



Les conséquences de l'intimité sexuelle dans un contexte thérapeutique chez la victime

Annie-Karine Beauchesne, M.A., sexologue clinicienne et psychothérapeute
Isabelle Boisclair, M.A., sexologue clinicienne et psychothérapeute

Consulter un professionnel est très souvent considéré comme étant le dernier recours, le dernier espoir. La personne ne consulte pas un thérapeute par plaisir, mais plutôt parce qu'elle se sent dépassée par le problème qui l'habite et qu'elle souhaite retrouver un mieux-être. Ainsi, elle se trouve en état de vulnérabilité et d'influencabilité en accordant sa confiance au thérapeute et à son expertise¹. Or, certains professionnels transgressent la frontière thérapeutique et la relation d'aide se transforme en relation amoureuse et/ou sexuelle. Cette transgression est malsaine pour la personne qui consulte et abusive de la part du thérapeute. Les conséquences qui y sont associées sont nombreuses, puisqu'en plus de ne pas avoir solutionné le problème qui motive la consultation, s'ajoutent des conséquences nocives directement liées à l'abus sexuel.

Un peu d'histoire

Au 20^e siècle, aucune loi ne régissait les relations thérapeute-client en psychothérapie. Ainsi, différents professionnels connus du milieu de la santé mentale (psychanalystes, psychiatres et psychologues) ont eu des relations sexuelles avec leur clientèle, comme Carl Jung, Sandor Ferenczi, Fritz Perls, Wilhelm Reich, Frieda Fromm-Reichman, Otto Rank, Karen Horney et Julius Spier. Par la suite, cette intimité sexuelle en thérapie fut condamnée discrètement par les professionnels pour finalement devenir illégale². Contrairement à la croyance populaire, il semble qu'un grand nombre de thérapeutes soit touché par cette problématique. Selon une étude effectuée aux États-Unis en 1987, il est estimé que 95 % des hommes et 76 % des femmes psychothérapeutes ont ressenti une attirance pour un ou une cliente³. De ce nombre, de 10 à 12 % des hommes et de 1 à 3 % des femmes thérapeutes se sont permis un rapprochement sexuel malsain⁴. Bien que cette forme d'abus existe au Québec, aucune étude, à notre connaissance, ne nous permet de dresser un portrait statistique de la situation actuelle. Certaines démarches ont été entreprises afin de mieux régir la pratique des cliniciens en lien avec cette problématique, mais il n'en demeure pas moins que les efforts déployés ne sont pas proportionnels aux résultats obtenus. Ainsi, on reconnaît les préjudices causés aux victimes, mais les moyens pour dissuader les thérapeutes abusifs sont discutables.

Passage à l'acte

Pour bien comprendre les conséquences sur les victimes, il est important de présenter le contexte dans lequel se déroule le passage à l'acte, puisque celui-ci s'installe de façon progressive et insidieuse.

La relation thérapeutique en est une empreinte de vulnérabilité et de confiance au sein de laquelle la personne qui consulte confie au thérapeute sentiments, pensées et comportements qu'elle n'oserait jamais raconter à qui que ce soit d'autre. Dans certaines circonstances, la personne devient dépendante de son thérapeute, de l'attention qu'il lui accorde de par son écoute et ses conseils. Ainsi, elle se remet aux connaissances ainsi qu'aux compétences professionnelles du thérapeute pour juger ce qui est bon ou non pour elle. Les thérapeutes ont donc des responsabilités très importantes et des limites à ne pas franchir afin d'aider la personne à atteindre un mieux-être. Lorsque les limites ne sont pas respectées, l'abus de pouvoir prend le dessus sur la relation d'aide.

Cet abus de pouvoir est d'ailleurs similaire à la problématique de l'inceste. En ce sens, les victimes, clients ou enfants, ont comme agresseur une personne ressource, soit le thérapeute ou le parent. Les victimes sont, chacune à leur niveau, dépendantes de leur agresseur, même si celui-ci abuse de son autorité. Face à leur agresseur, les

1- Lecompte et Gendreau 1984; dans Lapierre et Valiquette, 1989.

2- Pope 1994; Baur 1997.

3- Spiegel et Tabachnick, 1987, cités par Pope, 1991, dans Boisclair et Trofimoff, 2003.

4- Gabbard, 1989; Baur, 1997; Pope, 1994; Valiquette 1992.

victimes vivent une ambivalence émotionnelle allant de l'affection à la trahison⁵. Par ailleurs, ce type d'abus implique la notion de secret et par le fait même, d'isolement. Pour toutes ces raisons, les victimes s'abstiennent de dénoncer, craignant que la relation se termine bien qu'elle soit malsaine.

Conséquences sur les victimes

Bien qu'il soit difficile de mesurer les conséquences négatives reliées à l'intimité sexuelle dans un contexte thérapeutique, on estime que 90% des victimes vivent des séquelles de cette relation abusive⁶. Les diverses études⁷ sur la question ont permis d'identifier le « syndrome de la relation sexuelle thérapeute-cliente », représentant un ensemble des dix symptômes caractérisant ce que la victime est susceptible d'expérimenter. Il importe de préciser que certaines victimes peuvent vivre plusieurs des ces dix conséquences, dont l'intensité peut également varier. Les effets négatifs qui y sont associés peuvent aussi se prolonger pendant plusieurs années⁸.

En résumé, voici les dix conséquences négatives remarquées chez les victimes et reliées à ce syndrome⁹:

- 1. L'ambivalence du patient face au thérapeute abuseur.** D'un côté, le client ressent de la colère, de la peur, de la rage face au thérapeute. De l'autre, il éprouve de l'affection, de l'amour, de la gratitude pour ce même thérapeute, souvent la seule personne qui s'est intéressée à lui. Cette ambivalence est similaire à celle vécue par les femmes victimes de violence conjugale ou par les victimes d'inceste, qui, alternativement, veulent fuir l'abuseur et le protéger.
- 2. Le sentiment de culpabilité** vécu par la victime. Bien que cette culpabilité soit sans fondement, il reste que le client est porté à prendre la responsabilité des abus sexuels, et même à se sentir coupable.
- 3. Le sentiment d'isolement et de vide** pouvant l'amener à s'isoler et à penser qu'elle est la seule à qui arrive un tel abus.

- 4. La confusion sexuelle** caractérisée par le fait que la victime expérimente divers comportements sexuels compulsifs et destructeurs pour elle-même ou encore qu'elle perçoive toute relation sexuelle comme la reviviscence de la victimisation sexuelle qu'elle a vécue. De plus, cette confusion sexuelle peut être responsable du fait que la victime s'empêche d'investir dans d'autres relations amoureuses et sexuelles saines hors du cadre thérapeutique.
- 5. L'augmentation de la difficulté de faire confiance.** La relation thérapeutique nous amène à partager avec le professionnel les aspects les plus privés de notre existence, ce qui implique un degré élevé de confiance. À la suite d'un abus sexuel, le client devient plus méfiant face à lui-même et aux autres, particulièrement face aux professionnels.
- 6. La confusion dans le sentiment d'identité et des rôles respectifs** reliée à la violation des frontières thérapeutiques. La victime devient confuse

sur sa valeur, son sens de l'identité et les rôles qu'elle adopte dans ses interactions sociales.

- 7. L'envahissement émotif** caractérisé souvent par le fait que la victime peut se sentir submergée par ses émotions et même sombrer dans un état psychotique.
- 8. La rage réprimée**, qui peut être expliquée par trois facteurs: la force et l'influence du thérapeute abuseur qui réfrène l'expression d'émotions négatives, l'ambivalence du client et sa culpabilité.
- 9. Le risque de suicide** souvent associé à la désillusion résultant de la fin de la relation.
- 10. L'apparition de difficultés dans les fonctions cognitives**, particulièrement en ce qui a trait à l'attention et à la concentration.

D'autres conséquences sont aussi susceptibles d'apparaître¹⁰, telles qu'un sentiment d'impuissance, une diminution de l'estime de soi de la victime l'amenant à se percevoir de manière négative, un évitement des activités qui lui rappellent des souvenirs difficiles, le sentiment d'être « spéciale » pour le professionnel, créant souvent un conflit lorsqu'elle rencontre un autre patient qui le consulte, des souvenirs perçus comme envahissants et douloureux, des cauchemars souvent répétitifs, des problèmes de consommation excessive d'alcool, de drogues, de nourriture, etc. Mmes Valiquette et Lapierre¹¹ ont d'ailleurs mis en lumière la similitude importante entre ces diverses séquelles et l'état de stress post-traumatique tel que définit dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*.

5- Schoener *et al.*, 1989.

6- Pope, 1997, dans Boisclair et Trofimoff 2003.

7- Pope, 1988 et Gabbard 1989, dans Boisclair et Trofimoff, 2003.

8- Lapierre et Valiquette, 1989; Valiquette, 1992, dans Boisclair et Trofimoff, 2003.

9- Pope, 1988, traduit et adapté par Lapierre et Valiquette, 1989, dans Boisclair et Trofimoff, 2003; Valiquette, 1990.

10- Bouhoutsos *et al.*, 1983; Burgess, 1982; Chesler, 1972; D'Addario, 1977/1978; Feldman-Summers et Jones, 1984; Pope et Bouhoutsos, 1986, dans Lapierre et Valiquette, 1989; Russell, 1993; Valiquette, 1992, dans Boisclair et Trofimoff, 2003.

11- Lapierre et Valiquette, 1992.

En plus de causer un traumatisme chez la victime, le motif de la consultation initial n'est toujours pas solutionné. Ainsi, la victime risque de se sentir davantage submergée qu'elle ne l'était avant d'entreprendre la thérapie. Cette situation entraîne une augmentation de la détresse psychologique et par conséquent, nécessite un suivi thérapeutique. Toutefois, la victime risque d'être très méfiante envers le nouveau professionnel qu'elle peut considérer comme un agresseur potentiel. De nombreuses résistances seront donc présentes lors de ce deuxième processus thérapeutique.

Victimes secondaires

Les effets dévastateurs de l'intimité sexuelle dans le cadre d'une thérapie ne se limitent pas à la personne qui consulte, mais affectent aussi son entourage et plus particulièrement les partenaires. En effet, le conjoint de la victime peut remarquer certains changements de comportements, tels qu'un désinvestissement de la relation de couple au profit de la relation avec le thérapeute pouvant mener à la rupture du couple, une baisse de désir sexuel suite au développement de l'intimité sexuelle avec le thérapeute, des changements d'humeur, de l'isolement, etc.¹² Ces changements sont susceptibles d'entraîner des questionnements de la part du ou de la conjointe et des conflits au sein du couple.

À la lumière de nos observations, nous sommes à même de constater que le but de la relation amoureuse et celui de la relation thérapeutique ne sont pas compatibles. La relation amoureuse vise à unir alors que la relation thérapeutique représente un processus où la séparation est l'aboutissement normal et nécessaire. Lorsqu'il y a transgression des frontières thérapeutiques, les besoins et les intérêts du ou de la cliente ne sont pas pris en considération comme ils le devraient. Les conséquences sont alors très importantes pour la victime qui croyait obtenir une aide efficace à la résolution de son problème. Bref, nous sommes d'avis que les clients doivent demeurer vigilants sans être méfiants et les thérapeutes doivent être sensibilisés à la problématique et non la nier.

12- Schoener *et al.*, 1989.

BAUR, S. (1997). *Les relations sexuelles entre pysys et patients*. Éditions Payot & Rivages pour l'édition de poche traduite en français à Paris en 2004.

BOISCLAIR, I. ET TROFIMOFF I. (2003). *La transgression de la frontière thérapeutique: amitié, amour, sexualité*. Consulté le 15 mars 2007 sur le site: http://www.blaf.ntic.qc.ca/fr/articles/isabelle_boisclair2.shtml

DUNN, S. (2005). *Le concept d'amour en psychothérapie. Un outil au service de la relation*. Éditions Nouvelles: Montréal.

FRENETTE, L. (1991). *Abus de pouvoir. Récit d'une intimité sexuelle thérapeute-cliente*. Les Presses d'Amérique: Montréal.

LAPIERRE, H. ET VALIQUETTE, M. (1989). *J'ai fait l'amour avec mon thérapeute. Témoignages sur l'intimité sexuelle en thérapie*. Montréal : Éditions St-Martin.

POPE, K. (1994). *Sexual involvement with therapists: Patient assessment, subsequent therapy, forensics*. American Psychological Association.

POPE, K. *et al.* (1994). *Sexual feelings in psychotherapy: explorations for therapists and therapists in training*. American Psychological Association.

SCHOENER, G.R., MILGROM, J.H., GONSIORREK, J.C., LUEPKER, E.T. & CONROE, R.M. (1989). *Psychotherapists' Sexual Involvement With Clients: Intervention and Prevention*. Minneapolis, MN: Walk-In Counseling Center.

STREAN, H.S. (1998). *L'agir sexuel en thérapie. Traitement et réadaptation du thérapeute déviant*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.

VALIQUETTE, M. (1990). Éthique et consultation sexologique: les aspects préventifs. *Le Clinicien*, septembre 1990, 93-107.

VALIQUETTE, M. (1992). L'abus sexuel parent-enfant et thérapeute-patient : similitudes et différences. *Le Clinicien*, décembre, 1992, 113-131.

VALIQUETTE, M. (1997). *Le pouvoir sans abus*. Montréal: Les Éditions Logiques.

Advocate Web – Helping Overcome Professional Exploitation



Pour consulter le site:
<www.advocateweb.org>

AdvocateWeb est une organisation américaine à but non lucratif qui fournit des informations et des ressources visant à sensibiliser aux questions liées à l'exploitation sexuelle de personnes par des professionnels de même qu'à les démystifier. AdvocateWeb se veut une ressource utile non seulement pour les victimes, mais également pour leurs proches et pour le grand public. Plusieurs écrits y sont disponibles, traitant de la question des abus sexuels mettant en cause les professionnels oeuvrant dans différents domaines, comme :

- Les professionnels de la santé mentale, thérapeutes, psychologues, psychiatres, etc.
- Les professionnels de la santé physique, médecins, infirmières et infirmiers, etc.
- Les membres du clergé
- Les éducateurs, professeurs, enseignants
- Les entraîneurs
- Les avocats
- Les professionnels du milieu judiciaire, policiers, gardiens de prison, etc.
- Les militaires