

Le rapprochement sexuel thérapeute-patient

Marie Valiquette, Ph. D., psychologue

Au moment où je m'apprête à plonger au cœur d'un sujet que j'ai exploré pendant plus de 15 ans avec passion, pour ne pas dire avec implacabilité, j'ai peur. Comment reprendre ce dossier, abandonné il y a plus ou moins dix ans, sans retomber dans mes vieux schèmes ? Comment dire ce qu'il faut dire tout en restant ouverte à l'autre et à son opinion ? J'ai très peur car à peine ai-je commencé que je sens la fougue s'emparer de moi : ma colère contre l'inconscience des thérapeutes et des organismes publics se remet à bouillir. Cela augure tout un travail intérieur, puisque mon intention est d'aborder ce sujet avec discernement, modération et sensibilité. Mais il est tout de même question d'un abus de pouvoir et de confiance fait en toute impunité, ou presque, par des collègues. Comme vous voyez, je repars vite en guerre et pourtant... J'ai accompagné des patients et des thérapeutes sur ce chemin de guérison à la suite d'un épisode sexuel entre eux ; j'y ai vu autant de souffrance d'un côté que de l'autre.

Comment trouver le ton juste, les nuances requises pour débattre de la question de l'intimité sexuelle vécue au cœur de la relation thérapeutique ? C'est à la fois si délicat et si énorme. Autant les patients que les thérapeutes deviennent victimes de cette situation qui surgit dans la fascination mutuelle et les faux espoirs. Mais bien que les dommages soient partagés, il importe de remettre la responsabilité à qui elle revient. Le thérapeute est celui qui sait ou doit savoir, son mandat étant de venir en aide au patient et de faire tout ce qui est en son pouvoir pour le soutenir et surtout ne pas risquer de le blesser davantage. *Primum non nocere*. Il connaît les enjeux de la relation thérapeutique et ses règles. Le patient, lui, n'a que la responsabilité de venir aux rencontres et de participer de son mieux au processus. Voilà, les dés sont lancés et nous allons parcourir différents aspects de cette question.

Tout se peut...

C'est en tant que superviseuse de stage à l'université que j'ai d'abord saisi l'ampleur du pouvoir qu'on accorde au professionnel, fut-il en apprentissage, puis en tant que syndic adjointe à l'Ordre professionnel des psychologues, que l'aspect incestueux du rapprochement sexuel entre le thérapeute et le patient m'est apparu clairement.

Bien que les expériences de ce type soient toutes uniques, certains grands vecteurs de différenciation peuvent nous aider à les décrire. Il faut d'abord distinguer les personnes qui ont réellement fait l'expérience de cette transgression de celles qui ont fui dès son amorce, ou encore de celles qui n'ont toléré qu'un temps des comportements à caractère intime ou ambigu. Lors de ma recherche de doctorat, de nombreuses femmes m'ont confié que, refusant les avances d'un professionnel qui voulait les séduire, elles ont fait le choix de ne plus y retourner. La majorité m'a dit ne pas avoir consulté à nouveau parce que leur confiance envers les professionnels s'était évaporée : « Tu vas chercher de l'aide parce que tu n'en peux plus et tout ce qu'il trouve à dire c'est que tu es belle et qu'un peu d'amour replacerait les choses ! ». « Il a essayé de m'embrasser en me serrant très fort. Je suis partie bouleversée en me disant que la solution ne viendrait pas de là. »



La deuxième distinction s'applique à la présence ou à l'absence du sentiment pseudo-amoureux entre le patient et le thérapeute. Il peut bien sûr s'agir de relation hétérosexuelle ou homosexuelle. En l'absence de sentiment amoureux, ce sont l'attachement ou la confiance indéfectible qui prennent le relais pour endormir le simple bon sens. Il y a aussi les personnes qui acceptent de supporter les atouchements, croyant qu'il s'agit d'une technique thérapeutique, et qui les subissent comme un dentiste arrache une dent ! Il va de soi que, selon que l'on se croit en amour ou que l'on se prête à l'exercice pour soi-disant aller mieux, l'expérience d'abus et ses conséquences sont vécues très différemment.

Un troisième thème oppose le consentement non éclairé versus l'utilisation de la force pour arriver à ses fins. Je parle d'un consentement non éclairé, car dans un contexte de demande d'aide et de vulnérabilité, je ne crois pas que le patient possède tout l'éclairage requis pour faire un véritable choix. À titre d'exemples, voici quelques horreurs rencontrées, et non les plus rares : une patiente se fait violer sur le plancher du bureau lors de la première consultation ; le professionnel met fin à la séance en expliquant : « Ce sera votre parole contre la mienne et je suis très reconnu ! » ; dans cette même lignée, on rencontre des médecins qui agressent les patientes en cours d'examen médical ; un thérapeute fait croire à une jeune étudiante de 18 ans que l'initiation sexuelle effectuée par lui est un plus

dans sa vie. Elle n'ose le contredire et va vomir après chaque rencontre. Le stratagème dure des mois sans que la jeune fille ose se plaindre de ces viols déguisés; il existe aussi des thérapeutes pédophiles qui utilisent les enfants qui les consultent pour assouvir leur perversité; enfin, mentionnons ces professionnels qui, disposant de narcotiques, droguent leur patiente avant d'en abuser; on voit aussi le cas de thérapeutes qui sont agressés sexuellement par les patients. Lorsque l'acte entre dans la gamme des agressions reconnues comme telles par la loi, il est relativement facile à dénoncer. Il en va autrement des relations dites amoureuses, où il faut expliquer au patient autant qu'au thérapeute, et également au juge, que le consentement est vicié et ne constitue donc en aucun cas un facteur disculpant.

On observe trois niveaux d'intimité sexuelle. En premier lieu, c'est un climat avec jeux de séduction: par exemple, le thérapeute demande beaucoup de détails sur la vie sexuelle du patient sans raison valable ou fait des commentaires et de l'humour à tendance sexuelle. On a ensuite les comportements ambigus tels que baisers, accolades, caresses. Plusieurs thérapeutes, au fait des risques encourus s'ils passent à l'acte, se contentent de gestes qu'ils pourraient, à la limite, justifier dans un contexte de travail thérapeutique. Il leur arrive de se croire eux-mêmes. Enfin, il y a véritablement rapports sexuels, soit à une seule occasion, soit des centaines de fois pendant des années. À chacun de ces niveaux qui, soit se maintient tel quel, soit débouche sur le suivant, les variations sont infinies. Le rapprochement a-t-il lieu dans le bureau du thérapeute sur un lit ou sur le plancher, au domicile de la patiente ou dans tout autre lieu? Se fait-il dès le début de la thérapie, en cours de processus, juste au moment de clore ou encore quelque temps après que le contrat thérapeutique soit en apparence terminé?

Voici que surgissent mes anciens réflexes et que j'ai envie de hurler: «Il n'y a pas de cas particulier, ce n'est jamais correct!». Et pourtant, bien que ce cri comporte une certaine vérité, il pourrait ne pas rendre justice aux exceptions. Assumons que, dans l'idéal, une relation thérapeutique devrait se dérouler selon les règles de l'art sans se confondre avec une relation d'affaires, d'amitié, ou d'amour. Et que cela n'empêche pas certains couples de s'être formés, d'avoir eu des enfants et de poursuivre une vie heureuse et comblée.

Un exemple qui en dit long

Une jeune psychiatre tombée follement amoureuse de son patient me consulte. Elle en est obsédée au point que ses pensées de lui remplissent toute sa vie. À peine l'effleure-t-il de la main à la fin des rencontres que son cœur s'emballe. Ce dernier reconnaît poursuivre ses rencontres dans le simple but de continuer à la voir. Ayant effectué un travail approfondi sur lui-même, il se sent en maîtrise de sa vie et heureux. Dans son optique, une relation amoureuse avec la thérapeute deviendrait simplement un plus à son bonheur, car il y est très attaché. La professionnelle me le présente comme charmant, chaleureux, enjoué, intelligent et plein de ressources. C'est l'homme de sa vie. Comment peut-elle faire pour solutionner ce casse-tête? Elle argue que le patient n'est plus en détresse et qu'il souhaite ce changement relationnel.

Mais la thérapeute, elle, est en détresse. Sa relation de couple bat de l'aile, elle ne s'y retrouve plus et remet en question le mariage qui pourtant, dans son esprit, devait durer toute sa vie. Elle s'y sent malheureuse et mal aimée. Ce patient «extraordinaire» l'aime et se propose de la chérir comme elle ne l'espérait plus. Elle se voit dans un cul-de-sac. D'un côté, elle ne peut

imaginer transgresser ses principes déontologiques et se sentirait incapable de dire à quiconque: «Et bien, voici, cet homme est mon ancien patient». La honte l'accable déjà. De l'autre, comment renoncer à l'homme de sa vie, car cette fois elle est certaine de ne pas se tromper?

Nous convenons d'une marche à suivre avant de discuter d'une quelconque décision. Elle doit aborder le sujet avec son patient, lui dire sa réalité, accepter de mettre fin aux rencontres et convenir d'un rendez-vous ultérieur, quand elle aura traversé sa crise actuelle. Aucune promesse n'est faite entre eux deux, sinon celle de se reparler quand les esprits seront plus clairs. Par la suite, la thérapeute met fin à sa relation de couple insatisfaisante et malsaine. Le fait de se donner un espace de vie personnel change la perspective de la relation perçue comme idyllique. Elle se retrouve seule et contente de l'être, avec ce besoin au cœur de prendre soin d'elle pour un temps. Comme convenu, elle revoit son patient pour faire le point sur leurs sentiments et leur lien. Mais déjà, elle ne le voit plus avec les mêmes yeux ni avec le même cœur, bien soulagée de ne rien avoir entrepris avec lui. Elle s'excuse auprès de lui pour la confusion engendrée et s'assure qu'il va bien. Voilà une situation douloureuse et difficile à résoudre qui s'est bien terminée pour les deux personnes concernées.

J'avoue avoir été moi-même bien embarrassée au départ, me disant qu'il s'agissait peut-être de l'exception dont je fais parfois mention. Il m'apparaissait que, si la thérapeute ne réglait pas sa propre situation de couple, le patient devenait son sauveur, entre autres, en lui rendant plus facile la tâche d'affronter son conjoint. On sait combien une relation de ce type est vouée à l'échec. Le sauveur appelle la victime et la victime le persécuteur, et le triangle dramatique¹ se met en place, chacun se retrouvant prisonnier du cercle vicieux.

1- Nous faisons appel à la notion du triangle dramatique telle que mise au point par Stephen Karpman, lui-même inspiré d'Éric Berne. Le triangle dramatique est un mode de fonctionnement relationnel préjudiciable à chacun. C'est un jeu de pouvoir utilisant trois rôles différents mais interreliés: la victime ou celui qui subit, le sauveur ou celui qui protège et le persécuteur ou celui qui attaque. Nous passons d'un rôle à l'autre aussi longtemps que nous demeurons inconscient des enjeux.

Dans cette situation, j'ai toléré mon doute et misé sur l'intégrité de la personne. J'aurais accepté son choix, quel qu'il soit, mais l'expérience a confirmé ce que j'ai tendance à penser. À savoir qu'il peut être tentant d'utiliser l'autre pour éviter de faire face à ses propres souffrances, et facile de se leurrer soi-même sur ses propres motifs. Il me semble que, dans à peu près toutes les situations de trop grande proximité entre un aidant et un aidé, on retrouve ces mêmes fondements. L'un et parfois les deux se servent de la sexualité comme paravent à une souffrance plus profonde. Il me semble préférable d'investir dans la bonne direction pour se soigner et soigner.

L'autorité non également partagée

L'intimité sexuelle entre un thérapeute et un patient correspond à une utilisation inadéquate du pouvoir, personnel et professionnel. Je pense au pouvoir de séduction ou de persuasion de l'un ou de l'autre, ou encore au pouvoir d'évitement des blessures personnelles. La sexualité devient une solution à bien des choses dans la mesure où, dès son actualisation, elle canalise entièrement l'attention et le travail thérapeutique se retrouve relégué en arrière-plan.

Dix années comme superviseuse de stage à l'Université de Montréal dans le cadre de la maîtrise en psychologie m'ont appris la puissance du transfert et du contre-transfert dans les relations d'autorité. La vulnérabilité des patients m'a subjuguée et j'ai commencé là à me questionner sur les relations de pouvoir. De fait, la relation thérapeutique réunit deux personnes dont l'une est fragile et en besoin, et l'autre, en position d'autorité, qu'elle le veuille ou non, même si de nombreux stagiaires se sentaient de toute évidence aussi vulnérables que leur vis-à-vis. Devoir oblige, ils ont la responsabilité du processus. Bien qu'il s'agisse de deux personnes qui se rencontrent avec chacune leur histoire et leurs secrets, leurs forces et leurs faiblesses, leurs défenses et leurs résistances, leur conscient et leur inconscient, il est impossible qu'une relation d'intimité sexuelle puisse s'établir dans un tel contexte sans dégâts majeurs. Toutes les recherches en ce domaine le corroborent. Le professionnel, apprenti ou accompli, revêt un pouvoir lié à sa position qui surpasse de beaucoup le pouvoir que le patient s'accorde. Il nous suffit de penser combien nous nous sentons démunis quand notre voiture ne fonctionne plus... Et tout l'espoir que nous plaçons dans le mécanicien. Pourtant, il ne s'agit que de notre voiture. Imaginez quand c'est notre corps ou notre esprit qui a des ratés! Certains patients savent décoder les comportements inadéquats d'un professionnel et s'en protéger. Ceux-là s'en tirent sans trop de mal... En apparence.

J'aimerais maintenant illustrer le propos par une histoire d'une infinie tristesse. Une dame d'environ cinquante ans, célibataire, vient dans le cadre de ma recherche pour me confier l'expérience amoureuse de sa vie. « Lorsque j'étais dans la vingtaine, j'ai consulté un psychiatre qui, après m'avoir aidée pendant plus ou moins un an, a décidé que la thérapie était terminée et que la relation amoureuse commençait. Tous les vendredis soirs, il venait à mon appartement pour environ une heure pendant laquelle nous avions nos ébats amoureux sur mon divan. Ma semaine se résumait à cette heure de pur bonheur passée en sa compagnie. Cela a duré trois ans puis un vendredi, il m'a annoncé que c'était notre dernière rencontre et que je devais maintenant poursuivre ma vie. Je n'ai jamais réussi à l'oublier, aucun autre homme ne l'a jamais remplacé, et j'espère toujours le retrouver. » Quand j'ai recueilli ces confidences, mon cœur a chaviré: cet homme, qui l'a séduite, tenue captive et finalement abandonnée, était censé lui venir en aide, et non la renvoyer à la solitude que sans doute elle était venue guérir en thérapie. J'avoue que dans ces situations j'ai peine à comprendre l'insouciance des professionnels. Sans doute ont-ils eux aussi leur histoire à

l'origine de leurs comportements. Toutefois, comme il était déjà écrit il y a 2500 ans dans le serment d'Hippocrate: « Dans quelque maison que j'entre, j'y entrerai pour l'utilité des malades, me préservant de tout méfait volontaire et corrupteur, et surtout de la séduction des femmes et des garçons, libres ou esclaves. »

Inceste familial et inceste professionnel²

Trois années aux prises avec les appels de détresse de patientes suite à « une histoire d'amour avec leur psy » ou à une promiscuité sexuelle prise pour un traitement, ont mené plus loin ma réflexion. Je déplore que dans notre formation on parle si peu de l'attrait en thérapie. Il nous faut pourtant apprendre à gérer celui qu'on éprouve ou celui qu'on suscite. Certains professionnels de la santé préfèrent ignorer la question. Mais qu'arrive-t-il lorsqu'on ignore un mal de dents? Il se développe un abcès. D'autres passent à l'acte, et même s'en vantent, sans réaliser les drames qu'ils font vivre. Plusieurs ne savent pas quoi faire d'émois qu'ils subissent en silence. Qu'est-ce qui est réel? Qu'est-ce qui est engendré par la situation en elle-même très intime? Comment en parler dans le cadre thérapeutique? Deux adultes responsables, se plaît-on à dire.

En 1982, je décide avec une collègue de faire un exposé sur le sujet lors d'un congrès. Après la présentation d'une mini-pièce de théâtre, on lance la discussion parmi les psychologues. C'est une première. Plusieurs personnes se sentent concernées, dans un sens comme dans l'autre. Les psychologues, en effet, constituent un bassin important de candidats à la psychothérapie. Quelques papas ont épousé leur fille adoptive... D'autres les ont laissés tomber après en avoir bien profité. Existe-t-il des mères

2- Pour aller plus loin, le lecteur peut consulter l'article suivant: *L'abus sexuel parent-enfant et thérapeute-patient: similitudes et différences*, Marie Valiquette, *Le Clinicien*, Montréal, décembre 1992.

incestueuses? Sûrement, mais beaucoup moins. Les enfants adoptifs sont aux prises avec le secret. Les parents peuvent bien en parler entre eux, mais ô malheur, plusieurs sont des anciennes victimes. Que faire, que dire? Si, parmi les psychologues, plusieurs ont fait l'amour avec leur analyste, certains ont aussi été inspirés par leur professeur de psychologie au cégep, devenu leur thérapeute et leur amant. Vous voyez un peu le climat incestueux qui se développe... Comme le dit si bien l'homme politique antillais, Victor Schoelcher: «Les victimes d'hier sont les bourreaux de demain».

La principale différence entre l'inceste familial et l'inceste professionnel a trait à l'âge des victimes, puisque dans le premier cas il s'agit toujours d'enfants et dans le second, le plus souvent, d'adultes. Selon la définition du Comité de la Protection de la Jeunesse, l'inceste consiste en «toute activité à caractère sexuel impliquant un enfant et un adulte qui a avec cet enfant un lien de responsabilité ou de figure parentale³». Il est clair que le thérapeute détient cette position dans la hiérarchie. De plus, étant donné que le patient transfère fréquemment dans la relation thérapeutique les affects de son enfance, on se rapproche dangereusement, bien que symboliquement, de l'inceste. Certaines situations mettent en relief le parallèle entre ces deux abus: l'agir sexuel se fait dans le secret et parfois sans violence apparente; il est demandé à la victime de ne pas en parler pour éviter des ennuis à celui qui est responsable; enfin, les séquelles⁴ se ressemblent et varient en intensité d'une situation à l'autre. Voici celles que l'on retrouve le plus fréquemment chez l'enfant ou le patient: ambivalence plaisir/déplaisir, sentiment de culpabilité, sentiment d'isolement et de vide, confusion sexuelle, difficulté à

faire confiance, trouble de l'identité, envahissement émotif, colère ou rage, risque suicidaire et dysfonctions cognitives en rapport avec l'attention et la concentration.

Une petite fille peut bien vouloir se marier avec son papa, mais il revient à ce dernier de fixer des limites et de lui faire comprendre ce qu'elle vivra avec quelqu'un de son âge quand ce sera le temps. Dans la situation thérapeutique, comme une patiente me l'a fait si pertinemment remarqué: «Comment refuser de faire l'amour avec Dieu!?!», «Mon thérapeute est celui qui m'a sorti du pétrin, il m'a tout appris alors pourquoi pas ça aussi?» Et bien, comme pour l'enfant, certaines activités doivent s'effectuer à l'extérieur du cadre thérapeutique, avec quelqu'un de même statut que soi. À cet égard, une patiente, qui a mis un terme à ses rencontres thérapeutiques parce qu'elles penchaient dangereusement vers un rapprochement sexuel, m'a confié: «Je ne peux m'imaginer faire l'amour avec quelqu'un qui n'est pas mon égal. Dans ce contexte le thérapeute sait tout de moi, il est mon guide et non mon pareil.» Malheureusement, toutes les femmes n'ont pas cette sagesse, même si celle-ci n'est pas de leur ressort, mais bien de celui de l'intervenant.

Tenter de réparer ou de prévenir

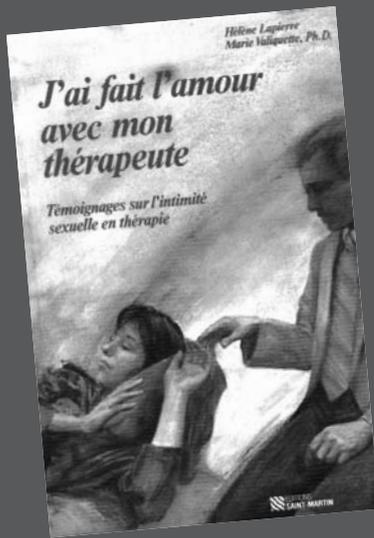
Avons-nous des moyens de venir en aide aux professionnels, ni atteints d'une pathologie particulière, ni incompetents, mais aux prises avec une zone aveugle qui les entraîne dans un gouffre non éthique, que je qualifie de suicidaire? J'ai assisté à de nombreux procès disciplinaires, civils ou criminels. J'avoue que j'y ai rarement vu autre chose que des meurtrissures qui se multiplient au fil des procédures. Peut-être suis-je mal tombée?

Toutefois, j'ai proposé et expérimenté un modèle qui, sans être infaillible, m'est apparu au moins réparateur et au plus enrichissant et fructueux. Il s'agit d'un processus de médiation dans lequel les deux partenaires se rencontrent en présence d'un tiers thérapeute, facilitant que les deux personnes reviennent sur leur expérience, expriment leur vécu, comprennent mieux l'écart de conduite et sa portée. À partir du moment où le thérapeute reconnaît son erreur, un dialogue réparateur s'engage. Il devient possible de parler de ce qui est arrivé et de pourquoi c'est arrivé. C'est l'occasion pour chacun de s'approprier sa part de l'expérience vécue en y décodant les motivations et les schèmes sous-jacents, en nommant les reprises traumatiques. «Chaque fois que je me confie, je suis trahie»; «Dès que je fais confiance à un homme, je fais l'amour»; «Comme avec Papa, je voulais lui faire plaisir» en sont quelques exemples. Il n'y a certes pas de recette miracle pour effacer des gestes qui relèvent d'un mauvais usage de l'espace thérapeutique, par définition déjà saturé de souffrances. C'est d'ailleurs pourquoi la psychothérapie de ces deux personnes ensemble prend fin après cet échange. Au mieux, on a pansé les plaies, on est redevenus des interlocuteurs, mais jamais, contrairement à d'autres genres de ruptures occasionnelles qui ont le don d'enrichir le processus psychothérapeutique, la relation initiale ne peut être rétablie. La confiance et la sécurité de base font partie des besoins qu'on ne peut trahir. Chaque partenaire peut, et sans doute doit, repartir de son côté dans un autre espace thérapeutique.

Pour qu'un tel modèle prenne place, il faudrait la participation des corporations professionnelles. Actuellement, il n'existe pas de structure le permettant. Le professionnel, qui accepte de rencontrer avec son patient un autre professionnel, n'est pas protégé du risque d'être poursuivi en discipline par son Ordre, ce qui n'est pas favorable à l'aveu et à la transparence. Pourtant, un grand nombre de personnes concernées souhaiteraient avoir accès à un tel outil. Cette façon de travailler va dans le sens du mouvement de justice réparatrice actuellement en expansion au Québec.

3- Comité de la protection de la jeunesse: *L'inceste. Une histoire à trois et plus*, Québec, 1982.

4- Pour plus de détails, le lecteur peut consulter le volume: *J'ai fait l'amour avec mon thérapeute. Témoignages sur l'intimité sexuelle en thérapie*, Hélène Lapierre et Marie Valiquette, Éditions Saint-Martin, 1989, pp. 15-18.



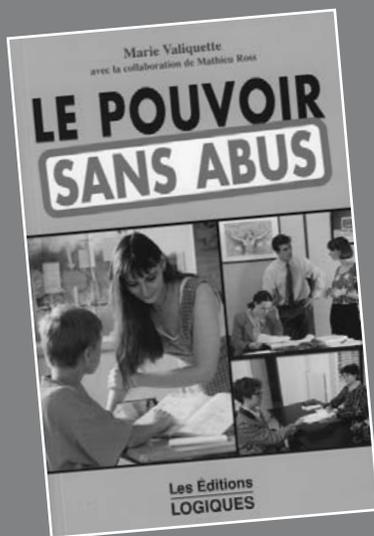
J'ai fait l'amour avec mon thérapeute (1989)

Hélène Lapierre et Marie Valiquette

Éditions Saint-Martin

<www.editions-stmartin.com>

J'ai fait l'amour avec mon thérapeute, petite phrase simple presque anodine qui camoufle un monde d'expériences mystérieuses et illicites. Rêve amoureux et fantasme... vécu de bien des clients face à leur thérapeute bien aimé. La tentation de l'amour interdit fait naître le désir... que fera le thérapeute? Des histoires touchantes et fidèles à la réalité, quelques statistiques et des commentaires cliniques nous informent. Faire l'amour avec son thérapeute: un paradis ou un enfer? Un privilège ou un évènement traumatisant?



Le pouvoir sans abus (1997)

Marie Valiquette

Les Éditions Logique

Toute personne en position d'autorité abuse de son autorité: légèrement, beaucoup ou énormément. Que ce soit dans une relation parent-enfant, professeur-étudiant, professionnel-client ou encore patron-employé, chacun connaît au moins un versant du problème: celui d'avoir été abusé. Le lecteur est invité à réfléchir sur ces trois notions: la relation d'autorité, le pouvoir et l'abus. L'auteure en analyse plusieurs facettes:

- > Les styles d'autorité;
- > Les différentes formes de pouvoir;
- > Les caractéristiques de la personne en position d'autorité et de celle sous son autorité;
- > Les types d'abus de pouvoir.

RAPT

L'Association des Victimes de Délits Sexuels de Thérapeutes: Psychiatres, Médecins, Psychologues

Fondée en 1991 par des victimes d'abus sexuels ayant participé à la recherche doctorale de Marie Valiquette et aux groupes de support qu'elle avait mis sur pied avec Hélène Lapierre, l'Association des Victimes de Délits Sexuels de Thérapeutes, ou plus simplement le RAPT, a été la première association québécoise et canadienne visant à aider les victimes de délits sexuels commis par des professionnels de la santé. Présidé par Lise Frenette, auteure de l'ouvrage *Abus de pouvoir: Récit d'une intimité sexuelle thérapeute-client* (1991), le RAPT cherchait d'une part à vouloir «dévictimiser» les personnes ayant subi des abus sexuels de la part de thérapeutes, en les aidant à sortir de la réclusion causée par la honte et la peur de révéler le traumatisme vécu. D'autre part, il voulait informer et sensibiliser le

grand public et les professionnels de la santé à cette question en distribuant des brochures, en favorisant la participation des membres le désirant à des émissions consacrées à la problématique et en offrant des conférences d'information afin de faire connaître les conséquences néfastes d'un tel rapprochement. Le RAPT voulait également devenir un lieu de transition entre l'ex-thérapeute fautif et l'éventuel thérapeute réparateur. Toutefois, faute de moyens financiers, l'Association s'est éteinte quelques années après sa fondation.

Un dossier de presse du RAPT est disponible au Centre de diffusion de documentation pour l'éducation des adultes et la condition féminine (CDÉACF) <www.cdeacf.ca>