

Les thérapeutes abuseurs: stratégies d'évaluation et de traitement des inconduites sexuelles professionnelles commises par les psychothérapeutes

Dr. Marc Ravart, M.A., Ph.D., psychologue et sexologue clinicien en pratique privée et membre senior de l'Unité de la sexualité humaine du Département de psychiatrie à l'Hôpital général de Montréal

Les inconduites sexuelles commises par les professionnels de la santé et santé mentale sont parmi les plus dévastatrices des types d'inconduites professionnelles, tant pour les clients qui les subissent et qui en souffrent que pour les professionnels qui ternissent leur réputation et détruisent leur carrière. Sur le plan éthique et déontologique, les rapports sexuels entre les professionnels de la santé et santé mentale et leurs clients (ou anciens clients) sont prohibés, constituent des actes dérogatoires à la dignité de la profession et vont à l'encontre de la mission de veiller à la protection et au bien-être du public.^{1, 2, 3}

Malheureusement, l'exploitation sexuelle par les professionnels de la santé et santé mentale existe plus souvent que l'on pense, malgré sa condamnation dans les codes d'éthique et les lignes de conduite définies par leur profession et les conséquences potentiellement négatives connues au plan clinique pour les clients et au plan professionnel et légal pour les intervenants. Par exemple, selon des sondages anonymes faits par Gartrell et ses collègues, entre 6 et 9% des psychiatres et médecins sondés ont admis avoir eu une fois un comportement de nature sexuelle à l'égard d'une personne utilisant leur service.^{4, 5} Chez les psychothérapeutes, la prévalence des inconduites sexuelles se situe à environ 8% chez les hommes et 2% chez les femmes thérapeutes.^{6, 7} On estime qu'environ la moitié des psychiatres et psychologues évalueront et/ou traiteront dans leur carrière au moins une personne qui aurait été sexuellement agressée, abusée ou exploitée par un professionnel de la santé et santé mentale.⁸

L'ensemble de la littérature déontologique en psychothérapie est ferme sur la position que des comportements sexuels entre les psychothérapeutes et leurs clients sont dommageables et n'ont aucune valeur ou utilité thérapeutique.^{7, 9, 10, 11} Même si la transformation d'une relation thérapeutique en une relation sexuelle ou amoureuse apparaît consentante et non abusive, permettre aux psychothérapeutes de vivre de telles relations changerait dramatiquement la nature même de notre rôle professionnel et risquerait trop de nuire à notre objectivité, autonomie et intégrité. Considérant le déséquilibre de pouvoir inhérent dans une relation thérapeutique, l'influence du thérapeute, les effets de la relation transférentielle et les connaissances souvent limitées des clients quant aux conséquences et problèmes potentiels d'une relation sexuellement intime avec leur thérapeute, il est donc impossible que les clients puissent clairement consentir à une telle relation. On considère que ce déséquilibre de pouvoir se maintient même après la fin de la thérapie, rendant ainsi non réaliste la négociation d'une relation sexuellement intime entre les psychothérapeutes et leurs clients.^{10, 12, 13}



Notons qu'il n'est pas anormal pour des psychothérapeutes de ressentir une attirance, voire même du désir sexuel, à l'égard de certains clients. Il arrive aussi que des clients tombent amoureux de leur thérapeute et expriment un intérêt sexuel. Ce n'est pas nécessairement signe que l'on doit absolument référer la personne ailleurs. Par contre, la manière dont cette attirance et les autres réactions transférentielles et contre-transférentielles sont gérées par le thérapeute peut avoir un effet positif ou négatif sur la personne traitée, la relation thérapeutique et la qualité du traitement. Selon la littérature déontologique en psychologie, il n'est pas recommandé qu'un thérapeute dévoile son attirance à l'égard d'un client ou offre et entretienne des contacts physiques non sexuels.^{9, 10, 12} Une personne vulnérable peut très mal réagir, alors que d'autres peuvent devenir confus, inconfortables et ne pas savoir comment réagir. Cette situation peut susciter inutilement chez un client des mauvais sentiments et des réactions transférentielles potentiellement dommageables à la personne et au bon déroulement de la thérapie (p.ex., sentiments érotiques et amoureux, méfiance, peur, colère, dépendance, comportements

régressifs et destructeurs). En dévoilant son attirance et ses sentiments, un thérapeute insère ses propres intérêts, conflits et fantasmes dans la thérapie et la vie de la personne traitée. Ceci peut facilement provoquer une situation ambiguë et amener un client à croire que ce partage signifie une invitation du thérapeute à développer une relation amoureuse et sexuelle. Lorsqu'un thérapeute constate son désir pour un client ou reçoit des avances de celui-ci, l'intérêt du client exige que le thérapeute contienne ses sentiments et qu'il maintienne sa distance et son objectivité, afin d'éviter de passer des sentiments à l'action.

Les inconduites sexuelles pendant ou suivant une démarche thérapeutique incluent la transformation d'une relation thérapeutique en une relation amoureuse et sexuelle et/ou la manifestation d'une série de comportements non appropriés, voire harcelants et abusifs, initiés et entretenus par le psychothérapeute. Ces comportements comprennent des contacts physiques non sexuels (p.ex., donner des baisers, offrir des caresses et accolades, tenir/serrer un client dans ses bras pendant une période prolongée), des remarques, commentaires et propos à caractère séducteur et sexuel, des attouchements sexuels et autres comportements sexuels non déviants ou déviants.¹⁴ Dans bien des cas, le thérapeute ne cherche pas consciemment à abuser un client lorsqu'il transforme la relation thérapeutique en une relation amoureuse et sexuelle. Cependant, ces relations deviennent rapidement dysfonctionnelles et conflictuelles, se détériorent et finissent par cesser en causant des préjudices importants aux clients.

Il existe un grand nombre de recherches et d'études cliniques qui démontrent bien l'effet néfaste et les conséquences négatives à court et à long terme des rapports sexuels et des relations intimes entre les psychothérapeutes et leurs clients, et ce, pendant et après le suivi thérapeutique.^{12, 15} Dans l'ensemble, ces expériences sont vécues par les clients comme une forme d'abus et d'exploitation (p.ex., abus sexuels, abus de pouvoir, abus de confiance). Lorsqu'une personne entreprend une thérapie, elle s'attend à être traitée dans son meilleur intérêt. Elle n'a certainement pas besoin de se préoccuper des sentiments et besoins de son thérapeute. En agissant de façon sexuelle et en transformant une relation thérapeutique en une relation sexuelle et amoureuse, un psychothérapeute ne respecte pas le rôle et le cadre thérapeutique qu'il doit maintenir et préserver comme professionnel. Il trahit la confiance de la personne utilisant son service et abuse de son pouvoir, influence et rôle pour retirer des gains personnels. Ainsi, il perd le respect, la distance, l'indépendance, le désintéressement et son intégrité en tant que professionnel.^{9, 10, 16}

L'évaluation des cas d'inconduites sexuelles est un processus complexe, comportant des procédures légales avec le syndic d'un ordre professionnel, des rapports d'expertises offrant des opinions basées sur les faits et la déclaration de la victime et du professionnel, le tout suivi d'une démarche avec un tribunal ou la cour criminelle ou civile. Les thérapeutes arrêtés pour ces types de délits reçoivent beaucoup d'attention des médias et sont fortement stigmatisés. Chez le thérapeute abuseur, des interventions de crise et des suivis de support sont fréquemment nécessaires avant qu'une thérapie puisse approfondir l'analyse et la compréhension des inconduites reprochées.¹⁷ Considérant que ces abuseurs sont des professionnels, le taux de suicide est plus élevé, puisqu'ils doivent faire davantage face à l'indignation sociale et morale, comparativement aux autres abuseurs sexuels.¹⁸

Le processus conduisant un thérapeute à transformer une relation thérapeutique en une relation intime et sexuelle n'est pas bien connu et varie d'un professionnel à un autre. Ces situations problématiques débutent souvent par un certain conflit et questionnement de la part du thérapeute quant à son désir et ses fantasmes à l'égard de la personne qui consulte. Ceci est généralement suivi par un grand besoin d'aider celle-ci et de la traiter de façon spéciale. Des transgressions graduelles dans les frontières et le cadre thérapeutique

vont apparaître, se manifestant, entre autres, par des révélations privées et non pertinentes à la thérapie de la part du thérapeute, des compliments et commentaires séducteurs, des touchers et caresses non sexuels, et le prolongement de la durée des séances. Ensuite, si la personne traitée se montre réceptive et désireuse, une relation amoureuse et/ou sexuelle est susceptible de se développer pendant ou suivant le cheminement thérapeutique.¹⁶ L'inconduite sexuelle du professionnel peut se développer à travers le temps avec douceur, alors que d'autres thérapeutes peuvent exercer de la pression au cours d'une thérapie pour soumettre le client à leurs besoins sexuels. Le comportement du thérapeute est souvent planifié et organisé, et peut présenter une qualité obsessionnelle-compulsive.^{14, 18}

Les thérapeutes abuseurs entrent généralement dans trois catégories.¹⁴ Il y a le négateur, soit celui qui nie tout et blâme entièrement le client d'avoir fait de fausses accusations en lien avec les problèmes de celui-ci. Il y a celui qui admet, mais qui rationalise, justifie et minimise son comportement et qui peut blâmer le client pour sa conduite. Finalement, le repentur reconnaît ses fautes, prend toute responsabilité pour sa conduite et exprime beaucoup de culpabilité et de remords. Il faut tenir compte que les psychothérapeutes accusés d'inconduite sexuelle souhaitent typiquement maintenir leur pratique professionnelle ou s'attendent à la reprendre assez rapidement, ce qui risque d'augmenter leur négation ou la minimisation de problèmes personnels.

Nous distinguons également les thérapeutes abuseurs de type affectif et prédateur.¹⁴ Le thérapeute abuseur de type affectif présente généralement des difficultés à gérer les réactions érotiques et amoureuses découlant de la relation transférentielle et contre-transférentielle, se montre assez névrosé et présente des problèmes émotifs et relationnels (p.ex., besoins élevés du thérapeute d'être aimé et apprécié, difficultés du thérapeute à refuser les avances sexuelles d'un client ou à mettre des limites avec des clients envahissants et séducteurs,

difficultés du thérapeute à composer avec sa solitude et son isolement, problèmes chez le thérapeute tels que la dépendance affective, des troubles dépressifs et anxieux, des sentiments de rancune et d'hostilité contre les femmes, l'abus de substances et d'alcool, et des compulsions sexuelles). Par contre, le thérapeute abuseur de type prédateur présente généralement un sévère trouble de la personnalité (p.ex., caractère antisocial ou psychopathe, narcissique et borderline) souvent combiné à un sérieux problème de compulsion sexuelle et d'abus de substances ou d'alcool. Ce dernier groupe est considéré plus dangereux et à risque de récidiver puisque leur inconduite sexuelle correspond à un style de vie antisocial et narcissique centré sur l'utilisation et l'exploitation des autres pour combler leurs besoins personnels.

Le traitement des cas d'inconduite sexuelle peut représenter un véritable défi sur le plan clinique et au niveau de la réintégration en milieu de travail. Après avoir complété une évaluation compréhensive de la problématique et de la dangerosité du thérapeute, le traitement consiste essentiellement à aider les thérapeutes à comprendre leur comportement et leurs besoins, à identifier les facteurs associés à leur inconduite et à résoudre leurs problèmes personnels et relationnels sous-jacents. Le traitement suit une approche multidimensionnelle centrée sur le fonctionnement personnel et relationnel du thérapeute, sur son fonctionnement professionnel et l'intégrité de la relation thérapeutique, et sur la prévention de récurrence.¹⁷

Une supervision clinique à long terme est généralement indiquée, avec une attention particulière centrée sur la gestion des réactions transférentielles et contre-transférentielles. La réintégration de leur pratique peut ou peut ne pas être recommandée au cours de leur évaluation et thérapie. Si la réintégration est envisagée, la modification de leur rôle professionnel, du type de clientèle ou du lieu de pratique peut être indiquée. Il peut être également nécessaire d'augmenter le niveau de surveillance dans

l'environnement où le thérapeute pratique pour réduire les risques de récurrence. On peut également utiliser d'autres mesures de surveillance et de contrôle, telles que des affiches et pamphlets portant sur les droits des clients placés dans la salle d'attente et le bureau du thérapeute, et des sondages anonymes auprès des clients sur le professionnalisme du thérapeute.¹⁷

Le meilleur pronostic est généralement attribué aux thérapeutes abuseurs de type repentant et affectif. Ici, on retrouve notamment des thérapeutes naïfs, mais plutôt bien équilibrés psychologiquement, présentant à la limite des symptômes névrotiques légers à modérés, qui sont tombés en amour et/ou n'ont pas su mieux gérer les réactions transférentielles et contre-transférentielles découlant de la relation thérapeutique, et ce, sans avoir expressément cherché, comme le thérapeute abuseur de type prédateur, à sexuellement abuser et exploiter la personne utilisant leur service. Le pronostic est plus réservé chez les thérapeutes très névrosés qui se sentent inadéquats et qui sont portés à utiliser la relation thérapeutique pour combler leurs propres intérêts et besoins psychosexuels. Le pronostic serait plus pauvre chez les thérapeutes abuseurs présentant des traits de personnalité pathologiques et des distorsions cognitives majeures justifiant leur inconduite. Le pronostic serait très pauvre chez les thérapeutes de type prédateur qui manifestent un sévère trouble de personnalité, surtout à caractère antisocial, narcissique, sadique et psychopathe, avec des indications d'un pauvre jugement social et des problèmes de contrôle des impulsions.^{14, 17}

Références

- BLOOM, J.D., NADELSON, C.C. & NOTMAN, M.T. (1999) (Eds.), *Physician sexual misconduct*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- CODE DE DÉONTOLOGIE DE L'ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC (R.R.Q., ch. C-26, r. 148.1), à jour au 9 décembre 2003.
- CODE DES PROFESSIONS (L.R.Q., c. C-26).
- GARTRELL, N., HERMAN, J., OLARTE, S., FELDSTEIN, M., & LOCALIO, R. (1986). Psychiatrist-patient sexual contact: Results of a national survey. I. Prevalence. *American Journal of Psychiatry*, 143, 1126-1130.
- GARTRELL, N., MILLIKEN, H., GOODSON, W., III, THIEMANN, S., & LO (1992). Physician-patient sexual contact: Prevalence and problems. *Western Journal of Medicine*, 157, 139-143.
- POPE, K.S. (1990). Therapist-patient sexual involvement: A review of the research. *Clinical Psychology Review*, 10, 477-490.
- SETO, M. (1995). Sex with therapy clients: Its prevalence, potential consequences, and implications for psychology training. *Canadian Psychology*, 36, 70-86.
- ABEL, G.G. (1994). *Sexual misconduct by physicians: Evaluation and treatment*. Atelier offert au Département de psychiatrie, Hôpital général de Montréal.
- KOOCHEER, G.P., & KEITH-SPIEGEL, P. (1998). *Ethics in psychology: Professional standards and cases*. New York: Oxford Press.
- POPE, K.S., & VASQUEZ, M. (1998). *Ethics in psychotherapy and counseling: A practical guide for psychologists*. San Francisco: Jossey-Bass Inc.
- SMITH, D., & FITZPATRICK, M. (1995). Patient-therapist boundary issues: An integrative review of theory and research. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26 (5), 499-506.
- POPE, K.S., & BOUHOUTSOS, J.C. (1986). *Sexual intimacy between therapists and patients*. New York: Praeger.
- GABBARD, G.O. (1989) (Ed.), *Sexual exploitation in professional relationships*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- ASSALIAN, P., & RAVART, M. (2003). Management of professional sexual misconduct: Evaluation and recommendations. *The Journal of Sexual and Reproductive Medicine*, 3 (3), 89-92.
- POPE, K.S. (1994). *Sexual involvement with therapists: Patient assessment, subsequent therapy, forensics*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- NORRIS, D.M., GUTHEIL, T.G., & STRASBURGER, L.H. (2003). This couldn't happen to me: Boundary problems and sexual misconduct in the psychotherapeutic relationship. *Psychiatric Services*, 54, 517-522.
- RAVART, M., & ASSALIAN, P. (2003). Treatment strategies for professional sexual misconduct. *The Journal of Sexual and Reproductive Medicine*, 3 (3), 93-97.
- LEVINE, S.B., RISEN, C.B., & ALTHOF, S.E. (1994). Professionals who sexually offend: Evaluation procedures and preliminary findings. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 20, 288-302.