. Psychiatric drug withdrawal: A guide for prescribers, therapists, patients and their families. New York: Springer; 2012.
- 57 Davies J, Read J. A systematic review into the incidence, severity and duration of antidepressant withdrawal effects: Are guidelines evidence-based? Addict Behav 2019;97:111-21.

- 58 Danborg PB, Gøtzsche PC. Benefits and harms of antipsychotic drugs in drug-naïve patients with psychosis: A systematic review. *Int J Risk Saf Med* 2019;30:193-201.
- 59 Francey SM, O'Donoghue B, Nelson B, Graham J, Baldwin L, Yuen HP, et al. Psychosocial intervention with or without antipsychotic medication for first episode psychosis: a randomized noninferiority clinical trial. *Schizophr Bull Open* 2020; Mar 20. <https://doi.org/10.1093/schizbullopen/sgaa015>.
- 60 Bola J, Kao D, Soydan H, et al. Antipsychotic medication for early episode schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;6:CD006374.
- 61 Demasi M. Cochrane – A sinking ship? *BMJ* 2018; 16 Sept. <https://blogs.bmj.com/bmjebmspotlight/2018/09/16/cochrane-a-sinking-ship/>.
- 62 Leucht S, Tardy M, Komossa K, et al. Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2012;379:2063-71.
- 63 Wunderink L, Nieboer RM, Wiersma D, et al. Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy: long-term follow-up of a 2-year randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2013;70:913-20.
- 64 Hui CLM, Honer WG, Lee EHM, Chang WC, Chan SKW, Chen ESM, et al. Long-term effects of discontinuation from antipsychotic maintenance following first-episode schizophrenia and related disorders: a 10 year follow-up of a randomised, double-blind trial. *Lancet Psychiatry* 2018;5:432-42.
- 65 Chen EY, Hui CL, Lam MM, Chiu CP, Law CW, Chung DW, et al. Maintenance treatment with quetiapine versus discontinuation after one year of treatment in patients with remitted first episode psychosis: randomised controlled trial. *BMJ* 2010;341:c4024.
- 66 Whitaker R. Lure of riches fuels testing. *Boston Globe* 1998; Nov 17.
- 67 Cole JO. Phenothiazine treatment in acute schizophrenia; effectiveness: the National Institute of Mental Health Psychopharmacology Service Center Collaborative Study Group. *Arch Gen Psychiatry* 1964;10:246-61.
- 68 Leucht S, Kane JM, Etschel E, et al. Linking the PANSS, BPRS, and CGI: clinical implications. *Neuropsychopharmacology* 2006;31:2318-25.
- 69 Khin NA, Chen YF, Yang Y, et al. Exploratory analyses of efficacy data from schizophrenia trials in support of new drug applications submitted to the US Food and Drug Administration. *J Clin Psychiatry* 2012;73:856–64.
- 70 Leucht S, Fennema H, Engel R, et al. What does the HAMD mean? *J Affect Disord* 2013;148:243-8.
- 71 Jakobsen JC, Katakam KK, Schou A, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors versus placebo in patients with major depressive disorder. A systematic review with meta-analysis and Trial Sequential Analysis. *BMC Psychiatry* 2017;17:58.

- 72 Cipriani A, Zhou X, Del Giovane C, Hetrick SE, Qin B, Whittington C, et al. Comparative efficacy and tolerability of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: a network meta-analysis. *Lancet* 2016;388:881-90.
- 73 Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, et al. Initial severity and antidepressant benefits: A meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Med* 2008;5:e45.
- 74 Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, et al. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *JAMA* 2010;303:47-53.
- 75 Gøtzsche PC, Gøtzsche PK. Cognitive behavioural therapy halves the risk of repeated suicide attempts: systematic review. *J R Soc Med* 2017;110:404-10.
- 76 Moncrieff J, Wessely S, Hardy R. Active placebos versus antidepressants for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;1:CD003012.
- 77 Moncrieff J. *The myth of the chemical cure*. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2008.
- 78 Michelson D, Fava M, Amsterdam J, et al. Interruption of selective serotonin reuptake inhibitor treatment. Double-blind, placebo-controlled trial. *Br J Psychiatry* 2000;176:363-8.
- 79 Rosenbaum JF, Fava M, Hoog SL, et al. Selective serotonin reuptake inhibitor discontinuation syndrome: a randomised clinical trial. *Biol Psychiatry* 1998;44:77-87.
- 80 Breggin P. *Medication madness*. New York: St. Martin's Griffin; 2008.
- 81 Hughes S, Cohen D, Jaggi R. Differences in reporting serious adverse events in industry sponsored clinical trial registries and journal articles on antidepressant and antipsychotic drugs: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2014;4:e005535.
- 82 Schneider LS, Dagerman KS, Insel P. Risk of death with atypical antipsychotic drug treatment for dementia: meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *JAMA* 2005;294:1934-43.
- 83 FDA. Alert for Healthcare Professionals: Risperidone (marketed as Risperdal). 2006; Sept <https://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/ucm152291.htm>. Link inactive, as the issue has been described in the risperidone package insert: [https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda\\_docs/label/2009/020272s056,020588s044,021346s033,021444s03lbl.pdf](https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2009/020272s056,020588s044,021346s033,021444s03lbl.pdf).
- 84 Koponen M, Taipale H, Lavikainen P, et al. Risk of mortality associated with antipsychotic monotherapy and polypharmacy among community-dwelling persons with Alzheimer's disease. *J Alzheimers Dis* 2017;56:107-18.
- 85 Gøtzsche PC. Psychiatry ignores an elephant in the room. *Mad in America* 2017; Sept 21. <https://www.madinamerica.com/2017/09/psychiatry-ignores-elephant-room/>.

- 86 Hegelstad WT, Larsen TK, Auestad B, et al. Long-term follow-up of the TIPS early detection in psychosis study: effects on 10-year outcome. *Am J Psychiatry* 2012;169:374-80.
- 87 Melle I, Olav Johannesen J, Haahr UH, et al. Causes and predictors of premature death in first-episode schizophrenia spectrum disorders. *World Psychiatry* 2017;16:217-8.
- 88 Chung DT, Ryan CJ, Hadzi-Pavlovic D, et al. Suicide rates after discharge from psychiatric facilities: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2017;74:694-702.
- 89 Hjorthøj CR, Madsen T, Agerbo E et al. Risk of suicide according to level of psychiatric treatment: a nationwide nested case-control study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2014;49:1357–65.
- 90 Large MM, Ryan CJ. Disturbing findings about the risk of suicide and psychiatric hospitals. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2014;49:1353–5.
- 91 Brown S. Excess mortality of schizophrenia. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997;171:502-8.
- 92 Wils RS, Gotfredsen DR, Hjorthøj C, et al. Antipsychotic medication and remission of psychotic symptoms 10 years after a first-episode psychosis. *Schizophr Res* 2017;182:42-8.
- 93 Forskningsrådet. Tilgjengeliggjøring av forskningsdata. 2017; Dec. ISBN 978-82-12-03653-6.
- 94 Gøtzsche PC. Does long term use of psychiatric drugs cause more harm than good? *BMJ* 2015;350:h2435.
- 95 Dold M, Li C, Tardy M, et al. Benzodiazepines for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;11:CD006391.
- 96 Coupland C, Dhiman P, Morriss R, et al. Antidepressant use and risk of adverse outcomes in older people: population based cohort study. *BMJ* 2011;343:d4551.
- 97 Bielefeldt AØ, Danborg PB, Gøtzsche PC. Precursors to suicidality and violence on antidepressants: systematic review of trials in adult healthy volunteers. *J R Soc Med* 2016;109:381-92.
- 98 Maund E, Guski LS, Gøtzsche PC. Considering benefits and harms of duloxetine for treatment of stress urinary incontinence: a meta-analysis of clinical study reports. *CMAJ* 2017;189:E194-203.
- 99 Hengartner MP, Plöderl M. Newer-generation antidepressants and suicide risk in randomized controlled trials: a re-analysis of the FDA database. *Psychother Psychosom* 2019;88:247-8.
- 100 Hengartner MP, Plöderl M. Reply to the Letter to the Editor: “Newer-Generation Antidepressants and Suicide Risk: Thoughts on Hengartner and Plöderl’s Re-Analysis.” *Psychother Psychosom* 2019;88:373-4.

- 101 Le Noury J, Nardo JM, Healy D, Jureidini J, Raven M, Tufanaru C, Abi-Jaoude E. Restoring Study 329: efficacy and harms of paroxetine and imipramine in treatment of major depression in adolescence. *BMJ* 2015;351:h4320.
- 102 Lars Kessing i Aftenshowet. DR1 2013; Apr 15.
- 103 Klein DF. The flawed basis for FDA post-marketing safety decisions: the example of anti-depressants and children. *Neuropsychopharmacology* 2006;31:689–99.
- 104 Emslie GJ, Rush AJ, Weinberg WA, et al. Rintelmann J. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of fluoxetine in children and adolescents with depression. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:1031-7.
- 105 Eli Lilly and Company. Protocol B1Y-MC-X065. Clinical study main report: Fluoxetine versus placebo in the acute treatment of major depressive disorder in children and adolescents. 2000; Aug 8.
- 106 Jureidini JN, Doecke CJ, Mansfield PR, Haby MM, Menkes DB, Tonkin AL. Efficacy and safety of antidepressants for children and adolescents. *BMJ* 2004;328:879-83.
- 107 Laughren TP. Overview for December 13 Meeting of Psychopharmacologic Drugs Advisory Committee (PDAC). 2006; Nov 16.  
[www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/06/briefing/2006-4272b1-01-FDA.pdf](http://www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/06/briefing/2006-4272b1-01-FDA.pdf).
- 108 Vanderburg DG, Batzar E, Fogel I, et al. A pooled analysis of suicidality in double-blind, placebo-controlled studies of sertraline in adults. *J Clin Psychiatry* 2009;70:674-83.
- 109 Gunnell D, Saperia J, Ashby D. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and suicide in adults: meta-analysis of drug company data from placebo controlled, randomised controlled trials submitted to the MHRA's safety review. *BMJ* 2005;330:385.
- 110 Fergusson D, Doucette S, Glass KC, et al. Association between suicide attempts and selective serotonin reuptake inhibitors: systematic review of randomised controlled trials. *BMJ* 2005;330:396.
- 111 FDA. Antidepressant use in children, adolescents, and adults. <http://www.fda.gov/drugs/drugsafety/informationbydrugclass/ucm096273.htm>.
- 112 Australian Government, Department of Health. The mental health of Australians. 2009 May. <https://www1.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/mental-pubs-m-mhaust2-toc~mental-pubs-m-mhaust2-hig~mental-pubs-m-mhaust2-hig-sui>.
- 113 Crowner ML, Douyon R, Convit A, Gaztanaga P, Volavka J, Bakall R. Akathisia and violence. *Psychopharmacol Bull* 1990;26:115-7.
- 114 Sharma T, Guski LS, Freund N, Meng DM, Gøtzsche PC. Drop-out rates in placebo-controlled trials of antidepressant drugs: A systematic review and meta-analysis based on clinical study reports. *Int J Risk Saf Med* 2019;30:217-32.

- 115 Paludan-Müller AS, Sharma T, Rasmussen K, Gøtzsche PC. Extensive selective reporting of quality of life in clinical study reports and publications of placebo-controlled trials of antidepressants. *Int J Risk Saf Med* 2020 (in press).
- 116 Montejo A, Llorca G, Izquierdo J, et al. Incidence of sexual dysfunction associated with antidepressant agents: a prospective multicenter study of 1022 outpatients. Spanish Working Group for the study of psychotropic-related sexual dysfunction. *J Clin Psychiatry* 2001;62 (suppl 3):10–21.
- 117 Healy D, Le Noury J, Mangin D. Enduring sexual dysfunction after treatment with antidepressants, 5 $\alpha$ -reductase inhibitors and isotretinoin: 300 cases. *Int J Risk Saf Med* 2018;29:125-34.
- 118 Healy D, Le Noury J, Mangin D. Post-SSRI sexual dysfunction: Patient experiences of engagement with healthcare professionals. *Int J Risk Saf Med* 2019;30:167-78.
- 119 Healy D. Antidepressants and sexual dysfunction: a history. *J R Soc Med* 2020;113:133-5.
- 120 FDA package insert for Prozac. Accessed 14 March 2020. <https://pi.lilly.com/us/prozac.pdf>.
- 121 Medawar C, Hardon A. Medicines out of Control? Antidepressants and the conspiracy of goodwill. Netherlands: Aksant Academic Publishers; 2004.
- 122 FDA package insert for Effexor. Accessed 4 Jan 2020. [https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda\\_docs/label/2008/020151s051lbl.pdf](https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2008/020151s051lbl.pdf).
- 123 FDA package insert for Lithobid. Accessed 12 March 2020. [https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda\\_docs/label/2016/018027s059lbl.pdf](https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2016/018027s059lbl.pdf).
- 124 Cipriani A, Hawton K, Stockton S, et al. Lithium in the prevention of suicide in mood disorders: updated systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2013;346:f3646.
- 125 Börjesson J, Gøtzsche PC. Effect of lithium on suicide and mortality in mood disorders: A systematic review. *Int J Risk Saf Med* 2019;30:155-66.
- 126 FDA package insert for Neurontin. Accessed 4 Jan 2020. [https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda\\_docs/label/2017/020235s064\\_020882s047\\_021129s046lbl.pdf](https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2017/020235s064_020882s047_021129s046lbl.pdf).
- 127 Ghaemi SN. The failure to know what isn't known: negative publication bias with lamotrigine and a glimpse inside peer review. *Evid Based Ment Health* 2009;12:65-8.
- 128 Weingart SN, Wilson RM, Gibberd RW, et al. Epidemiology of medical error. *BMJ* 2000;320:774–7.
- 129 Starfield B. Is US health really the best in the world? *JAMA* 2000;284:483–5.
- 130 Lazarou J, Pomeranz BH, Corey PN. Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: a meta-analysis of prospective studies. *JAMA* 1998;279:1200–5.

- 131 Ebbesen J, Buajordet I, Erikssen J, et al. Drug-related deaths in a department of internal medicine. *Arch Intern Med* 2001;161:2317–23.
- 132 Pirmohamed M, James S, Meakin S, et al. Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18 820 patients. *BMJ* 2004;329:15-9.
- 133 van der Hooft CS, Sturkenboom MC, van Grootheest K, et al. Adverse drug reaction-related hospitalisations: a nationwide study in The Netherlands. *Drug Saf* 2006;29:161-8.
- 134 Landrigan CP, Parry GJ, Bones CB, et al. Temporal trends in rates of patient harm resulting from medical care. *N Engl J Med* 2010;363:2124-34.
- 135 James JTA. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. *J Patient Saf* 2013;9:122-8.
- 136 Archibald K, Coleman R, Foster C. Open letter to UK Prime Minister David Cameron and Health Secretary Andrew Lansley on safety of medicines. *Lancet* 2011;377:1915.
- 137 Makary MA, Daniel M. Medical error - the third leading cause of death in the US. *BMJ* 2016;353:i2139.
- 138 Centers for Disease Control and Prevention. Leading causes of death. [www.cdc.gov/nchs/fastats/lcod.htm](http://www.cdc.gov/nchs/fastats/lcod.htm).
- 139 WHO. Management of substance abuse. Amphetamine-like substances. Undated. Downloaded 14 March 2020. [https://www.who.int/substance\\_abuse/facts/ATS/en/](https://www.who.int/substance_abuse/facts/ATS/en/).
- 140 National Institute on Drug Abuse. What is the scope of methamphetamine misuse in the United States? 2019; Oct. <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/methamphetamine/what-scope-methamphetamine-misuse-in-united-states>.
- 141 Moore TJ, Glenmullen J, Furberg CD. Prescription drugs associated with reports of violence towards others. *PLoS One* 2010;5:e15337.
- 142 Molina BS, Flory K, Hinshaw SP, et al. Delinquent behavior and emerging substance use in the MTA at 36 months: prevalence, course, and treatment effects. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46:1028-40.
- 143 The MTA Cooperative Group. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:1073-86.
- 144 Jensen PS, Arnold LE, Swanson JM, et al. 3-year follow-up of the NIMH MTA study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46:989-1002.
- 145 Molina BS, Hinshaw SP, Swanson JM, et al. The MTA at 8 years: prospective follow-up of children treated for combined-type ADHD in a multisite study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009;48:484-500.
- 146 Swanson JM, Arnold LE, Molina BSG, et al. Young adult outcomes in the follow-up of the multimodal treatment study of attention-deficit/hyperactivity

- disorder: symptom persistence, source discrepancy, and height suppression. *J Child Psychol Psychiatry* 2017;58:663-78.
- 147 Borcharding BG, Keysor CS, Rapoport JL, et al. Motor/vocal tics and compulsive behaviors on stimulant drugs: is there a common vulnerability? *Psychiatry Res* 1990;33:83-94.
- 148 Breggin PR. The rights of children and parents in regard to children receiving psychiatric diagnoses and drugs. *Children & Society* 2014;28:231-41.
- 149 Danborg PB, Simonsen AL, Gøtzsche PC. Impaired reproduction after exposure to ADHD drugs: Systematic review of animal studies. *Int J Risk Saf Med* 2017;29:107-24.
- 150 Cherland E, Fitzpatrick R. Psychotic side effects of psychostimulants: a 5-year review. *Can J Psychiatry* 1999;44:811-3.
- 151 Boesen K, Saiz LC, Erviti J, Storebø OJ, Glud C, Gøtzsche PC, et al. The Cochrane Collaboration withdraws a review on methylphenidate for adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Evid Based Med* 2017;22:143-7.
- 152 Storebø OJ, Ramstad E, Krogh HB, Nilausen TD, Skoog M, Holmskov M, et al. Methylphenidate for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Cochrane Database Syst Rev* 2015;11:CD009885.
- 153 Boesen K, Paludan-Müller AS, Gøtzsche PC, Jørgensen KJ. Extended-release methylphenidate for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;11:CD012857 (protocol; review in progress).
- 154 Wallach-Kildemoes H, Skovgaard AM, Thielen K, Pottegård A, Mortensen LH. Social adversity and regional differences in prescribing of ADHD medication for school-age children. *J Dev Behav Pediatr* 2015;36:330-41.
- 155 Morrow RL, Garland EJ, Wright JM, et al. Influence of relative age on diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *CMAJ* 2012;184:755-62.
- 156 Santaguida P, MacQueen G, Keshavarz H, Levine M, Beyene J, Raina P. Treatment for depression after unsatisfactory response to SSRIs. Comparative effectiveness review No. 62. (Prepared by McMaster University Evidence-based Practice Center under Contract No. HHS 290 2007 10060 I.) AHRQ Publication No.12-EHC050-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2012: April. [www.ahrq.gov/clinic/epcix.htm](http://www.ahrq.gov/clinic/epcix.htm).
- 157 Rink L, Braun C, Bschor T, Henssler J, Franklin J, Baethge C. Dose increase versus unchanged continuation of antidepressants after initial antidepressant treatment failure in patients with major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis of randomized, double-blind trials. *J Clin Psychiatry* 2018;79(3).
- 158 Samara MT, Klupp E, Helfer B, Rothe PH, Schneider-Thoma J, Leucht S. Increasing antipsychotic dose for non response in schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;5:CD011883.

- 159 Miller M, Swanson SA, Azrael D, Pate V, Stürmer T. Antidepressant dose, age, and the risk of deliberate self-harm. *JAMA Intern Med* 2014;174:899-909.
- 160 Ho BC, Andreasen NC, Ziebell S, et al. Long-term antipsychotic treatment and brain volumes: a longitudinal study of first-episode schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68:128-37.
- 161 Zipursky RB, Reilly TJ, Murray RM. The myth of schizophrenia as a progressive brain disease. *Schizophr Bull* 2013;39:1363-72.
- 162 Videbech P. Debatten om antidepressiv medicin - Virker det, og bliver man afhængig? *BestPractice Psykiatri/Neurologi* 2014; May:nr. 25.
- 163 Ownby RL, Crocco E, Acevedo A, et al. Depression and risk for Alzheimer disease: systematic review, meta-analysis, and metaregression analysis. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:530-8.
- 164 Moraros J, Nwankwo C, Patten SB, Mousseau DD. The association of antidepressant drug usage with cognitive impairment or dementia, including Alzheimer disease: A systematic review and meta-analysis. *Depress Anxiety* 2017;34:217-26.
- 165 Coupland CAC, Hill T, Dening T, Morriss R, Moore M, Hippisley-Cox J. Anticholinergic drug exposure and the risk of dementia: a nested case-control study. *JAMA Intern Med* 2019; Jun 24.
- 166 Mojtabai R, Olfson M. National trends in psychotropic medication polypharmacy in office-based psychiatry. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67:26-36.
- 167 Videos from International meeting: Psychiatric drugs do more harm than good. Copenhagen 2015; Sept 16. <https://www.deadlymedicines.dk/wp-content/uploads/2014/10/International-meeting1.pdf>
- 168 Gøtzsche PC. Long-term use of antipsychotics and antidepressants is not evidence-based. *Int J Risk Saf Med* 2020;31:37-42.
- 169 Belmaker RH, Wald D. Haloperidol in normals. *Br J Psychiatry* 1977;131:222-3.
- 170 Kroken RA, Kjelby E, Wentzel-Larsen T, Mellesdal LS, Jørgensen HA, Johnsen E. Time to discontinuation of antipsychotic drugs in a schizophrenia cohort: influence of current treatment strategies. *Ther Adv Psychopharmacol* 2014;4:228-39.
- 171 Nielsen M, Hansen EH, Gøtzsche PC. Dependence and withdrawal reactions to benzodiazepines and selective serotonin reuptake inhibitors. How did the health authorities react? *Int J Risk Saf Med* 2013;25:155-68.
- 172 Committee on the Review of Medicines. Systematic review of the benzodiazepines. Guidelines for data sheets on diazepam, chlordiazepoxide, medazepam, clorazepate, lorazepam, oxazepam, temazepam, triazolam, nitrazepam, and flurazepam. *Br Med J* 1980;280:910-2.
- 173 Gøtzsche PC. Long-term use of benzodiazepines, stimulants and lithium is not evidence-based. *Clin Neuropsychiatry* 2020;17 (in press).

- 174 Ilyas S, Moncrieff J. Trends in prescriptions and costs of drugs for mental disorders in England, 1998-2010. *Br J Psychiatry* 2012;200:393-8.
- 175 Nielsen M, Gøtzsche P. An analysis of psychotropic drug sales. Increasing sales of selective serotonin reuptake inhibitors are closely related to number of products. *Int J Risk Saf Med* 2011;23:125-32.
- 176 Nielsen M, Hansen EH, Gøtzsche PC. What is the difference between dependence and withdrawal reactions? A comparison of benzodiazepines and selective serotonin re-uptake inhibitors. *Addict* 2012;107:900-8.
- 177 Oswald I, Lewis SA, Dunleavy DL, Brezinova V, Briggs M. Drugs of dependence though not of abuse: fenfluramine and imipramine. *Br Med J* 1971;3:70-3.
- 178 Priest RG, Vize C, Roberts A, et al. Lay people's attitudes to treatment of depression: results of opinion poll for Defeat Depression Campaign just before its launch. *BMJ* 1996;313:858-9.
- 179 Read J, Timimi S, Bracken P, Brown M, Gøtzsche P, Gordon P, et al. Why did official accounts of antidepressant withdrawal symptoms differ so much from research findings and patients' experiences? *Ethical Hum Psychol Psychiatry* (submitted).
- 180 Public Health England. Dependence and withdrawal associated with some prescribed medications: an evidence Review. 2019; Sept. [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/829777/PHE\\_PMR\\_report.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/829777/PHE_PMR_report.pdf).
- 181 Nutt DJ, Goodwin GM, Bhugra D, Fazel S, Lawrie S. Attacks on antidepressants: signs of deep-seated stigma? *Lancet Psychiatry* 2014;1:102-4.
- 182 Raven M. Depression and antidepressants in Australia and beyond: a critical public health analysis (PhD thesis). University of Wollongong, Australia; 2012. <http://ro.uow.edu.au/theses/3686/>.
- 183 Gøtzsche PC. Usage of depression pills almost halved among children in Denmark. *Mad in America* 2018; May 4. <https://www.madinamerica.com/2018/05/usage-depression-pills-almost-halved-among-children-denmark/>.
- 184 Chan A-W, Hróbjartsson A, Haahr MT, Gøtzsche PC, Altman DG. Empirical evidence for selective reporting of outcomes in randomized trials: comparison of protocols to published articles. *JAMA* 2004;291:2457-65.
- 185 Carney S, Geddes J. Electroconvulsive therapy. *BMJ* 2003;326:1343-4.
- 186 Read J, Bentall R. The effectiveness of electroconvulsive therapy: a literature review. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2010 Oct-Dec;19:333-47.
- 187 Rose D, Fleischmann P, Wykes T, et al. Patients' perspectives on electroconvulsive therapy: systematic review. *BMJ* 2003;326:1363.

### Chapitre 3. Psychothérapie

- 1 Gøtzsche PC. *Psychiatrie mortelle et déni organisé*. Québec: Presse de l'Université Laval; 2017.
- 2 Gøtzsche PC. Chemical or psychological psychotherapy? *Mad in America* 2017; Jan 29. <https://www.madinamerica.com/2017/01/chemical-psychological-psychotherapy/>.
- 3 Krupnick JL, Sotsky SM, Simmens S, et al. The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *J Consult Clin Psychol* 1996;64:532–9.
- 4 Demyttenaere K, Donneau A-F, Albert A, et al. What is important in being cured from: Does discordance between physicians and patients matter? (2). *J Affect Disord* 2015;174:372–7.
- 5 Sørensen A, Gøtzsche. Antidepressant drugs are a type of maladaptive emotion regulation (submitted).
- 6 Spielmans GI, Berman MI, Usitalo AN. Psychotherapy versus second-generation antidepressants in the treatment of depression: a meta-analysis. *J Nerv Ment Dis* 2011;199:142–9.
- 7 Cuijpers P, Hollon SD, van Straten A, et al. Does cognitive behaviour therapy have an enduring effect that is superior to keeping patients on continuation pharmacotherapy? A meta-analysis. *BMJ Open* 2013;26;3(4).
- 8 Breggin PR. Intoxication anosognosia: the spellbinding effect of psychiatric drugs. *Ethical Hum Psychol Psychiatry* 2006;8:201–15.
- 9 Breggin PR. *Brain-disabling treatments in psychiatry: drugs, electroshock, and the psychopharmaceutical complex*. New York: Springer; 2008.
- 10 Gøtzsche PC, Gøtzsche PK. Cognitive behavioural therapy halves the risk of repeated suicide attempts: systematic review. *J R Soc Med* 2017;110:404-10.
- 11 Hawton K, Witt KG, Taylor Salisbury TL, et al. Psychosocial interventions for self-harm in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;5:CD012189.
- 12 Morrison AP, Turkington D, Pyle M, et al. Cognitive therapy for people with schizophrenia spectrum disorders not taking antipsychotic drugs: a single-blind randomised controlled trial. *Lancet* 2014;383:1395-403.
- 13 Seikkula J, Aaltonen J, Alakare B, et al. Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy Research* 2006;16:214-28.
- 14 Svedberg B, Mesterton A, Cullberg J. First-episode non-affective psychosis in a total urban population: a 5-year follow-up. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001;36:332-7.
- 15 Harnisch H, Montgomery E. "What kept me going": A qualitative study of avoidant responses to war-related adversity and perpetration of violence by

former forcibly recruited children and youth in the Acholi region of northern Uganda. *Soc Sci Med* 2017;188:100-8.

16 Nilsson Å. *Processen: möten, mediciner, beslut*. Stockholm: Natur & Kultur; 2017.

#### **Chapitre 4. Se sevrer des médicaments psychiatriques**

- 1 Gøtzsche PC. *Remèdes mortels et crime organisé : comment l'industrie pharmaceutique a corrompu les services de santé*. Québec: Presse de l'Université Laval; 2015.
- 2 BBC. "My anti-depressant withdrawal was worse than depression." 2020 Mar 12. <https://www.bbc.co.uk/programmes/p086fjk7>.
- 3 Gøtzsche PC. Sundhedsstyrelsens råd om depressionspiller er farlige. *Politikens Kronik* 2010 Feb 6.
- 4 Horowitz MA, Taylor D. Tapering of SSRI treatment to mitigate withdrawal symptoms. *Lancet Psychiatry* 2019;6:538-46.
- 5 Gøtzsche PC. Prescription pills are Britain's third biggest killer: Side-effects of drugs taken for insomnia and anxiety kill thousands. Why do doctors hand them out like Smarties? *Daily Mail* 2015; Sept 15. <http://www.dailymail.co.uk/health/article-3234334/Prescription-pills-Britain-s-biggest-killer-effects-drugs-taken-insomnia-anxiety-kill-thousands-doctors-hand-like-Smarties.html>.
- 6 Gøtzsche PC. *Psychiatrie mortelle et déni organisé*. Québec: Presse de l'Université Laval; 2017.
- 7 Gøtzsche PC. *Death of a whistleblower and Cochrane's moral collapse*. Copenhagen: People's Press; 2019.
- 8 Public Health England. Dependence and withdrawal associated with some prescribed medications: an evidence Review. 2019; Sept. [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/829777/PHE\\_PMR\\_report.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/829777/PHE_PMR_report.pdf).
- 9 Guy A, Davies J, Rizq R (eds.) *Guidance for psychological therapists: Enabling conversations with clients taking or withdrawing from prescribed psychiatric drugs*. London: APPG for Prescribed Drug Dependence; 2019 Dec.
- 10 Ho BC, Andreasen NC, Ziebell S, et al. Long-term antipsychotic treatment and brain volumes: a longitudinal study of first-episode schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68:128-37.
- 11 Zipursky RB, Reilly TJ, Murray RM. The myth of schizophrenia as a progressive brain disease. *Schizophr Bull* 2013;39:1363-72.
- 12 Timimi S. *Death of a whistleblower and Cochrane's moral collapse*. *Psychosis* 2019; Oct 30. <https://doi.org/10.1080/17522439.2019.1685584>.

- 13 Gøtzsche PC, Sørensen A. The review on antidepressant withdrawal that Cochrane won't publish. Mad in America 2020; Feb 11. <https://www.madinamerica.com/2020/02/review-cochrane-wont-publish/>.
- 14 Cipriani A, Zhou X, Del Giovane C, Hetrick SE, Qin B, Whittington C, et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. Lancet 2018;391:1357-66.
- 15 Higgins JPT, Green S (eds.). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0 [updated March 2011]. The Cochrane Collaboration, 2011. [www.cochrane-handbook.org](http://www.cochrane-handbook.org).
- 16 Gøtzsche PC. Rewarding the companies that cheated the most in antidepressant trials. Mad in America 2018; March 7. <https://www.madinamerica.com/2018/03/rewarding-companies-cheated-most-antidepressant-trials/>.
- 17 Munkholm K, Paludan-Müller AS, Boesen K. Considering the methodological limitations in the evidence base of antidepressants for depression: a reanalysis of a network meta-analysis. BMJ Open 2019;9:e024886.
- 18 Gøtzsche PC. Why we need a broad perspective on meta-analysis: It may be crucially important for patients. BMJ 2000;321:585-6.
- 19 Gøtzsche PC. Does long term use of psychiatric drugs cause more harm than good? BMJ 2015;350:h2435.
- 20 Davies J, Read J. A systematic review into the incidence, severity and duration of antidepressant withdrawal effects: Are guidelines evidence-based? Addict Behav 2019;97:111-21.
- 21 Groot P, van Os J. How user knowledge of psychotropic drug withdrawal resulted in the development of person-specific tapering medication. Ther Adv Psychopharmacol 2020 (paper under review). <https://iipdw.org/user-knowledge-psychotropic-drug-withdrawal/>.
- 22 [www.survivingantidepressants.org](http://www.survivingantidepressants.org). Surviving Antidepressants is a site for peer support, documentation, and education about withdrawal symptoms caused by depression pills, with more than 6,000 reports of patient experiences.
- 23 Inner Compass Initiative: The Withdrawal Project. <https://withdrawal.theinnercompass.org>. Resources for withdrawal from psychiatric drugs.
- 24 Hall W. Harm reduction guide to coming off psychiatric drugs. The Icarus Project and Freedom Center; 2012. [www.theicarusproject.net/resources/publications/harm-reduction-guide-to-comingoff-psychiatric-drugs-and-withdrawal/](http://www.theicarusproject.net/resources/publications/harm-reduction-guide-to-comingoff-psychiatric-drugs-and-withdrawal/).
- 25 Benzo buddies. Mutual-support environment for those who wish to withdraw from benzodiazepines. [www.benzobuddies.org](http://www.benzobuddies.org).
- 26 Recovery Road. Antidepressant & Benzodiazepine Withdrawal Support. [www.recovery-road.org](http://www.recovery-road.org).
- 27 Ashton CH. Benzodiazepines: how they work and how to withdraw. Newcastle: University of Newcastle; 2011. [www.benzo.org.uk/manual/](http://www.benzo.org.uk/manual/).

- 28 Toft B, Gøtzsche PC. Psykofarmakaepidemien kan bekæmpes. Information 2017; Apr 3. <https://www.information.dk/debat/2017/04/psykofarmakaepidemien-kan-bekaempes>.
- 29 Gøtzsche PC. Survival in an overmedicated world: look up the evidence yourself. Copenhagen: People's Press; 2019.
- 30 McLaren N. Anxiety, the inside story. How biological psychiatry got it wrong. Ann Arbor: Future Psychiatry Press; 2018.
- 31 Christensen DC. Dear Luise: a story of power and powerlessness in Denmark's psychiatric care system. Portland: Jorvik Press; 2012.
- 32 Ostrow L, Jessell L, Hurd M, Darrow SM, Cohen D. Discontinuing psychiatric medications: a survey of long-term users. Psychiatr Serv 2017;68:1232-8.
- 33 Groot P, van Os J. Antidepressant tapering strips to help people come off medication more safely. Psychosis 2018;10:142-5.
- 34 Horowitz MA, Taylor D. Tapering of SSRI treatment to mitigate withdrawal symptoms. Lancet Psychiatry 2019;6:538-46.
- 35 Sørensen A, Rüdinger B, Gøtzsche PC, Toft BS. A practical guide to slow psychiatric drug withdrawal. Copenhagen 2020; Jan 4. <https://www.deadly-medicines.dk/wp-content/uploads/A-practical-guide-to-drug-withdrawal.pdf>.
- 36 Breggin P. Psychiatric drug withdrawal: A guide for prescribers, therapists, patients and their families. New York: Springer; 2012.
- 37 Simons P. Peer-support groups were right, guidelines were wrong: Dr. Mark Horowitz on tapering off antidepressants. Mad in America 2019; Mar 20. <https://www.madinamerica.com/2019/03/peer-support-groups-right-official-guidelines-wrong-dr-mark-horowitz-tapering-off-antidepressants/>.
- 38 Zinkler M, von Peter S. End coercion in mental health services—toward a system based on support only. Laws 2019;8:19.
- 39 Fiorillo A, De Rosa C, Del Vecchio V, Jurjanz L, Schnall K, Onchev G, et al. How to improve clinical practice on involuntary hospital admissions of psychiatric patients: suggestions from the EUNOMIA study. European Psychiatry 2011;26:201-7.
- 40 Scanlan JN. Interventions to reduce the use of seclusion and restraint in inpatient psychiatric settings: what we know so far, a review of the literature. Int J Soc Psychiat 2010;56:412–23.
- 41 Gøtzsche PC, Vinther S, Sørensen A. Forced medication in psychiatry: Patients' rights and the law not respected by Appeals Board in Denmark. Clin Neuro-psychiatry 2019;16:229-33.
- 42 Gøtzsche PC, Sørensen A. Systematic violations of patients' rights and lack of safety: cohort of 30 patients forced to receive antipsychotics. Ind J Med Ethics 2020. Published online Aug 12. Free access.
- 43 Dold M, Li C, Tardy M, et al. Benzodiazepines for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev 2012;11:CD006391.

- 44 Frandsen P. Et anker af flamingo: Det, vi glemmer, gemmer vi i hjertet. Odense: Mellemsgaard; 2019.
- 45 Breggin P. Brain-disabling treatments in psychiatry: drugs, electroshock and the psychopharmaceutical complex. New York: Springer; 2007.
- 46 What does akathisia and tardive dyskinesia look like? Videos of children and adults who have been permanently brain damaged by neuroleptics. Undated. <https://www.deadlymedicines.dk/lectures/>.
- 47 Moncrieff J. Antipsychotic maintenance treatment: time to rethink? PLoS Med 2015;12: e1001861.
- 48 Karon BP. All I know about Peter Breggin. In: The International Center for the Study of Psychiatry and Psychology. The Conscience of Psychiatry. The reform work of Peter R. Breggin, MD. New York: Lake Edge Press; 2009.
- 49 Gøtzsche PC. Forced drugging with antipsychotics is against the law: decision in Norway. Mad in America 2019; May 4. <https://www.madinamerica.com/2019/05/forced-drugging-antipsychotics-against-law/>.
- 50 Gottstein J. The Zyprexa papers. Anchorage: Jim Gottstein; 2020.

## **Chapitre 5. Kit de survie pour les jeunes psychiatres dans un système malade**

- 1 Drachmann H. Klinikchef må ikke længere arbejde som psykiater. Politiken 2013; Feb 1.
- 2 Hildebrandt S. Lars Søndergård mistænkes atter for at overmedicinere. Dagens Medicin 2015; Oct 23.
- 3 Hildebrandt S. ”Det er monstrøse doser af medicin.” Dagens Medicin 2015; Oct 23.
- 4 Schmidt M. Svar fra ledelsen i Psykiatrien Vest. Dagens Medicin 2015; Oct 23.
- 5 Hildebrandt S. Derfor er Lars Søndergårds supervisor sat under skærpet tilsyn. Dagens Medicin 2016; Mar 3.
- 6 <https://illnessquiz.com/schizotypal-personality-disorder-test/>.
- 7 Mayo Clinic. Schizotypal personality disorder. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/schizotypal-personality-disorder/symptoms-causes/syc-20353919>.
- 8 Börjesson J, Gøtzsche PC. Effect of lithium on suicide and mortality in mood disorders: A systematic review. Int J Risk Saf Med 2019;30:155-66.
- 9 Svensson P. Så stoppade GU-professor allmänhetens insyn i läkemedelsforskning. Göteborgs-posten 2018; Jan 20. <http://www.gp.se/nyheter/g%C3%B6teborg/s%C3%A5-stoppade-gu-professor-allm%C3%A4nhetens-insyn-i-l%C3%A4kemedelsforskning-1.5069930>.
- 10 Sternbeck P. Brallorna nere på professorn Elias Eriksson. Equal 2018; Jan 16.
- 11 Riksdagens Ombudsman. Kritik mot Göteborgs universitet för handläggningen av en begäran om utlämnande av allmänna handlingar m.m. 2017; Dec 20:Dnr 7571-2016.

- 12 Gøtzsche PC, Gøtzsche PK. Cognitive behavioural therapy halves the risk of repeated suicide attempts: systematic review. *J R Soc Med* 2017;110:404-10.
- 13 Sveriges radio. Striden om de antidepressiva medlen. 2017; Aug 28. <http://sverigesradio.se/sida/avsnitt/943828?programid=412>.
- 14 Gøtzsche PC. National boards of health are unresponsive to children driven to suicide by depression pills. *Mad in America* 2020; Mar 15. <https://www.madinamerica.com/2020/03/children-driven-suicide-depression-pills/>.
- 15 Frankfurt HG. *On bullshit*. New Jersey: Princeton University Press; 2005.
- 16 Läkemedelsbehandling av depression, ångestsyndrom och tvångssyndrom hos barn och vuxna. Läkemedelsverket 2016; Dec 8.
- 17 Barczyk ZA, Rucklidge JJ, Eggleston M, Mulder RT. Psychotropic medication prescription rates and trends for New Zealand children and adolescents 2008-2016. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2020;30:87-96.
- 18 UNICEF Office of Research. Building the future: children and the sustainable development goals in rich countries. *Innocenti ReportCard* 14; 2017.
- 19 Hjelmeland H, Jaworski K, Knizek BL, Ian M. Problematic advice from suicide prevention experts. *Ethical Human Psychology and Psychiatry* 2018;20:79-85.
- 20 Whitaker R, Blumke D. Screening + drug treatment = increase in veteran suicides. *Mad in America* 2019; Nov 10. <https://www.madinamerica.com/2019/11/screening-drug-treatment-increase-veteran-suicides/>.
- 21 Gøtzsche PC. *Remèdes mortels et crime organisé : comment l'industrie pharmaceutique a corrompu les services de santé*. Québec: Presse de l'Université Laval; 2015.
- 22 Videos of talks presented at the inaugural symposium for the Institute for Scientific Freedom. 2019; Mar 9. [https://www.youtube.com/playlist?list=PLoJ5D4KQ1G0Z\\_ZQo5AIIiuuspAKCnc49T](https://www.youtube.com/playlist?list=PLoJ5D4KQ1G0Z_ZQo5AIIiuuspAKCnc49T).
- 23 Medawar C, Hardon A. *Medicines out of Control? Antidepressants and the conspiracy of goodwill*. Netherlands: Aksant Academic Publishers; 2004.
- 24 Stordrange IL. The happy pill. She survived 10 years of "torture" in psychiatry. 2017. <https://www.youtube.com/watch?v=T4kVpNmYzBU&t=1s>. Version with Norwegian subtitles: <https://ingerlenestordrang.wixsite.com/lykkepillen>.
- 25 Gøtzsche PC. *Survival in an overmedicated world: look up the evidence yourself*. Copenhagen: People's Press; 2019.
- 26 Hoel A. Cause of death: unknown. 2017; Mar 24. <https://www.imdb.com/title/tt6151226/>.
- 27 Jakobsen JC, Katakam KK, Schou A, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors versus placebo in patients with major depressive disorder. A systematic review with meta-analysis and Trial Sequential Analysis. *BMC Psychiatry* 2017;17:58.
- 28 Gøtzsche PC. Antidepressiva skader mere end de gavner. *Dagens Medicin* 2017; Mar 15.

- 29 Gøtzsche P. The meeting was sponsored by merchants of death. Mad in America 2014; July 7. <http://www.madinamerica.com/2014/07/meeting-sponsored-merchants-death/>.
- 30 Pedersen AT. Diagnosing Psychiatry. <https://vimeo.com/ondemand/diagnosingpsychiatryen>.
- 31 Pedersen AT. Debat: Vi har ret til at undre os. Journalisten 2017; May 8.
- 32 Christensen AS. DR2 undersøger Danmark på piller. 2013; Mar 20. <https://www.dr.dk/presse/dr2-undersoeger-danmark-paa-piller>.
- 33 Ditzel EE. Psykiatri-professor om DR-historier: ”Skræmmekampagne der kan koste liv.” Journalisten 2013; Apr 11. <https://journalisten.dk/psykiatri-professor-om-dr-historier-skraemmekampagne-der-kan-koste-liv/>.
- 34 Gøtzsche PC. Death of a whistleblower and Cochrane's moral collapse. Copenhagen: People's Press; 2019.
- 35 Heilbuth PE. Pillens mørke skygge. DR1 2013; Apr 14.
- 36 Heilbuth PE. Dårlig presseetik, Politiken. Politiken 2013; Apr 19.
- 37 Thisted K. Jeg tager lykkepiller, ellers var jeg død! Ekstra Bladet 2015; Oct 24.
- 38 Gøtzsche PC. Psychiatrie mortelle et déni organisé. Québec: Presse de l'Université Laval; 2017.
- 39 Spencer M. The Carter Center's guide for mental health journalism: don't question, follow the script. Mad in America 2020; Feb 23. <https://www.madinamerica.com/2020/02/carter-center-guide-mental-health-journalism/>.
- 40 Whitaker R. Anatomy of an epidemic, 2nd edition. New York: Broadway Paperbacks; 2015.
- 41 Gøtzsche PC. Psychiatry gone astray. 2014; Jan 21. <https://davidhealy.org/psychiatry-gone-astray/>.
- 42 Gøtzsche PC. Unwarranted criticism of “Psychiatry gone astray.” Mad in America 2014; Feb 20. <https://www.madinamerica.com/2014/02/unwarranted-criticism-psychiatry-gone-astray/>.
- 43 Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, et al. ”Mental health literacy”: a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. Med J Aus 1997;166:182-6.
- 44 Gøtzsche PC, Vinther S, Sørensen A. Forced medication in psychiatry: Patients' rights and the law not respected by Appeals Board in Denmark. Clin Neuro-psychiatry 2019;16:229-33.
- 45 Gøtzsche PC, Sørensen A. Systematic violations of patients' rights and lack of safety: cohort of 30 patients forced to receive antipsychotics. Ind J Med Ethics 2020. Published online Aug 12. Free access.

## Index

- absence pour cause de maladie, 41, 118  
abus sexuel, 31, 87  
acathisie, 74, 75, 94, 123, 173-175  
addiction, voir dépendance  
Aftonbladet, 190  
Agence danoise des médicaments, 194  
Agence européenne des médicaments, 79  
Agence suédoise des médicaments, 187  
Ahle, Gitte, 207  
alcool, 83  
Alliance nationale sur la maladie mentale, 204  
amphétamine, 41, 84  
Andersen, John Sahl, 153  
anecdote, 109, 110, 114  
antidépresseurs, voir pilules de dépression  
antiépileptiques, 82  
anti-éthique, 47, 51, 63, 110, 155  
antipsychiatrie, 22, 104-108, 183  
antipsychotiques, voir neuroleptiques  
anti-schizophréniques, 48  
anxiété, 28  
apologistes, 186  
asenapine, 83  
Association américaine de psychiatrie, 21, 24, 51, 101, 175, 203  
Association britannique de psychopharmacologie, 106  
Association danoise de psychiatrie, 32, 133, 173, 204-206  
Association médicale britannique, 126  
Association mondiale de psychiatrie, 39  
AstraZeneca, 47, 194  
ataxie, 83, 84  
atropine, 49  
Atterstam, Inger, 190  
auto-euthanasie, 212  
autopsie psychologique, 108  
Autorité de sécurité des patients, 131, 133, 180  
aveuglement, 48  
Baldwin, David, 101-105, 109  
Bang, Janus, 196  
barbituriques, 99  
barrage routier, 55, 77, 136, 152, 154, 196  
Baum & Hedlund, 95  
benzodiazépines, 41, 67, 99-101, 120, 148, 153  
Berufsverbot, 205  
Biederman, Joseph, 30  
bipolaire juvénile, 30  
bipolaire, 12, 16, 28-30, 81-83, 92  
Börjesson, Joakim, 184  
Brave New World, 36  
Bredkjær, Søren, 180  
Breggin, Peter, 10, 160  
Brun, Nikolai, 194  
Burn, Wendy, 101, 109  
camisole de force chimique, 82  
camp de concentration, 177, 214  
campagne pour vaincre la dépression, 7  
cannabis, 83  
catch-22, 154, 173  
Cause de la mort : inconnue, film, 193  
causes naturelles, voir décès naturel  
censure, 131, 189-196, 205  
Centre nordique Cochrane, 62-65, 132, 136  
changement de personnalité, 8, 199, 211  
charlatan, 185, 186  
chauffeur de bus belge, 73  
Christensen, Dorrit Cato, 154  
Churchill, Rachel, 139

Cipriani, Andrea, 141  
 Classification internationale des maladies, 25  
 clozapine, 47, 179  
 cocaïne, 41  
 Cohen, David, 40  
 cold turkey, voir sevrage brutal  
 Collaboration Cochrane, 63-65, 123-125, 136, 142  
 Collège royal des généralistes, 7, 104  
 Collège royal des psychiatres, 7, 100-103, 109, 126  
 Commission d'appel psychiatrique, 173  
 confiance en soi, 119, 152  
 congé de maladie, 41, 118  
 conneries, 1867  
 Conseil national de la santé danois, 110, 121  
 Conseil norvégien de la recherche, 59  
 Conseil pour une psychiatrie basée sur les preuves, 107, 123  
 Conseils de santé, 187  
 conseils nationaux de la santé, 187  
 conspiration, 108, 185-188  
 construction sociale, 25, 84  
 contrôle social, 88, 177  
 Convention des Nations unies sur les droits des personnes handicapées, 175  
 corporation des psychiatres, voir guilde psychiatrique  
 cour fantoche, voir tribunal kangourou  
 Crawshaw, John, 189  
 crystal meth, 84  
 Dagens Nyheter, 190  
 dapoxétine, 78  
 Davies, James, 101, 107  
 décès naturel, 62, 154, 177, 193  
 décès, 52  
 Delano, Laura, 136  
 délire alcoolique, 180  
 délire, 90  
 Demasi, Maryanne, 31  
 démence, 53, 90, 178, 210  
 démence, prévention, 178  
 dénonciateur, voir lanceur d'alerte  
 dépendance, 8-11, 84, 99-101, 120-125, 133, 142-145, 159, 185, 201  
 dépression de l'abstinence, 51  
 dépression psychotique, 28  
 dépression, 51-53, 191  
 dépression, prévention, 46, 105, 141  
 déséquilibre chimique, 8, 17, 30-36, 40, 125, 141, 151, 182, 184, 192, 197, 200, 209, 215  
 devoir éthique, voir obligation éthique  
 Diagnosing Psychiatry, film, 26, 133  
 diagnostic qui colle, 27  
 diagnostic, 24-26  
 diagnostic, abus, 110  
 diagnostic, post-mortem, 108  
 diagnostics psychiatriques, 24  
 Diagnostiquer la psychiatrie, film, 26, 133  
 Dialogue ouvert, 118  
 Direction islandaise de la santé, 188  
 dissonance cognitive, 69, 186, 197  
 diviser les comprimés et les gélules, 169  
 Dolin, Wendy, 94  
 dommages cérébraux, 33-35, 44, 56, 82, 90, 114-116, 151, 164, 175, 210, 211, 215, 216  
 dopamine, 30, 33  
 droits de l'homme, 172  
 DSM-5, 203  
 dysfonctionnement sexuel, 78-80, 190  
 dyskinésie tardive, 56, 173-175  
 Eccleston, Chris, 143  
 échelle de Hamilton, 41, 49-51  
 échelle des syndromes positifs et négatifs, 49

ecstasy, 41  
 éjaculation précoce, 78  
 électrochocs, 7, 35, 97, 114  
 Eli Lilly, 47, 51, 52, 59, 70, 75, 77-79, 176, 199  
 Émission du soir, 201  
 émoussement émotionnel, 38, 157, 212  
 empereur de quoi cacher sa nudité, 140  
 Emslie, Graham, 69  
 envoûtement médicamenteux, 12, 117  
 Epdrup, Bjørn, 127  
 Eriksson, Elias, 184-186  
 essai randomisé, 153  
 études de maintenance, voir études de thérapies d'entretien  
 études de sevrage, voir études de thérapies d'entretien  
 études de thérapies d'entretien, 45, 51  
 euphémisme, 10, 203  
 fanatisme religieux, 178  
 fausse solution, 72  
 fausses nouvelles, 202  
 faute médicale, 16, 93, 94, 125, 180  
 faute professionnelle médicale, voir faute médicale  
 Fava, Giovanni, 190  
 FDA, 72, 83  
 Festival du film documentaire de Copenhague, 193  
 folie, 90  
 Forest Laboratories, 111  
 Fortescue, Rebecca, 143  
 Frankfurt, Harry, 187  
 fraude sociale, 184  
 fraude, 19, 44, 53, 68, 84  
 Frydenlund, Jens, 160  
 Geoffroy, Marianne, 33  
 Gerada, Clare, 104  
 GlaxoSmithKline, 77, 94, 199, 200  
 Glenthøj, Birte, 33  
 Goodwin, Guy, 106, 107  
 Gordon, Peter, 109  
 Gottstein, 175  
 Goulag, 177  
 Groot, Peter, 158  
 Groupe de dépression Cochrane, 139  
 Groupe parlementaire multipartite sur la dépendance aux médicaments prescrits, 126  
 Guide du journalisme sur la santé mentale du Centre Carter, 202  
 guide pour le sevrage des médicaments, 145, 156  
 guilde psychiatrique, 19, 31, 44, 55, 58, 107, 123, 131, 135, 139, 144, 145, 177, 189  
 Hamilton, voir échelle de Hamilton  
 Hamrick, Blair, 200  
 harcèlement, 31, 62, 65, 107, 130, 136  
 Healy, David, 10, 78, 153, 201  
 Hegelstad, Wenche ten Velden, 56  
 Heilbuth, Poul Erik, 199  
 Hetrick, Sarah, 141  
 Higgins, Julian, 141  
 Himwich, Harold, 21  
 Hindenburg, Paul von, 214  
 Hitler, Adolf, 214  
 Hoel, Anniken, 193  
 Høiby, Niels, 134  
 Holmgren, Allan, 127  
 homicide, 73, 123  
 Hôpital universitaire d'Akershus, 172  
 Horath, Ryan, 65  
 Horowitz, Mark, 123, 165  
 Huxley, Aldous, 36  
 Hyman, Steven, 36  
 iatrogène, 28  
 idéologie, 185  
 immoral, 47, 51, 63, 110, 155  
 Institut international pour le sevrage des médicaments psychiatriques, 126

Institut national américain de la santé mentale, 36, 48, 59, 69  
 Institut national néerlandais des soins de santé, 159  
 Institut national pour la santé et l'excellence clinique, voir NICE  
 Institut pour la liberté scientifique, 190  
 intérêts commerciaux, 35, 145  
 intervalle de confiance, 31  
 intimidation, voir harcèlement  
 Jacobsen, Torsten Bjørn, 205  
 James, Adrian, 102  
 Janssen, 47, 59  
 Jarbin, Håkan, 188  
 Jauhar, Sameer, 105  
 Jefferson, Tom, 45  
 Jørgensen, Henrik Harring, 128  
 Kendall, Robert, 8  
 Kendall, Tim, 200  
 Kessing, Lars, 32-35, 178, 201  
 Kierkegaard, Søren, 117  
 kit de démarrage de la psychiatrie, 27, 93  
 kit de survie pour les jeunes psychiatres, 177  
 Kortegaard, Lisbeth, 128  
 Kristensen, Knud, 128-131, 202  
 La Vanguardia, 190  
 lamotrigine, 83  
 lanceur d'alerte, 110, 171, 200  
 Laponie, 118  
 lavage de cerveau, 9  
 Le Meilleur des mondes, 36  
 Leber, Poul, 175  
 Leponex, 47, 179  
 les nouveaux vêtements de l'empereur, 140  
 Licht, Rasmus, 28  
 lithium, 81  
 lobotomie chimique, 213  
 Lundbeck, 47, 59, 111, 184, 193-202  
 Maj, Mario, 56  
 maladie héréditaire, 61, 194, 210  
 malaria, 208  
 manie, 14, 82, 86, 174, 180, 212  
 Manuel Cochrane des revues systématiques, 141  
 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 25, 29, 182, 203  
 Manuel pour les patients, 34  
 Manzoor, Amina, 190  
 McFerrin, Bobby, 25  
 McLaren, Niall, 22  
 médecine fondée sur des preuves, 54  
 médias, 189  
 médicaments envoûtants, 12, 100  
 Meilleure psychiatrie, 12  
 Melle, Ingrid, 58-62  
 mémoire, 18  
 mentor de récupération, 149  
 Merck, 53  
 méta-analyse, 45  
 méthamphétamine, 84  
 méthylphénidate, 85  
 Middelboe, Thomas, 32  
 MIND, Danemark, 127  
 Mind, Royaume-Uni, 120  
 Ministère de la santé en Nouvelle-Zélande, 8  
 Ministère finlandais des affaires sociales et de la santé, 187  
 modèle biopsychosocial, 20  
 modèle centré sur la maladie, 40  
 modèle centré sur la médicament, 40  
 Moncrieff, Joanna, 10, 40, 107  
 Montagu, Luke, 123  
 Mort en psychiatrie, 154  
 mort naturelle, voir décès naturel  
 Müller-Oerlinghausen, Bruno, 200  
 Munkholm, Klaus, 178  
 Nazisme, 177, 186, 214  
 négligence envers les enfants, 188

Nemeroff, Charles, 110  
 neuroleptiques, 7, 21, 34, 44-50, 53, 63, 66, 95-97, 118  
 New England Journal of Medicine, 53  
 NICE, 100-102, 106  
 Nielsen, Margrethe, 152  
 Nissen, Julius, 34  
 nombre de sujets à traiter, 112  
 nombre nécessaire pour nuire, 113  
 Nordentoft, Merete, 59  
 normes culturelles, 182, 206  
 Nutt, David, 106, 107, 124  
 obligation éthique, 58  
 OPUS, l'étude, 59  
 Os, Jim van, 158  
 PANSS, 49  
 papier à en-tête du Centre nordique  
     Cochrane, 62  
 Papiers Zyprexa, 175  
 paroxétine, 94  
 Pedersen, Anahi Testa, 26, 182, 195  
 Pedersen, Anders Gersel, 201  
 pensions d'invalidité, 42, 118  
 permis de conduire, 15  
 personnes de soutien, 149  
 peur, 9  
 Pfizer, 70, 199  
 phobie sociale, 40  
 pilote de l'escadre allemande, 73  
 pilules de dépression, 7, 49, 68, 95  
 pilules du bonheur, 77, 147, 189, 193, 197  
 Politiken, 200  
 preuve circulaire, 183  
 preuve de maladie mentale, 173  
 Priligy, 78  
 processus de sevrage, 14, 120, 123, 146-151, 160  
 psychiatrie biologique, 20-23, 89, 117,  
 Psychiatrie de la Région de la capitale, 17, 27, 32, 131-134, 178  
 psychoéducation, 9, 13, 87  
 psychologues, 150  
 psychose, 44, 54, 56, 90, 118, 179  
 psychose, prévention, 46  
 psychothérapie comportementale  
     dialectique, 118  
 psychothérapie de régulation des  
     émotions, 116  
 psychothérapie, 10, 22, 93, 116, 149  
 p-value, 30  
 QT prolongation, 57  
 qualité de vie, 756 87, 157, 204  
 rapport d'étude clinique, 69-72, 141  
 Rasi, Guido, 79  
 Rasmussen, Poul Nyrup, 154  
 Read, John, 101-106  
 Rees, Paul, 103  
 régulateur d'humeur, 10, 84  
 régulation adaptative des émotions, 116  
 régulation mauvaise des émotions, 116  
 répartition des comprimés et des  
     gélules, 169  
 Réseau des entendeurs de voix  
     "Hearing Voices", 63  
 résultats non pertinents, 50  
 Revue Cochrane, 45, 86  
 revue systématique, 45  
 revues médicales, 189  
 Riisgaard, Ole, 129  
 Ritaline, 85  
 rofécoxib, 53  
 Rüdinger, Bertel, 128, 136  
 Runciman, Olga, 33, 128  
 santé mentale, 109  
 Santé publique anglaise, 106, 126  
 scanner cérébral, 61, 127, 194  
 schizophrénie, 22, 25, 30, 33, 45, 46, 55, 127, 178  
 schizotypie, 26, 182, 206  
 Schmidt, Michael, 179  
 Scientologie, 33

sertraline, 211  
 service sans usage de la force, 179  
 sevrage brutal, 43-51, 81, 146, 155, 201, 202  
 Sharfstein, Steven, 21  
 show trial, voir tribunal kangourou  
 Sloth, Kristian, 178, 206  
 SmithKline Beecham, 78  
 SMT, 92  
 Soares-Weiser, Karla, 142, 143  
 soma pilule, 36  
 Søndergård, Lars, 34, 179  
 Sørensen, Anders, 35, 135, 139, 153, 195  
 stabilisateur d'humeur, 10, 84  
 stigmatisation, 9, 21, 22, 27, 57, 107, 109, 215  
 stimulants, 41, 84  
 Stimulation magnétique transcrânienne, 92  
 Stjernholm, Anders, 196  
 Stofkooper, David, 211  
 Strandberg, Silje Marie, 191  
 substitut non validé, 69  
 suicidalité, 70-73, 187  
 suicide, 52, 57, 70-74, 104, 110, 123, 136, 185-187, 199, 201, 211, 212  
 suicides d'enfants, 187  
 survivant de la psychiatrie, 9, 144, 149  
 survivingantidepressants.org, 10  
 Svenska Dagbladet, 190  
 symptômes d'abstinence, voir symptômes de sevrage  
 symptômes de sevrage, 38, 51, 100, 113, 147-151, 160, 165, 174  
 tableau de l'abstinence, 168  
 Taylor, David, 123  
 TDA, 25  
 TDAH, 24-30, 84, 88  
 témoignages de patients, 208  
 thérapie cognitivo-comportementale, 117  
 Thirstrup, Steffen, 153  
 Tiihonen, Jari, 65  
 Timimi, Sami, 87, 109, 136  
 TIPS, l'étude 56  
 Toft, Birgit, 128, 148  
 Toft, Stine, 12  
 Torrey, Edwin Fuller, 63  
 Tovey, David, 145  
 traitement forcé, 172  
 transgression éthique, 110  
 traumatisme, 9, 31, 32, 57, 64, 118, 174  
 tribunal kangourou, 66, 138, 174, 177  
 trouble bipolaire juvénile, 30  
 trouble bipolaire, voir bipolaire  
 trouble de la personnalité limite, 88, 92, 93  
 trouble de la personnalité schizotypique, voir schizotypie  
 trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, voir TDAH  
 trouble déficitaire de l'attention, 25  
 trouble neurodéveloppemental, 25  
 trouble schizo-affectif, 192  
 troubles obsessionnels compulsifs, 85  
 tyrannie, 65  
 Union soviétique, 110, 177  
 Université Emory, 110, 156  
 Vestergaard, Jan, 133  
 Videbech, Poul, 32-34, 90, 132, 197  
 vie sexuelle, 77  
 Vinberg, Maj, 194-196  
 violence, 52, 68, 73-76, 85, 123, 175  
 Vioxx, 53  
 Wessely, Simon, 104  
 Whitaker, Robert, 10, 47, 56, 127, 178, 184-190  
 Wiinberg, Ulf, 111  
 Wilson, Mark, 63-65, 136, 137

World Psychiatry, 56

Young, Allan, 106

zombie, 55, 175, 183, 193, 211, 212