



**LES ÉLECTROCHOCs,
UNE FORME DE VIOLENCE
CONTRE LES FEMMES**

BONNIE BURSTOW

Le présent article recadre le traitement de choc comme une forme de violence contre les femmes. À partir de témoignages de femmes et de recherches scientifiques, l'article établit que ce type de traitement, que l'on administre beaucoup trop souvent aux femmes, entraîne des déficiences intellectuelles et physiques très importantes. À l'exemple de la violence conjugale, le traitement est une forme d'agression et de contrôle social ou du moins c'est comme cela qu'il est vécu. On y aborde la question sous de nouveaux angles – les électrochocs brisent des vies et ils sont un moyen de mépriser les femmes, de les punir, de renforcer les rôles sexospécifiques, d'imposer le silence aux femmes à propos d'autres formes d'abus – les électrochocs sont une agression traumatisante pour celles qui les subissent et pour les personnes qui en sont témoins.

En tant que société, nous avons des notions stéréotypées de

ce qu'est une *personne aidante* et de ce qu'est un *agresseur* et, dans notre esprit, les deux notions ne s'associent pas facilement. De plus, la notion de *professionnelle* ou de *professionnel* est imbue d'une autorité qui permet aux personnes reconnues comme telles d'établir les règles et d'encadrer le discours. Ainsi, bien que nous dénoncions comme agresseurs certains «professionnels aidants» et bien que nous puissions remettre en question l'efficacité de certains traitements et, même si nous pouvons aller plus loin et protester contre le sexisme et le racisme inhérents à une profession et exiger des changements, quand une chose se fait couramment et systématiquement dans les professions d'assistance à autrui, nous hésitons grandement à dire qu'il s'agit d'une forme d'abus ou de violence. J'utilise le mot *couramment* parce que nous n'avons vraiment aucun scrupule par rapport à des pratiques professionnelles qui, par le passé, ont déjà été perçues comme légitimes. Notons, à cet égard, qu'en dépit du fait que les inquisiteurs qui ont brûlé des centaines de milliers de femmes étaient officiellement considérés à l'époque comme des *aidants spirituels* et des *spécialistes du diagnostic*, nous n'avons aujourd'hui aucune difficulté à considérer leurs gestes

comme une forme particulièrement horrible de violence envers les femmes. Les personnes violentées n'ont cependant pas besoin d'être protégées contre les pratiques du passé. Elles ont besoin de protection contre les pratiques actuelles. Ceci dit, il est important d'examiner les pratiques actuelles pour voir si notre façon de les comprendre est adéquate. Et si elle ne l'est pas, et si, en plus, il se produit des abus graves, il est important de bien comprendre la nature des dommages qu'elles causent. Il est particulièrement important de reconnaître que de telles blessures existent et d'être ouverts à un recadrage fondamental d'un phénomène qui depuis toujours soulève la controverse – un phénomène dont les personnes qui subissent ce type «d'aide professionnelle» se plaignent partout dans le monde. C'est bien le cas des électrochocs, ce qu'on appelle techniquement le traitement de choc.

Le traitement de choc est un «traitement» psychiatrique standard systématiquement administré dans la plupart des hôpitaux psychiatriques du monde entier. Depuis leur introduction dans l'Italie fasciste en 1938, les électrochocs n'ont cessé de soulever la controverse. Fait significatif, les objections et les scrupules sont venus aussi bien des

personnes qui ont reçu le traitement que des professionnels qui l'ont administré. Tel que documenté dans Frank (1978, p. 8-11), dès que le premier courant électrique a atteint le cerveau du premier patient à subir un électrochoc, ce dernier s'est dressé sur la table et a hurlé avec horreur : «*Non una seconda ! Mortificare !*» (Arrêtez, cela va me tuer !; p. 9). Quelque temps plus tard, l'inventeur de l'électrochoc, Ugo Cerletti, avouait : «Lorsque j'ai vu la réaction du patient, je me suis dit qu'il fallait abolir cela» (voir Frank, 1978, p. 11). Depuis le début, comme l'ont documenté Frank (1978), Breggin (1979, 1991, 1997) ainsi que Burstow et Weitz (1984), les questionnements et les protestations ont continué. Des chercheurs comme Hartelius (1952) et Breggin (1979, 1991, 1997) ont donné le signal d'alarme avec des résultats de recherche confirmant que les électrochocs causaient des dommages. Partout en Amérique du Nord et en Europe, des personnes qui ont survécu au traitement de choc et ceux et celles qui les soutiennent, manifestent et font régulièrement des représentations contre leur utilisation et pour dénoncer les torts qu'elles ont subis. On ne voit pourtant jamais ce type de manifestation pour des traitements médicaux autres que psychiatriques. Les

corps législatifs comme le gouvernement de l'Ontario mettent périodiquement sur pied des comités qui étudient l'utilisation des électrochocs (voir, par exemple, Electro-Convulsive Therapy Review Committee, 1985). Plusieurs administrations municipales ont interdit l'utilisation des électrochocs (voir Burs-tow et Weitz, 1984). Très souvent lors de ces manifestations, comme l'ont démontré la Ontario Coalition to Stop Electroshock (1984a, 1984b) et Breggin (1997), on a dénoncé le sexisme inhérent au traitement de choc. Non seulement ils se sont poursuivis mais, comme le démontre MindFreedom (2002-2003), le mouvement est à la hausse. De plus, même les professionnels qui s'y opposent considèrent toujours les électrochocs comme un traitement. Ce qui est également inquiétant (dans la mesure où nous pourrions exercer des pressions et établir des cadres de référence pour mieux comprendre la violence faite aux femmes), c'est que les chercheuses féministes ne s'intéressent pas à ce domaine malgré les témoignages sur le sexisme et malgré les descriptions qu'en font les survivantes et les militantes et militants antiélectrochocs et qui suggèrent la violence envers les femmes. C'est dans ce contexte que se situe le présent article.

Le présent article ne tente pas d'explorer les moyens pour sortir de l'impasse. Nous ne voulons pas non plus soulever la problématique de la psychiatrie en général, bien que certains aspects d'une critique de base soient évidents. Cet article recadre le traitement de choc et propose une reconceptualisation critique et féministe des électrochocs – c'est-à-dire leurs effets et les raisons pour lesquelles ils sont administrés. Plus précisément, le présent article établit les bases permettant de comprendre et de situer les électrochocs comme de la violence en général et de la violence contre les femmes en particulier. Par conséquent, il permet de faire la lumière sur la nature de ce type de violence et ses multiples effets sur les femmes – psychologiques, sociaux et physiques.

Le présent article se base d'abord sur un point de vue et une approche féministes, puis sur l'ethnographie institutionnelle, telle que définie par Smith (1987). Le point de vue féministe est la position des femmes qui ont été soumises aux électrochocs et qui en ont témoigné. Comme pour toutes les blessures de ce genre, l'enquêteur n'est pas neutre, mais influencé par sa position. Les dérèglements et les autres difficultés dans la vie de ces femmes constituent à la fois la prin-

principale motivation de cet article, le principal sujet d'enquête et la problématique qui le guide.

Les articles des chercheuses et chercheurs représentent une source de renseignements très importante – particulièrement ceux qui établissent les dommages physiques – et c'est avec cette recherche que commence l'article. Puis, le corps de l'article est constitué de commentaires, de typifications et de manifestations de femmes survivantes du traitement de choc. Les documents de base sur l'expérience des électrochocs et sur leur incidence comprennent des transcriptions d'audiences publiques sur les électrochocs qui ont eu lieu à Toronto (Ontario Coalition to Stop Electroshock, 1984b); un article britannique sur les thèmes abordés dans les transcriptions (Baldwin et Frøede, 1999); des témoignages de survivantes d'électrochocs devant la Toronto Board of Health (Phoenix Rising Collective, 1984); des déclarations de survivantes d'électrochocs dans une vidéo sur des femmes psychiatisées (Burstow, 1994); des déclarations de survivantes d'électrochocs, tirées de l'anthologie *Shrink-Resistant* (Burstow et Weitz, 1988); le livre d'une survivante sur ses expériences du traitement de choc (Funk, 1998); un

article qui analyse des entrevues avec des femmes de la région de San Francisco à qui on a administré des traitements de choc (Warren, 1988); ainsi qu'une étude sur les effets traumatisants des électrochocs sur les femmes au Royaume-Uni (L. Johnstone, 2002-2003). La parole des survivantes est au cœur de cette recherche. Tout en faisant la lumière sur les dommages physiques, ces mots et ces témoignages mettent surtout l'accent sur les traumatismes psychologiques. Ils facilitent ainsi la triangulation: valider la recherche, être validés par la recherche et questionner les objectifs sociaux du traitement de choc. Des sources de données supplémentaires portent sur des statistiques officielles, des déclarations de partisans des électrochocs ainsi que sur mes propres expériences en tant que psychothérapeute féministe.

Cet article est également teinté de points de vue personnels. Je suis une femme qui n'a jamais subi de traitement de choc. Je suis une universitaire qui «déconstruit» les électrochocs, une thérapeute féministe qui a travaillé avec de nombreuses survivantes d'électrochocs et une militante qui se bat depuis très longtemps contre le traitement de choc.

Qu'est-ce que le traitement de choc?

Le traitement de choc est une procédure psychiatrique qui consiste à faire passer suffisamment d'électricité dans la tête (100 à 190 volts) pour provoquer une crise épileptique tonico-clonique (crise de grand mal) ou des convulsions, de là l'expression «traitement de choc». Au cours des quatre dernières décennies, les personnes à qui on a administré des électrochocs recevaient en même temps un anesthésique général, un puissant relaxant musculaire pour prévenir les fractures et de l'oxygène parce que le relaxant musculaire rend la respiration naturelle impossible. Toutes les modifications de ce genre, comme l'a documenté Breggin (1991), rehaussent le seuil épiléptogène et par conséquent, le courant doit être plus fort. Pour un choc unilatéral ou modifié, on place les deux électrodes du même côté de la tête tandis que pour les chocs bilatéraux ou non modifiés, on met une électrode de chaque côté de la tête. En général, une série d'électrochocs est constituée d'au moins six à dix traitements (pour plus de renseignements, voir Breggin, 1979, 1991; Electro-Convulsive Therapy Review Committee, 1985; Frank, 1978).

Les dommages causés par les électrochocs: la recherche

Il existe de multiples preuves que les électrochocs endommagent le cerveau – des preuves qui justifient pleinement les protestations des survivantes des traitements de choc. Déjà, dans les années 1950, des expériences sur des animaux ont permis d'établir que les électrochocs causaient des lésions cérébrales. À ce propos, l'étude la plus significative fut celle de Hartelius (1952). Dans l'essai à double insu de son expérience, le pathologiste a étudié des lamelles de cerveaux de chats, dont la moitié avait reçu des électrochocs. À partir des dommages observables (cellules mortes et hémorragies), le pathologiste a pu identifier, avec une grande précision, les animaux auxquels on avait administré des électrochocs.

Quant à la recherche sur les électrochocs modifiés et non modifiés administrés aux humains, Weinberger (1979) a constaté plus d'atrophie cérébrale dans le cerveau des «schizophrènes» qui avaient subi un traitement de choc que dans le cerveau de ceux qui n'en avaient pas eu. Lors d'une étude par tomographie assistée par ordinateur, Cal-

loway (1981) a trouvé une corrélation entre l'atrophie du lobe frontal et le traitement de choc.

Les pertes de mémoire, la déficience intellectuelle et la création d'une neuropathologie sont courantes et bien documentées. Le Electro-Convulsive Therapy Review Committee (1985) en est arrivé à la conclusion que le traitement de choc a un effet indésirable sur la mémoire qui se traduit par une amnésie rétrograde (incapacité à se souvenir des choses qui se sont passées avant l'administration du traitement de choc) et une amnésie antérograde (incapacité de retenir de nouveaux apprentissages ou de se souvenir d'événements qui ont eu lieu après l'administration du traitement de choc). Le comité a également découvert que les pertes de mémoire passaient de «mineures et transitoires» à «majeures et prolongées». Une étude expérimentale de Templer, Ruff et Armstrong (1973) a établi que le traitement de choc cause des pertes de mémoire permanentes et une déficience intellectuelle générale.

En se basant sur la recension des écrits – y compris des autopsies d'animaux et d'humains, des études sur l'épilepsie ainsi que des études sur les pertes de mémoire et la déficience intellectuelle – Templer et

Veleber (1982) en ont conclu que le traitement de choc cause une pathologie cérébrale permanente. Également à partir d'une analyse approfondie des écrits, Breggin (1998) conclut que : «le traitement de choc cause une neuropathologie grave et irréversible du cerveau, y compris la mort de cellules. Cela peut effacer de grandes parties de la mémoire rétrograde tout en produisant une dysfonction cognitive permanente.» (p. 27). Les dommages généralisés causés par les électrochocs sont en effet tellement évidents et importants que cela a mené les scientifiques qui s'opposent au traitement de choc à en redéfinir la procédure en faisant des dommages qu'il cause un élément de base de la définition. Le neurologue et spécialiste de l'électroencéphalographie, Sidney Samant, a écrit que :

Après quelques séances d'électrochocs, on retrouve des symptômes de contusion cérébrale modérée et un usage plus «enthousiaste» du traitement de choc peut amener le patient à ne plus fonctionner comme un être humain. Le traitement de choc peut en effet être défini comme un type contrôlé de lésion cérébrale produit par des moyens électriques. (cité dans Breggin, 1991, p. 184)

Bien qu'elles minimisent les dommages causés par les électrochocs, certaines personnes en prônent l'usage en invoquant leur présumée efficacité pour atténuer la dépression et prévenir le suicide. Dans la mesure où le cerveau est essentiel pour profiter de la vie, et dans la mesure où la mémoire est la base de l'identité personnelle et de la vie humaine telle que nous la connaissons, tout traitement devrait toutefois être d'une efficacité remarquable pour justifier des lésions cérébrales et des déficiences importantes de la mémoire. Les électrochocs n'ont d'ailleurs aucune efficacité particulière. Dans une étude à double insu rigoureusement contrôlée, Lambourne et Gill (1978) ont constaté qu'un mois après l'électrochoc ou l'électrochoc simulé, il n'y avait aucune différence entre l'amélioration de la condition des patientes et patients à qui on avait administré un traitement de choc et ceux qui n'en avaient pas eu. Ils ont conclu que les électrochocs n'ont pas d'effet thérapeutique supérieur et que leur supposée efficacité est probablement un effet placebo. Les recherches de E. Johnstone (1980) et de Crow et Johnstone (1986) ont produit des résultats semblables. De plus, Crow et Johnstone ont découvert que la condition des patientes et patients s'améliorait de façon re-

marquable avec le placebo ou l'électrochoc fictif. Pourtant, le placebo n'endommage pas le cerveau et ne cause pas de pertes de mémoire importantes. De même, les recherches sur les électrochocs et le suicide – par exemple celles de Avery et Winokur (1976) et celles de Black et Winokur (1989) – en arrivent aux mêmes conclusions : le traitement de choc n'a pas d'effet sur le taux de suicide. Breggin (1991) a conclu que : «après plus de cinquante ans, il n'existe toujours pas de preuve évidente que ce traitement dangereux a des effets bénéfiques» (p. 207).

Efficace par rapport à quoi ?

Il existe un écart notable entre l'efficacité alléguée et les résultats de la recherche. Cette différence qui persiste nous amène à nous demander si l'impression d'efficacité qu'ont les psychiatres est basée sur autre chose que sur la diminution de la dépression et la prévention du suicide. Le psychiatre Peter Breggin (1991) l'attribue à la capacité du traitement de choc de contrôler le comportement par la peur et la punition et il attire l'attention sur les types d'énoncés que font en général ses collègues qui

veulent administrer des électrochocs à une patiente ou un patient. Il cite, par exemple, un collègue qui disait: «Mettons-y le paquet!» et un autre qui disait au mari d'une femme à qui il voulait administrer un électrochoc que cela l'aiderait «comme une fessée mentale» (p. 212). De telles déclarations suggèrent en effet que la punition et la peur des électrochocs visent surtout à exercer le contrôle. Ajoutons que l'usage que fait depuis longtemps la psychiatrie de la terreur et de la torture, un phénomène bien documenté, tend à donner raison à Breggin. À ce sujet, je voudrais ici attirer l'attention sur des appareils de torture comme la «chaise pivotante» et le «compresseur d'ovaires» et sur des procédures de torture comme de plonger à plusieurs reprises la patiente ou le patient dans de l'eau glacée (pour de plus amples renseignements, voir Frank, 1978; Szasz, 1977). Bien sûr, on peut faire référence à l'histoire ancienne, mais la question qui hantait Jeanine Grobe, une survivante, (1995) semble également à propos : «La terreur inspirée par un courant électrique qui traverse le cerveau vaut-elle mieux que le choc que provoque le fait d'être immergée dans l'eau glacée?» (p. 103).

Breggin (1979, 1991) a proposé une autre explication; ce qui

impressionne les «docteurs de l'électrochoc», c'est précisément, en bonne partie, le contrôle du comportement, la perte de mémoire et la déficience intellectuelle causés par les lésions au cerveau. Il a également ajouté qu'ils savent que les lésions cérébrales sont opérantes.

C'est un point de vue qui se défend très bien. Il est difficile de croire que les docteurs de l'électrochoc ne connaissent pas les pertes de mémoire importantes associées aux électrochocs, parce qu'en plus de la très grande quantité de publications à ce sujet, il arrive souvent qu'à la suite d'un électrochoc, d'autres patientes et patients ou le personnel médical doivent orienter celles et ceux qui viennent de le recevoir, leur dire qui ils sont et les aider à réapprendre leur train-train quotidien (à ce propos, voir Burs-tow, 1994). Les psychiatres qui administrent des traitements de choc sont également reconnus pour faire des déclarations qui démontrent bien qu'ils s'attendent à ce qu'il y ait des pertes de mémoire. À titre d'exemple, lors d'une séance d'un comité auquel je participais à titre de témoin expert, le psychiatre qui demandait la permission d'imposer un traitement de choc à une femme qui ne mangeait pas prit l'avocat de la patiente à part et lui dit que l'électrochoc réglerait le problème

puisque, par la suite, la femme ne se souviendrait plus de la raison pour laquelle elle ne mangeait pas et que, par conséquent, elle se remettrait à manger. Il existe également des raisons de croire que les psychiatres qui administrent des traitements de choc sont conscients d'autres dommages pires que les pertes de mémoire et que certains comptent justement sur ces dommages supplémentaires.

Fait étonnant, ce ne sont pas les scientifiques qui s'opposent au traitement de choc qui ont témoigné de ses effets néfastes sur le cerveau, ce sont plutôt certains chauds partisans des électrochocs. Comme les lésions cérébrales ne sont plus acceptables dans la société actuelle, les partisans du traitement de choc refusent systématiquement d'admettre qu'elles existent ou les minimisent. Mais par le passé, le climat était différent et les professionnels de la psychiatrie n'avaient pas à nier que les électrochocs produisaient des lésions cérébrales. Ainsi, les anciennes déclarations des leaders en matière d'électrochocs ont plus de crédibilité que les déclarations actuelles et elles ouvrent une fenêtre importante pour mieux comprendre l'utilisation des électrochocs.

Un des leaders de la résurgence du traitement de choc dont les déclarations actuelles diffèrent des anciennes est le docteur Max Fink. Bien qu'aujourd'hui il affirme qu'il faudrait que des professeurs défendent le traitement de choc contre les attaques prétendant qu'il cause des lésions cérébrales, il avait déjà fait le lien entre les électrochocs et «l'amélioration» d'une part et les lésions cérébrales et le dysfonctionnement d'autre part. Fink (1973), suggère, par exemple, que l'amélioration est liée au dysfonctionnement du cerveau et il fait le lien entre le traumatisme crânien et le dysfonctionnement cérébral et le syndrome cérébral organique.

Plusieurs anciennes déclarations des principaux partisans des traitements de choc sont encore plus tranchantes et alarmantes en ce qu'elles définissent explicitement les lésions cérébrales comme l'agent thérapeutique et rendent évidente l'intention d'endommager le cerveau. Pour preuve, Abraham Myerson, un psychiatre qui a joué un rôle clé dans la popularisation des électrochocs, parle en ces termes du bien-fondé des lésions cérébrales provoquées par le traitement de choc:

Je crois qu'il doit y avoir des changements ou des perturbations orga-

niques dans la physiologie du cerveau pour que le traitement soit efficace. Ces personnes ont, pour le moment, trop d'intelligence pour leurs capacités... et la réduction de l'intelligence est un facteur important du processus de guérison (cité dans Breggin, 1979, p. 142-143).

Les déclarations du docteur Ewing Cameron sont encore plus radicales, à l'image du travail qu'il a fait. Le psychiatre de renom qui dirigea pendant un certain temps l'Association mondiale de psychiatrie (AMP), a entrepris une série de traitements et d'expériences combinant ce qu'il appelait la «déstructuration» et le «pilotage psychique» dans lesquels il utilisait le traitement de choc comme agent de déstructuration. L'objectif avoué du traitement de choc ou de la déstructuration était de « nettoyer le cerveau » et de réduire les patientes et patients au niveau de jeunes enfants (à cet égard, voir, entre autres, Cameron, Lohrens et Handcock, 1962). De toute évidence, Cameron était un cas extrême et il a administré un nombre d'électrochocs hors du commun. Ce cas extrême nous permet toutefois de découvrir des dimensions beaucoup moins visibles dans un usage plus «normal».

C'est clair. Au mieux, quoique désolants, les dommages à

l'intégrité de la personne causés par les électrochocs sont acceptés comme un mal nécessaire. Au pire – et c'est là que se situent ouvertement des figures conventionnelles et très influentes comme Myerson – c'est le dommage comme tel qui est perçu comme une amélioration; et c'est le dommage comme tel que l'on recherche activement. Dans les deux cas, ce qui se produit constitue de la violence et cela est possible, du moins en partie, grâce à un manque de respect total envers le cerveau des patientes et patients.

Bien sûr, les médecins peuvent administrer des électrochocs dans le but de punir ou de contrôler sans vouloir endommager le cerveau; les médecins peuvent aussi causer délibérément des lésions au cerveau sans que cela soit voulu comme une punition ou une forme de contrôle. Quoi qu'il en soit, le chevauchement entre ces deux dimensions est significatif. Comme l'a documenté Breggin (1991), les «docteurs de l'électrochoc», y compris ceux qui visent à provoquer des lésions cérébrales, citent régulièrement la plus grande docilité des patientes et patients comme preuve d'efficacité du traitement de choc. De plus, quelle que soit l'intention, les lésions cérébrales rendent les patientes et patients beaucoup plus dociles et, tel

que nous le démontrons plus loin dans le présent article, l'éventualité d'un traitement de choc provoque la terreur et les oblige à rester dans le rang.

Statistiques sur les électrochocs et traitements de choc administrés à des femmes

Depuis la popularisation du traitement de choc, une statistique demeure constante. Les femmes reçoivent de deux à trois fois plus d'électrochocs que les hommes. Voici des exemples à différentes époques et à divers endroits: une étude de 1974 sur les électrochocs au Massachusetts citée par Grosser (1975) a révélé que 69 p. 100 des personnes à qui on avait administré un traitement de choc étaient des femmes. Dans le même ordre d'idées, les chiffres publiés en vertu de la *Loi sur l'accès à l'information* (Weitz, 2001) montrent que pour l'année 1999-2000, en Ontario, au Canada, 71 p. 100 des patients des établissements psychiatriques à qui on avait donné des électrochocs étaient des femmes et que 75 p. 100 de tous les électrochocs avaient été administrés à des femmes. Une autre statistique révélatrice – environ 95 p. 100 des «docteurs des

électrochocs» sont des hommes (voir Grøebe, 1995).

Ces statistiques proposent une image terrifiante du traitement de choc et décrivent en effet un phénomène clairement anti-femmes. Dans la très grande majorité des cas, ce sont des cerveaux et des vies de femmes que brisent les électrochocs. Dans la très grande majorité des cas, ce sont les cerveaux, la mémoire et les fonctions intellectuelles des femmes dont on peut se passer. Pour ce qui est des personnes terrorisées, punies et contrôlées, ce sont des femmes dans la très grande majorité des cas. Et, ce qui n'est manifestement pas une coïncidence, presque toutes les personnes qui déterminent et imposent ces dommages sont des hommes.

En tant qu'avocate et survivante d'électrochocs, Carla McKague a souligné (Burstow, 1994) que les psychiatres qui sont favorables au traitement de choc se défendent souvent en disant que les électrochocs sont la plupart du temps administrés dans les cas de dépression et qu'en général, les femmes sont de deux à trois fois plus sujettes à la dépression que les hommes. Il y a du vrai dans cet argument. En effet, dans la société sexiste dans laquelle elles vivent, les femmes ont de bonnes raisons d'être plus dépri-

mées que les hommes. Il est toutefois difficile de défendre cette position. Les lésions cérébrales, le contrôle et la terreur ne changent en rien les conditions d'oppression dans lesquelles vivent les femmes. De plus, comme cela a déjà été démontré, les électrochocs n'ont aucune efficacité particulière pour guérir la dépression. D'ailleurs, comme l'a découvert le Electro-Convulsive Therapy Review Committee (1985), on administre de deux à trois fois plus d'électrochocs aux femmes qu'aux hommes, qu'elles soient ou non dépressives et quel que soit le diagnostic.

Aucune de ces justifications ne fait le poids. Il est en effet difficile de justifier ce qui se produit à moins de regarder le phénomène par l'autre bout de la loupe, c'est-à-dire soit d'écarter la notion de «traitement» ou, ce qui semble plus approprié, de lui accorder beaucoup moins d'importance. Le fait est qu'il s'agit de coups et blessures et non pas d'un traitement légitime bien qu'il soit pratiqué dans un environnement médical. Les coups et blessures sont toujours horribles quelle que soit la personne qui les reçoit. Nous devons bien sûr nous préoccuper des hommes qui sont aussi victimes des électrochocs, mais, dans le cas qui nous occupe, ce sont surtout les femmes

qui sont ciblées. Il y a des décennies, Ollie May Bozarth (1976), une survivante, décrivait le traitement de choc comme «une façon élégante de battre une femme» (p. 27) et cette description semble avoir un certain bien-fondé. Bien que la médicalisation camoufle la violence, les électrochocs constituent essentiellement une agression envers la mémoire, le cerveau et l'intégrité des femmes. C'est à ce titre que le traitement de choc peut vraiment être considéré comme une forme de violence contre les femmes.

Breggin(1991) fait d'ailleurs allusion à cette forme de violence lorsqu'il cite un collègue qui disait au mari d'une patiente à qui il voulait administrer un traitement de choc que cela aiderait puisque le traitement fonctionnait comme une «fessée mentale» (p. 212). En tant que féministes, nous devons absolument mieux comprendre cette forme de violence. Il est également essentiel que nous abordions la question du point de vue des personnes touchées et que leurs témoignages et leurs problèmes quotidiens soient au cœur même de notre enquête.

Prendre au sérieux ce que disent les survivantes

Lésions, déficiences et leurs conséquences

Les lésions au cerveau, les déficiences de la mémoire et des autres fonctions cognitives ainsi que les effets néfastes sur la vie des femmes sont des thèmes qui reviennent encore et encore dans les témoignages des survivantes. Fait significatif, bien qu'au moment où elles ont commencé à recevoir des électrochocs, personne ne leur avait indiqué que le traitement pouvait provoquer des déficiences cognitives importantes; les dix femmes de la région de San Francisco à qui on a administré des électrochocs et dont parle l'article de Warren (1988), croyaient que le but du traitement était d'effacer la mémoire. Ainsi, toutes les femmes survivantes d'électrochocs interviewées pour la vidéo (Burstow, 1994), toutes les survivantes qui ont témoigné au Toronto Board of Health (Phoenix Rising Collective, 1984) et, à l'exception d'une seule, toutes les survivantes qui ont témoigné lors des audiences de trois jours à l'hôtel de ville de Toronto (Ontario Coalition to Stop Electroshock, 1984b) ont longuement discuté de leurs difficultés à fonctionner en so-

ciété en raison des dommages causés par les électrochocs. La plupart des femmes ont raconté que les dommages étaient sérieux, qu'ils étaient presque tous permanents et que le traitement de choc avait considérablement perturbé leur vie. Toutes les femmes, sauf une, qui ont témoigné aux audiences publiques ont demandé l'abolition totale des traitements de choc en raison des dommages qu'ils causent et des problèmes qu'ils entraînent. Parmi les problèmes spécifiques dénoncés par ces femmes, on retrouve l'incapacité de se souvenir d'événements qui se sont produits ou de personnes qu'elles ont connues avant l'administration des électrochocs, l'incapacité de se rappeler de conversations qu'elles ont eues, l'incapacité d'effectuer des tâches qu'elles faisaient avant, la perte de compétences et d'habiletés, l'impression d'être diminuées et une profonde aliénation.

À cet égard, l'extrait suivant du témoignage de Connie Neil devant le Toronto Board of Health est très significatif :

«J'étudiais... en écriture dramatique. Comme chacun le sait, votre type d'écriture créative... dépend beaucoup de ce que vous êtes, de ce que sont vos souvenirs, vos relations antérieures, vos rapports avec

les autres et de l'observation des rapports des autres personnes entre elles – ce genre de choses. Je ne peux plus écrire... Depuis le traitement de choc, il me manque entre huit et quinze ans de souvenirs et j'ai perdu les compétences acquises pendant ce temps, presque toutes mes études. J'ai une formation de pianiste classique... Le piano est toujours à la maison, mais... je ne peux plus en jouer. Je n'ai plus les habiletés nécessaires. Quand vous apprenez une pièce et que vous l'interprétez, elle s'inscrit dans votre mémoire. Mais pas dans la mienne. Je ne peux pas retenir ce genre de choses. Des gens s'approchent de moi et me parlent de choses que nous avons faites ensemble. Je ne sais plus qui ils sont. Je ne sais pas de quoi ils parlent, bien que, de toute évidence, j'ai déjà été leur amie. Ce que l'on m'a donné... c'est un électrochoc modifié et on considérait que c'était efficace. Par «efficace», je sais maintenant qu'on entendait que cela diminuait la personne. L'électrochoc a certainement eu cet effet sur moi... Je travaille maintenant comme commis à la paye pour le ministère des Travaux publics. J'écris des petits chiffres et c'est à peu près tout... C'est le résultat direct du traitement.» (Phoenix Rising Collective, 1984, p. 20A-21A)

Le commentaire de Connie au sujet de l'efficacité est très pertinent. Bien qu'on ne lui ait rien dit au sujet des lésions que pouvait entraîner le traitement, elle signale le même *modus operandi* et le même objectif que les premiers psychiatres qui ont utilisé les électrochocs. Par «efficace» dit-elle, «je sais maintenant qu'on entendait que cela diminuait la personne». Conformément à cet aspect plus général, ce qu'elle raconte sur sa vie actuelle indique clairement qu'il existe une amnésie antérograde et rétrograde importante. Cela indique également des déficiences cognitives et des pertes de compétences et d'habiletés. Comme elle le raconte, pour elle, il en résulte une interférence dans le fonctionnement social et une perte importante aux niveaux personnel, créatif et spirituel.

Les dommages à la mémoire et l'interférence profonde dans la vie familiale et sociale sont également mis en évidence dans le témoignage de Shirley Johnstone (Phoenix Rising Collective, 1984):

Les dommages à mon cerveau... sont encore évidents... La perte de mémoire est particulièrement difficile, parce qu'il m'arrive souvent de ne plus me rappeler du temps où mes enfants grandis-

saient... Les deux plus vieux – Je ne me souviens pas de leur graduation. Ma famille et mes amies me parlent souvent d'événements passés et je leur pose des questions pour voir si la mémoire me revient. Habituellement, je ne me rappelle pas. Je me sens très aliénée à cause de cela. J'avais l'habitude de faire semblant de me souvenir en pensant que si j'écoutais mieux et si je me reposais avant de sortir, les choses seraient plus faciles... Une rencontre de parents a été épouvantable parce que je ne voulais pas révéler... mes trous de mémoire – Je n'étais pas encore sortie du placard. Finalement, l'angoisse devenait trop forte et j'ai fini par éviter complètement les gens. (p. 21A-22A)

Comme celui de Connie, le témoignage de Shirley parle de lésions cérébrales et de déficiences importantes de la mémoire. Il est toutefois particulièrement instructif en ce qu'il révèle les conséquences sociales et psychologiques de la déficience. Les pertes de mémoire l'ont isolée des autres, ont eu des incidences sur son rôle de mère et lui font vivre de la honte, de l'aliénation, de l'angoisse et une profonde impression d'être diminuée.

Je pourrais ajouter que Connie et Wendy (Funk) ainsi que de nombreuses autres femmes ont

raconté qu'on leur a administré des électrochocs peu de temps après la naissance d'un enfant. Leurs témoignages suggèrent qu'elles ont subi des lésions cérébrales pour contrôler, du moins en partie, les effets d'une dépression *post-partum*, un phénomène complètement normal qui, comme chacun le sait, est temporaire. De plus, personne ne leur a dit que le traitement pourrait avoir ce genre de conséquences. En effet, dans toutes les sources consultées, personne n'a averti aucune de ces femmes qu'il pouvait y avoir des dommages graves et permanents. Le manque de respect envers les femmes et leur cerveau est flagrant.

Les déclarations de Sue, qui a participé à la vidéo de Burstow (1994), nous permettent d'en apprendre davantage sur les femmes qui doivent vivre avec les dommages causés par les électrochocs. Sue parle de son incapacité constante à se souvenir d'une conversation. «Je vous parle aujourd'hui», raconte-t-elle, «et demain j'aurai oublié une grande partie de notre conversation». Elle parle également de la nécessité de prendre des notes tout au long de la journée juste pour pouvoir fonctionner. Wendy Funk (1998) et Linda Macdonald (1988) ont révélé combien la perte de mémoire peut être importante et irréparable. Le mari et les enfants de Wendy ont dû

prendre soin d'elle et elle ne se souvenait même pas d'eux. Linda a parlé de ce que cela signifie que de vivre sans le moindre souvenir de ce qui s'est passé avant le traitement de choc. Bien que la situation de Linda soit un cas extrême, la très grande majorité des femmes mentionnées dans toutes les sources consultées avaient l'impression qu'on leur avait volé leur vie et leur identité.

Bien que cela revienne moins souvent et de façon moins urgente dans leur conversation, certaines femmes font également référence à des blessures corporelles importantes. Wendy, par exemple, (Funk, 1998), parle de dommage permanent à un genou à la suite d'une convulsion provoquée par le choc. Et Shirley, à qui on a administré un électrochoc modifié ou unilatéral et qui a donc été plus touchée d'un côté que de l'autre, parle d'une faiblesse générale, particulièrement du côté droit:

Il est devenu très difficile de déplacer le bas de ma colonne vertébrale et le milieu de mon dos... Lorsque je suis fatiguée, il arrive que ma bouche ne puisse pas former les mots. Il m'est arrivé de perdre l'usage de mon bras droit et de ma jambe droite.(cité dans Phoenix Rising Collective, 1984, p.22A)

Agression et traumatisme graves

Dans leurs témoignages, les femmes reviennent sans cesse sur l'impression que le processus est une agression continue: être attachée, être poussée dans la pièce, avoir la tête serrée dans un étau, être incapable de respirer, perdre conscience, avoir le corps violé par les chocs, subir des lésions cérébrales. À ce sujet, dans l'étude de L. Johnstone (2002-2003), une femme raconte: «Je me sens comme si on m'avait attaquée, battue, comme si on avait violé mon cerveau.». Et une autre de dire: «Cela ressemble à une violente agression» (p. 46). Certaines femmes ont clairement défini le processus comme de la torture, Sue, par exemple :

Toutes les thérapies du monde n'effaceront jamais les cicatrices laissées par le fait d'avoir été traînée dans une pièce, d'avoir eu la tête prise dans un étau et de sentir frire son cerveau. Quand les gens disent qu'il n'y a pas de torture au Canada, c'est complètement faux. Moi, je pense que c'est de la torture payée par le ministère de la Santé. (cité dans Burstow, 1994)

Se sentir agressée, c'est se sentir traitée comme un animal, se sentir amenée à l'abattoir. Une sur-

vivante parle explicitement «du sentiment d'être amenée à l'abattoir les matins de traitement et de savoir, lorsqu'ils entrent l'aiguille, que ce sera la noirceur totale, que je marcherai avec des maux de tête épouvantables et que je ne saurai même plus où se trouve ma chambre». (cité dans Ontario Coalition to Stop Electroshock, 1984b, p. 180)

L'agression est traumatisante à divers degrés. Il n'est donc pas surprenant de constater que, bien que les femmes utilisent rarement le mot *traumatisme* lorsqu'elles parlent du processus, leurs témoignages décrivent clairement des traumatismes et des traumatismes extrêmes. La chercheuse Lucy Johnstone (2002-2003) a défini le traumatisme provoqué par les électrochocs chez les survivantes d'agression sexuelle dans l'enfance à qui, une fois adulte, on a administré un traitement de choc. Elle a également défini les éléments traumatiques chez toutes les femmes survivantes du traitement de choc interviewées pour son étude. Le traumatisme est cependant encore plus complet que ne le suggère cette auteure. C'est un traumatisme à long terme très profond. Les témoignages provenant de toutes les sources utilisées pour le présent article décrivent des états extrêmes de

terreur, la sensation d'être complètement impuissante, le sentiment d'être humiliée et dégradée, la sensation subjective d'anéantissement et de mort. Ces typifications correspondent bien aux définitions usuelles d'un *traumatisme*: Herman (1992), par exemple, a défini le *traumatisme* en termes d'événements traumatisants et de réponses comportant de la terreur, la perte de contrôle et la menace d'anéantissement. J'ajouterais que bien que l'humiliation ne soit pas généralisée dans tous les traumatismes, elle l'est dans les traumatismes où il y a agression. En conséquence, les témoignages pourraient être interprétés de façon à démontrer que les électrochocs traumatisent ouvertement les femmes à qui ils sont administrés et que le type de traumatisme qu'ils causent est essentiellement le même que celui qu'on associe généralement à l'agression.

De plus, après qu'on leur avait administré un électrochoc, les femmes ont souvent lié la terreur qu'elles éprouvaient à l'image de la mort. «Chaque fois, je me sentais comme si j'allais mourir» raconte une femme qui a témoigné aux audiences publiques (Ontario Coalition to Stop Electroshock, 1984b, p. 184). «J'étais terrorisée», a affirmé Funk (1998, p. 55). «T'en as peur», raconte une des femmes qui a fait

partie de l'étude de L. Johnstone (2002-2003), «le cœur te pompe et ça recommence. C'est comme aller à la mort, tu es condamnée» (p. 49). La sensation d'anéantissement est également évoquée, particulièrement dans la description de Connie: «Votre cœur est un muscle et vos poumons aussi et tous vos muscles arrêtent de fonctionner. Chaque fois, vous avez l'impression de mourir. Ils envoient de l'électricité dans votre tête et vous ne savez plus rien.» (cité dans Burstow, 1994)

Les sentiments d'humiliation et de dégradation sont également évidents dans le témoignage et comme dans la sensation de mort et de condamnation, ils sont liés à l'agression, à la sensation d'être maltraitée intentionnellement. À ce sujet, les descripteurs cités dans Baldwin et Frøede (1999) sont révélateurs: «Je me sentais comme un animal» et «ils vous dépouillent de ce que vous êtes» (p. 185). Dans le même esprit, une femme citée dans l'étude de L. Johnstone (2002-2003) raconte: «Je me sentais comme si je n'étais plus une personne et que tout ce qu'on pouvait me faire n'avait plus la moindre importance» (p. 49). Il est à signaler que des déclarations comme celles-ci sont étrangement semblables à celles que l'on retrouve dans la documentation sur la violence conju-

gale (voir, par exemple, Martin, 1981).

En général, les femmes ont également exprimé une sensation de perte de contrôle et d'impuissance. Une femme qui a témoigné aux audiences publiques disait, par exemple: «Je ne me suis jamais sentie aussi impuissante de toute ma vie» (cité dans Baldwin et Frøede, 1999, p. 185). De même, dans son étude, L. Johnstone (2002-2003) caractérise les femmes comme des personnes qui ont des pensées et des sentiments que l'on peut qualifier «de détresse et de perte de contrôle» (p. 49). Ce sentiment de détresse et d'impuissance s'ajoute à l'impression de régression dans l'image que les femmes ont d'elles-mêmes parce qu'elles sont infantilisées (voir, entre autres, Baldwin et Frøede, 1999, p. 184-185).

La terreur, l'humiliation et l'impression de détresse sont provoquées d'abord par le traitement qui, en soi, cause des dommages et terrorise ainsi que par le fait de se trouver dans un établissement où vous subissez un traitement qui vous fait perdre le contrôle et vous traumatise. Le contexte est tel qu'il fait en même temps de la femme qui reçoit le traitement une enfant impuissante qui sait qu'on ne l'écouterà pas et du mâle qui pré-

side au traitement, un homme qui a tous les pouvoirs, qui sait ce qui est bon pour cette enfant et qui lui imposera le traitement de force. La description convaincante de Velma Orlikow illustre bien une des façons dont des différents éléments peuvent se retrouver ensemble dans un moment traumatisant:

Je ne l'ai jamais vu sans avoir peur. Chaque fois que je le voyais venir dans le corridor, je me mettais à trembler de peur... Je disais: «Je n'en peux plus, je ne peux plus le prendre. Je ne crois pas que cela me fait du bien. Je me sens encore plus mal.» Il avançait encore un peu dans le corridor, il mettait sa main sur mon épaule et disait: «Allons, allons, tu sais que tu le feras.» (cité dans Burstow et Weitz, 1988, p. 202-204)

Comme c'est le cas dans presque tous les traumatismes, les effets demeurent. Il est significatif de noter que les femmes font référence explicitement à leur faible estime de soi et à la sensation continue d'impuissance (voir, entre autres, Burstow, 1994). Chose également courante dans le traumatisme, c'est la peur constante qui prend le plus de place comme le démontre bien cette déclaration de Connie Neil: «Mais la chose la plus importante, je crois, c'est la terreur

et la violence. Cela ne disparaît pas. Tout ce que j'ai fait, c'est d'avoir un enfant et regardez ce qu'ils m'ont fait» (cité dans Burstow, 1994).

Être témoin d'un traumatisme secondaire ou vicariant

Comme les personnes qui sont témoins de la violence générale envers les femmes en sont souvent traumatisées pendant longtemps, les audiences publiques sur le traitement de choc ont permis de constater que des survivantes de la psychiatrie ont subi des traumatismes secondaires ou vicariants même si elles n'ont pas elles-mêmes subi d'électrochocs. Comme l'ont précisé ces femmes, la source du traumatisme est le fait de voir des personnes alignées sur des civières les matins d'électrochocs et de découvrir avec horreur de quoi ces personnes avaient l'air dans les jours, les semaines et les mois qui suivaient. «C'était terrifiant» a raconté une femme lors des audiences:

C'était vraiment une expérience horrible que d'observer ces personnes tout au long du processus et de les voir ensuite complètement perdues, incapables de poursuivre une conversation, incapables de re-

connaître les personnes avec qui elles étaient en contact depuis trois ou quatre semaines, de les voir être transformées aussi vite en légumes. (Ontario Coalition to Stop Electroshock, 1984b, p. 161)

Une autre femme, Neira Fleischmann, a raconté qu'elle était terrorisée d'avoir vu d'autres patientes subir des électrochocs, que cela a eu des effets très néfastes sur elle et qu'elle a continué d'avoir «régulièrement des cauchemars à ce sujet» (voir Ontario Coalition to Stop Electroshock, 1984b, p. 215-216). Son témoignage sur son propre traumatisme est confirmé par sa poésie comme dans le poème suivant sur le traitement de choc:

Dehors l'air devient lourd.

J'imagine des spectacles de fumée et de feu;

Brûlures incandescentes et lente asphyxie.

Je pense à la torture au petit-déjeuner.

Des yeux comme des charbons ardents

M'épient et se détournent de moi.

Je me force à regarder (je ne décide pas).

Les pieds entortillés dans les rideaux à moitié fermés

Des gouttes de sang autour du lit

Quelques électrodes sur le plancher, rejets éphémères de souvenirs dispersés

D'ambre et de cendres. (Fleischmann, 1988, p. 220-221)

Nira a été témoin de violence et c'est cette violence qui a engendré son propre traumatisme.

Le contrôle social des femmes

Cette suggestion de considérer les électrochocs comme une punition se confirme par le témoignage de femmes qui ont survécu au traitement de choc. Bien que toutes les femmes qui ont considéré les électrochocs comme une agression ne les voient pas nécessairement comme une punition, les deux typifications vont souvent ensemble. À cet égard, Connie Neil raconte: «Je devais être punie» (cité dans Burstow, 1994). De même, plusieurs femmes ont dit s'être demandé ce qu'elles avaient fait de mal pour mériter une telle punition (voir L. Johnstone, 2002-2003, p. 49).

Le thème de l'électrochoc comme punition s'accompagne du

thème encore plus profond de l'électrochoc comme forme de contrôle. Comme il a déjà été démontré, le processus en soi est vécu comme une forme inhérente de contrôle – des personnes attachées, des personnes qui perdent conscience, des personnes incapables de respirer, des aidants qui sont des hommes ayant le pouvoir et qui prennent le contrôle d'une femme comme si elle était un enfant sans défense. De plus, une femme après l'autre a raconté qu'en dépit de la justification invoquée, l'objectif réel de l'électrochoc était le contrôle social. La déficience cognitive et la perte de mémoire ont souvent été désignées comme des moyens d'y arriver. La justification implicite est la suivante: ce dont on ne se souvient pas ne peut pas être répété et on ne peut plus agir en fonction de cette expérience. De ce fait, si les personnes sont tellement déficientes qu'elles ne peuvent plus fonctionner, le comportement que l'on considère comme indésirable peut être voilé. Les quelques femmes qui ont découvert par la suite qu'elles avaient été soumises aux électrochocs dans un but avoué de « déstructuration » ne sont pas les seules à avoir fait le rapport avec le traitement de choc, la déficience cognitive et le contrôle intentionnel; beaucoup d'autres

femmes dont le cas a été étudié dans les sources consultées l'ont fait aussi (voir, en particulier, Funk, 1998; Ontario Coalition to Stop Electroshock, 1984b; Warren, 1988).

Plus fréquemment, des femmes ont raconté avoir été contrôlées par leur peur du traitement de choc. En fait, ce que les femmes ont dit dans leurs témoignages, c'est qu'elles étaient maintenues dans le droit chemin et dans le cadre de certaines limites par la peur de subir d'autres agressions électriques et leurs effets. Une fois de plus, le témoignage de Connie Neil est instructif. Lors des audiences publiques, elle a déclaré: «j'avais constamment peur... de sembler un peu en dehors de la norme. Vous ne devez pas sortir de la norme parce que... si vous le faites, on vous emmènera à l'hôpital, on vous attachera et on vous donnera un électrochoc» (Ontario Coalition to Stop Electroshock, 1984b, p. 90). Dans la vidéo de Burstow (1994), elle précise encore davantage:

Mais la chose la plus importante, je crois, c'est la terreur et la violence. Cela ne disparaît pas. Tout ce que j'ai fait, c'est d'avoir un enfant et regardez ce qu'ils m'ont fait. Si j'ai réellement mal agi, que me

feront-ils ensuite? Vous êtes donc très prudente. Vous ne faites pas de bruit... Vous faites comme les autres. Vous jouez un rôle.

La «fessée mentale» à laquelle font référence les collègues de Breggin est très à propos, même si elle minimise ce qui se produit ici. Le traitement de choc semble être efficace de la même façon que la violence est toujours efficace – en inspirant la peur de subir encore de la violence. C’est un cercle vicieux. Le traitement de choc est utilisé pour empêcher les femmes de se plaindre des effets du traitement de choc. Plusieurs femmes ont raconté qu’elles étaient punies lorsqu’elles disaient que le traitement les rendait encore plus malades, qu’on leur disait d’arrêter de «faire des crises» et qu’on les avertissait que si elles continuaient à se plaindre, cela serait interprété comme des signes de la maladie et qu’en conséquence, on leur administrerait encore «le traitement». Les femmes ont également raconté qu’elles se protégeaient en obéissant (voir, entre autres, Funk, 1998).

Certaines survivantes qui n’ont pas subi de traitement de choc ont également raconté que la peur des électrochocs les a gardées dans le «droit chemin» et plusieurs

d’entre elles ont dit qu’elles croyaient que ce contrôle était intentionnel ou quasi-intentionnel. Par exemple, une survivante qui a témoigné à ce sujet lors des audiences a dit : «C’était une menace pour celles d’entre nous qui ne subissaient pas de traitement de choc... Se conformer rapidement sinon cela nous arriverait à nous aussi. Cela n’a jamais été dit clairement, mais c’était implicite» (cité dans Ontario Coalition to Stop Electroshock, 1984b, p. 161).

En ajoutant tous ces éléments, l’image qui ressort c’est un traitement de choc qui agit pour éradiquer les pensées et les compétences (y compris celles sur lesquelles se fonde l’indépendance) pour punir, pour menacer les personnes qui les reçoivent et celles qui en sont témoins et pour imposer le silence au sujet de l’agression elle-même. Ce qui ressort, en d’autres mots, c’est une méthode de contrôle social formidable et très complète. Le fait que ce contrôle soit principalement exercé sur les femmes soulèverait la question du renforcement des rôles sexospécifiques même si les témoignages des femmes ne le suggéraient pas. Le témoignage des femmes le suggère cependant très clairement.

À des degrés divers et de différentes façons, les témoignages de toutes les femmes suggèrent le contrôle patriarcal. Plusieurs de ces femmes ont dû, en tant que femmes, rester dans le rang. Un des thèmes récurrents est l'utilisation du traitement de choc pour renforcer l'hétérosexualité. Citons le cas de Sheila Gilhooly qui a raconté qu'elle avait subi des électrochocs en raison de ses préférences sexuelles:

J'ai dit à mon psy que je ne voulais pas être guérie de mon lesbianisme. Il m'a répondu que cela prouvait justement que j'étais malade. Il a dit que j'avais besoin d'un traitement de choc... Dix-neuf traitements de choc et je ne voulais toujours pas être guérie. (cité dans Blackbridge et Gilhooly, 1988, p. 45)

De toute évidence, les électrochocs ont servi à rendre les femmes sexuellement inaccessibles aux autres femmes.

Le contrôle des épouses se trouve particulièrement au centre du phénomène. En général, c'est le psychiatre qui cherche le contrôle, parfois le mari a été incité à coopérer, parfois c'est le mari qui en est l'instigateur. Fréquemment, le mari est de connivence avec le corps médical pour que la femme soit prise dans la toile d'araignée d'un

contrôle médico-conjugal complet.

L'histoire de Wendy Funk (1998) porte explicitement sur le traitement de choc comme moyen de contrôle d'une épouse. En 1989, Wendy a subi des électrochocs en grande partie à l'instigation d'un médecin. Parlant de sexisme, Wendy rapporte la conversation suivante entre son mari et le médecin :

«Pourquoi ne lui dites-vous pas de... passer plus de temps à la maison?» demande le docteur King. «J'essaie, mais elle ne m'écoute pas», répond Dan en rigolant. «Vous n'êtes donc pas capable de contrôler le comportement de votre femme», d'ajouter le docteur King. (p. 15)

Le docteur King a «expliqué» à Wendy que son «problème» venait du fait qu'elle négligeait sa maison et qu'elle perdait son temps à avoir des «préoccupations féministes» (p. 48). Prisonnière dans une institution psychiatrique, avec un mari qui faisait des pressions pour obtenir de la coopération et un médecin qui menaçait de l'envoyer loin de sa famille si elle n'acceptait pas le traitement de choc, Wendy a signé le consentement et a été soumise à une série d'électrochocs. Malgré l'amnésie importante qui en a résulté, Wendy a écrit que le psychiatre a encore insisté pour lui ad-

ministrer encore plus d'électrochocs en lui disant: «Vous devriez vraiment avoir un traitement de choc ne serait-ce que pour le bien de votre famille. Inquiéter Dan à ce point à votre sujet n'est pas une chose qu'une bonne épouse devrait faire» (p. 91). Dans ce cas, le renforcement patriarcal du stéréotype de l'épouse et du comportement maternel est évident – le médecin est l'instigateur et le mari, un participant un peu hésitant.

Les histoires des femmes qui ont témoigné lors des audiences publiques, les histoires racontées dans les vidéos, les histoires que l'on retrouve dans la recherche féministe suggèrent des conceptualisations patriarcales du rôle d'épouse et de mère à partir desquelles l'utilisation du traitement de choc se justifie. Bien que l'influence de telles conceptualisations soit souvent subtile, dans plusieurs cas, elle a été très évidente. «Pourquoi ne prends-tu pas soin de ton bébé? Pourquoi ne prends-tu pas soin de ton mari? Pourquoi n'es-tu pas plus rationnelle?» Connie Neil raconte que ce sont des questions qu'on lui posait avant que commencent les agressions électriques (cité dans *Ontario Coalition to Stop Electroshock*, 1984b, p. 87). Un certain nombre de femmes ont compris clairement que l'objectif des

électrochocs était de «régler» les problèmes du mariage et de les remettre sur le «droit chemin». Elles étaient très en colère. «Le traitement de choc est une «maudite bonne façon» de régler des problèmes conjugaux» proteste une femme citée dans l'étude de Warren (1988, p. 296).

La plupart des survivantes qui ont témoigné lors des audiences et des femmes qui ont participé à la recherche ont reçu des électrochocs parce que leur mari avait signé le formulaire de consentement. Dans certains cas, il semble que les maris ont signé sans comprendre vraiment ce que le traitement de choc ferait à leur femme. Dans d'autres cas, il y a des raisons de croire qu'ils comprenaient très bien que leur femme subirait des dommages d'une manière ou d'une autre et que c'était exactement ce qu'ils voulaient (voir Warren, 1988).

Dans un certain nombre de cas, les maris ont même applaudi ouvertement la perte de mémoire. Dans l'étude de Warren (1988), on a interviewé non seulement les femmes à qui on a administré des électrochocs, mais également les membres de leur famille et plusieurs maris ont exprimé leur satisfaction quant à la perte de mémoire. Par exemple, selon Warren (1988),

Monsieur Karr a commenté la perte de mémoire à long terme de sa femme en disant que c'était la preuve que le traitement de choc était une réussite. Il a ajouté que sa mémoire n'était toujours pas revenue, particulièrement pour la période où elle était malade et «qu'ils avaient fait du bon travail.» Ces maris se sont servis des pertes de mémoire de leur femme pour établir leurs propres définitions de leur relation conjugale passée. (p. 294)

Comme le démontrent différentes sources, la mainmise du mari et du médecin combinée à la peur de subir d'autres électrochocs suffit à inspirer la peur et, par conséquent, à contrôler les femmes. Une fois encore, l'expérience des femmes de l'étude de Warren (1988) est instructive. Dans un certain nombre d'entrevues, les femmes disent éviter d'aborder les problèmes avec leur mari «par peur d'une reprise du contrôle médico-conjugal sur leur vie... par peur de représailles sous la forme d'un traitement de choc» (p. 296). Les maris participent encore davantage à tisser la toile de contrôle médico-social en signant le consentement, en faisant des pressions sur leur femme pour qu'elle signe le consentement, en suggérant un traitement de choc, en agissant comme espion pour le compte du «docteur des électrochocs», en avi-

sant le médecin des «mauvais comportements» de leur femme et en menaçant de dénoncer leur femme si elle ne se conforme pas (voir Burstow, 1994; Funk, 1998; *Ontario Coalition to Stop Electroshock*, 1984b; Warren, 1988).

Des histoires de contrôle comme celles de Wendy et de Connie sont courantes. En effet, lors des audiences, lorsque des survivantes parlaient du contrôle social que l'on avait exercé sur elles, je voyais, partout dans la salle, des femmes qui hochaient la tête en signe d'acquiescement. Il existe également des preuves objectives d'utilisations encore plus extrêmes des électrochocs pour contrôler les femmes. À cet égard, au Allen Memorial, non seulement on nettoyait le cerveau à fond par le traitement de choc mais on y implantait des messages à l'aide d'un magnétophone qui rejouait, des milliers et des milliers de fois, le même message pendant que les patientes dormaient. On passait, par exemple, le message suivant à une femme qui ne se sentait pas bien avec son mari: «Tu te sens bien avec ton mari» (cité dans Gillmor, 1987, p. 58). Dans le même ordre d'idées, le psychiatre de famille H. C. Tien a utilisé ouvertement les électrochocs pour influencer ce qu'il appelait le «relâchement de la mémoire» chez les

femmes qui avaient des «difficultés conjugales». Les transcriptions des dialogues entre Tien et un couple marié montrent, avant le traitement de choc, une femme qui se plaint que son mari la bat et qui dit qu'elle veut le quitter et, après chaque électrochoc, à l'instigation de Tien, une femme reprogrammée par son mari qui la nourrit au biberon. À la fin, la femme qui se dit satisfaite de son mari, est déclarée guérie et on lui donne un nouveau nom pour célébrer sa renaissance. Elle n'a plus jamais exprimé le désir de se séparer (pour plus de renseignements, voir Breggin, 1991).

Le traitement de choc à la suite d'une autre forme de violence envers les femmes

Pour ajouter à la difficulté de comprendre le traitement de choc comme une forme de violence envers les femmes tel que le suggère l'exemple précédent, il faut tenir compte de la relation complexe entre le fait d'avoir déjà subi une autre forme de violence et le fait d'être soumise à des électrochocs. Environ la moitié des survivantes d'électrochocs interrogées dans la vidéo (Burstow, 1994) ont raconté qu'elles se sont fait dire par leur psychiatre que leur détresse émo-

tive était directement liée au fait d'avoir été agressée sexuellement par un parent mâle ou d'avoir été victime de violence de la part d'un partenaire intime. Dans certains cas, Usha, par exemple, elles en étaient encore victimes à ce moment-là. Dans tous les cas, comme l'ont souligné les femmes, il n'était rien arrivé au parent abuseur ou au partenaire violent alors que les femmes, elles, avaient subi des électrochocs. Régulièrement, les femmes ont été accusées d'avoir inventé l'agression ou la violence dont elles avaient été victimes. Même lorsque les membres du personnel psychiatrique ne niaient pas la violence, ils l'ignoraient presque complètement. La situation de Usha est particulièrement révélatrice:

– Bonnie : Je voudrais que tu m'expliques quelque chose que je ne comprends pas. Tu pourrais sans doute m'aider à comprendre. Il n'est indiqué nulle part que ton mari devrait cesser de te battre et d'être violent avec toi et que [la violence] peut avoir un lien avec ce qui t'arrive?

– Usha: Non. Ils n'ont même pas voulu m'écouter sur ce que me faisait mon mari et c'est pour cela que je suis aussi triste et aussi stressée.

– Bonnie: Tu leur en as parlé et qu'est-ce qu'ils ont dit?

– Usha: Ils l’ont tout simplement ignoré, n’est-ce pas? (cité dans Burstow, 1994).

Au mieux, les électrochocs semblent avoir été utilisés pour contrôler les femmes plutôt que pour les aider. Au pire, l’agression électrique est également utilisée pour que les femmes gardent le silence au sujet de la violence dont elles ont été victimes.

De plus, bien que je ne suggère pas qu’il s’agisse de la norme, dans plusieurs des sources consultées, les femmes ont révélé qu’il arrive parfois que les électrochocs soient utilisés de manière encore plus flagrante pour imposer le silence. Ainsi, dans la vidéo, une femme qui a été agressée sexuellement par son psychiatre raconte comment il l’a menacée non seulement de nier l’agression, mais de lui faire subir des électrochocs si jamais elle dévoilait la chose. D’autres femmes ont rapporté des menaces semblables de la part de parents abuseurs. La violence, la punition et l’imposition du silence par l’intimidation et l’imposition du silence par l’éradication de la mémoire vont de pair dans ce genre de menaces.

En outre, il est parfois arrivé que des femmes subissent des électrochocs parce que la famille vou-

lait tirer profit de leurs effets sur la mémoire pour mieux faire face à des accusations contre un de ses membres. Une femme qui a fait partie de l’étude de Warren (1988) semble être un exemple typique de ce phénomène. Selon son témoignage, elle a été victime d’agression sexuelle de la part d’un oncle maternel. La famille a nié l’agression et sa mère a fait des démarches pour qu’elle soit institutionnalisée et qu’on lui administre un traitement de choc. La femme a déclaré :

Avant de quitter la maison... elle [ma mère] expliquait [à d’autres membres de la famille] pourquoi elle voulait que je vienne ici, vous savez. Elle a dit qu’elle voulait que j’aie un traitement complet... Elle a dit qu’elle croyait que cela me ferait oublier toutes ces choses... Ma mère veut que j’aie des électrochocs pour que j’oublie tout ce qui s’est passé. (p. 294)

Bien que la mère puisse avoir été convaincue qu’elle ne faisait que protéger sa fille d’autres tourments, la fille n’en n’a pas été pour autant réduite au silence (pour d’autres exemples de membres d’une famille qui ont utilisé les électrochocs à cette fin, voir Burstow, 1994; Ontario Coalition to Stop Electroshock, 1984b).

Je pourrais ajouter que certaines façons d'imposer le silence suggérées ici sont confirmées par ma propre pratique en psychothérapie. Une cliente m'a parlé d'un psychiatre qui l'a menacée de lui faire subir des électrochocs si jamais elle divulguait qu'il l'avait agressée sexuellement, et laissez-moi vous dire que cette cliente était très crédible. De plus, au cours des années, j'ai eu un certain nombre de clientes qui m'ont raconté que leur père avait signé le formulaire de consentement pour les électrochocs après qu'elles aient commencé à divulguer qu'elles avaient été victimes d'inceste. J'ai eu également d'autres clientes dont les sœurs ont été institutionnalisées et à qui on a administré des électrochocs parce qu'elles avaient confronté leur famille au sujet de la violence qu'elles avaient subie.

Il est prévisible qu'à la suite de ce genre d'invalidation, de viol ou de menace de viol, les femmes en retiendront des messages comme : les plaintes ne sont productives et le monde n'est manifestement pas sécuritaire pour les femmes, particulièrement pour celles qui sont déclarées folles. Et par conséquent, comme le disait Connie, il vaut mieux «se conformer» et «jouer un rôle» (cité dans Burstow, 1994).

Ce qui est encore plus fondamental et ce qui rend la question de la violence antérieure encore plus complexe, c'est le fait que les femmes qui ont été gravement agressées risquent encore plus que les autres de subir des électrochocs, que le traitement de choc soit utilisé ou non dans le but de les faire taire. Elles risquent également d'en être plus affectées quelle que soit l'intention, l'interprétation ou la situation. À cet égard, comme le démontrent plusieurs sources (entre autres, Burstow, 1992, 1994; Burstow et Weitz, 1988), les femmes aboutissent régulièrement dans des institutions psychiatriques précisément en raison de la violence exercée contre elles. En effet, la majorité des 19 femmes psychiatisées interviewées dans la vidéo de Burstow (1994) ont indiqué qu'elles avaient des antécédents graves de viol et d'abus sexuel dans l'enfance, en particulier. Lorsqu'elles sont internées, les femmes ayant de tels antécédents risquent d'être soumises aux électrochocs non seulement parce qu'elles sont souvent déprimées mais également, tel que démontré dans Burstow (1992), parce qu'elles s'adaptent souvent par des moyens traumatiques que la psychiatrie qualifie de dangereux, comme de s'infliger des coupures ou de refuser de manger. En leur

administrant un traitement de choc, comme l'a démontré L. Johnstone (2002-2003), on provoque un nouveau traumatisme. Le traitement de choc constitue donc une menace au bien-être des femmes qui ont été violentées et une des façons par lesquelles la violence faite aux femmes est aggravée.

Conclusion – Une considération supplémentaire importante

Il est évident que les femmes peuvent se retrouver en détresse psychologique grave et qu'elles peuvent avoir besoin d'aide. Il est évident aussi que la plupart des psychiatres qui administrent des électrochocs sont plus ou moins convaincus qu'ils aident les femmes parce qu'ils sont conditionnés par la profession psychiatrique et ses normes. Quoi qu'il en soit, comme l'a démontré le présent article, le traitement de choc fait partie du répertoire du patriarcat et il représente une agression patriarcale sur le cerveau, le corps et l'esprit des femmes. Il s'agit d'une agression qui a beaucoup en commun avec la violence historique faite aux femmes. C'est traumatisant et cela traumatise même les

«patientes» qui n'en sont que témoins. Cela contrôle les femmes et, en effet, le traitement est utilisé pour contrôler les femmes. Cette forme de violence s'ajoute à d'autres formes de violence envers les femmes. Cela représente une menace particulière pour les femmes qui ont été victimes de violence grave. Cela sert à imposer le silence aux femmes. C'est pourquoi il s'agit d'un enjeu féministe.

Je suis consciente que certaines femmes se demanderont, comme le dit l'adage populaire, si l'on est pas en train de jeter le bébé avec l'eau du bain et suggéreront plutôt de se mobiliser contre le sexisme inhérent à l'utilisation du traitement de choc. Comme l'a toutefois démontré le présent article, bien qu'il soit important de mettre le sexisme en évidence, tenter de rendre l'industrie de l'électrochoc moins sexiste est loin d'être suffisant. Qu'il soit possible ou non de réduire le sexisme endémique dans l'utilisation des électrochocs, les statistiques prouvant que deux à trois fois plus de femmes que d'hommes subissent des électrochocs ne sont pas encourageantes. De plus, le contrôle social sur les femmes et la violence envers les femmes sont loin d'être en voie de disparition. Et ce qui est encore plus fondamental, c'est qu'il est impos-

sible de transformer la procédure en autre chose que ce qu'elle est – à l'aide d'un courant électrique, infliger des lésions cérébrales qui diminueront gravement et régulièrement les personnes qui seront soumises à un traitement qui n'est pas efficace sur le plan médical. Étant donné la nature des électrochocs, il est inacceptable de les faire subir à quelqu'un quelle que soit l'intention ou la sensibilité de la personne qui l'administre. De plus, étant donné la nature des électrochocs, il est également inévitable qu'ils soient utilisés sur des personnes dont on valorise moins le cerveau.

Finalement, je voudrais présenter un nouvel élément qui mérite d'être pris en considération dans la saga du traitement de choc. Presque tout au long de son histoire, l'électrochoc a visé principalement les jeunes femmes et les femmes d'âge moyen – c'est donc le profil de ces femmes que l'on retrouve dans les sources consultées et d'ailleurs dans toutes les sources pertinentes. Les temps ont toutefois changé. Pour l'année 1999 à 2000, tel qu'indiqué dans Weitz (2001), 40 p. 100 des personnes à qui on a administré des électrochocs dans les institutions psychiatriques de l'Ontario étaient des femmes de plus de 60 ans et 52 p. 100 de l'ensemble des électrochocs administrés ont été donnés à

des femmes de plus de 60 ans. On pourrait sans doute trouver des statistiques semblables dans d'autres provinces. En d'autres mots, du moins dans cette perspective, bien que les jeunes femmes et les femmes d'âge moyen soient encore à risque, il semble que nous soyons en présence d'une violence disproportionnée envers les personnes âgées, en particulier envers les femmes. Bien qu'il s'agisse d'une nouvelle tendance particulièrement inquiétante, elle n'est pas surprenante dans la mesure où les femmes âgées ne sont pas valorisées dans les cultures dominantes. Étant donné que les personnes âgées sont déjà aux prises avec des problèmes de mémoire, étant donné la vulnérabilité générale de cette tranche de la population et étant donné la résurgence du traitement de choc, il est urgent d'agir. Ce genre de développement devrait amener de nouveaux types de militantisme féministe, c'est-à-dire de nouvelles recherches sur les électrochocs dont des entrevues féministes avec une population qui n'a pas encore été interviewée sur cette question et qui sera sans doute très difficile à rejoindre.

Références

- Avery, D. et Winokur, G. (1977). The efficacy of electroconvulsive therapy and antidepressants in depression. *Biological Psychiatry*, 33, 1029-1037.
- Baldwin, S. et Froede, E. (1999). Toronto public hearings on electroshock. *International Journal of Risk and Safety in Medicine*, 12, 181-192.
- Black, D. et Winokur, G. (1989). Does treatment influence mortality in depressives? *Annals of Clinical Psychiatry*, 1, 165-173.
- Blackbridge, P. et Gilhooly, S. (1988). Still sane. Dans B. Burstow et D. Weitz (Éds.) *Shrink-resistant: The struggle against psychiatry in Canada* (p. 44-54). Vancouver, Canada: New Star.
- Bozarth, O. (juin 1976). Shock. *Madness Network News*, 26, 6.
- Breggin, P. (1979). *Electroshock: Its brain-disabling effects*. New York: Springer.
- Breggin, P. (1991). *Toxic psychiatry*. New York: St. Martin's.
- Breggin, P. (1997). *Brain-disabling treatment in psychiatry*. New York: Springer.
- Breggin, P. (1998). Electroshock: Scientific, ethical, and political issues. *International Journal of Risk and Safety in Medicine*, 11, 5-40.
- Burstow, B. (1992). *Radical feminist therapy: Working in the context of violence*. Newbury Park, CA: Sage.
- Burstow, B. (1994). *When women end up in those horrible places* [Vidéo]. Toronto, Canada.
- Burstow, B. et Weitz, D. (1984). Electroshock. *Phoenix Rising*, 4(3 et 4), 10A-12A.
- Burstow, B. et Weitz, D. (Éds.) (1988). *Shrink-resistant: The struggle against psychiatry in Canada*. Vancouver, Canada: New Star.
- Calloway, S. (1981). ECT and cerebral atrophy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 64, 441-445.
- Cameron, E., Lohrens, J. et Handcock, K. (1962). The depatterning treatment of schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 3, 65-76.
- Crowe, T. et Johnstone, E. (1986). Controlled trials of electroconvulsive therapy. *Annals of the New York Academy of Science*, 462, 12-29.
- Electro-Convulsive Therapy Review Committee. (1985). *Report of the Electro-Convulsive Therapy Review Committee*. Toronto, Canada.
- Fink, M. (1973). *Convulsive therapy*. New York: Raven.
- Fleischmann, N. (1988). ECT. Dans B. Burstow et D. Weitz (Éds.), *Shrink-resistant: The struggle against psychiatry in Canada* (p. 220-222). Vancouver, Canada: New Star.
- Frank, L. (1978). *The history of shock treatment*. San Francisco: NAPA.
- Funk, W. (1998). *What difference does it make?* Cranbrook, Canada: Wild Flower Publishing.
- Gilmore, D. (1987). *I swear by Apollo*. Montréal, Canada: Eden.
- Grobe, J. (1995). *Beyond bedlam*. Chicago: Third Side Press.
- Grosser, G (1975). The regulation of elec-

- troshock treatment in Massachusetts. *Massachusetts Journal of Mental Health*, 5, 12-25.
- Hartelius, H. (1952). Cerebral changes following electrically induced convulsions. *Acta Psychiatrica Neurologica Scandinavica*, 77 (Suppl), 1-128.
- Herman, J. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Johnstone, E. (1980). The Northwick Park ECT trial. *Lancet*, 100, 1317-1320.
- Johnstone, L. (2002-2003). Electroshock in UK linked to psychological trauma. *Mind-Freedom Journal*, 45, 48-50.
- Lambourne, J. et Gill, D. (1978). A controlled comparison of simulated and real ECT. *British Journal of Psychiatry*, 113, 514-519.
- Macdonald, L. (1988). Breakthrough. Dans B. Burstow et D. Weitz (Éds.) *Shrink-resistant: The struggle against psychiatry in Canada* (p. 206-210). Vancouver, Canada: New Star.
- Martin, D. (1981). *Battered wives*. San Francisco: Volcano Press.
- MindFreedom. (2002-2003). Electroshock's secret comeback. *MindFreedom Journal*, 45, 1-5.
- Ontario Coalition to Stop Electroshock. (1984a). *The case against electroshock*. Toronto, Canada.
- Ontario Coalition to Stop Electroshock. (1984b). *Public hearings on electroshock* [Transcription d'un témoignage présenté à l'hôtel de ville de Toronto les 13, 20 et 27 octobre 1984]. Toronto, Canada.
- Phoenix Rising Collective. (1984). Testimony on electroshock. *Phoenix Rising*, 4(3 et 4), 16A-22A.
- Smith, D. (1987). *The everyday world as problematic*. Toronto, Canada: University of Toronto Press.
- Szasz, T. (1977). *The manufacture of madness*. New York: Harper Colophon.
- Templer, D. et Veleber, D. (1982). Can ECT permanently harm the brain? *Clinical Neuropsychology*, 4(2), 62-66.
- Templer, D., Ruff, C. et Armstrong, G. (1973). Cognitive impairment and degree of psychosis in schizophrenics given many electroconvulsive treatments. *British Journal of Psychiatry*, 123, 441-443.
- Warren, C. (1988). Electroconvulsive therapy, the self, and family relations. *Research in the Sociology of Health Care*, 7, 283-300.
- Weinberger, D. (1979). Lateral ventricular enlargement in chronic schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 36, 735-739.
- Weitz, D. (2001). *Ontario electroshock statistics* [Données non publiées obtenues en vertu de la *Loi d'accès à l'information*]. Toronto, Canada: Ministère de la Santé de l'Ontario.

Titre original: «*Electroshock as a Form of
Violence Against Women*»

de Bonnie Burstow

Article paru dans la revue *Violence Against Women*

Volume 12 N°4, Avril 2006

Traduit par l'Action ontarienne contre la violence
faite aux femmes.