

# **Relation transférentielle et intimité sexuelle dans la cure psychothérapique : à propos d'une affaire jugée deux fois en cour d'assises**

**M. BÉNÉZECH<sup>1\*</sup>**

« J'ai mis mon cœur à connaître la sagesse et à connaître  
la folie et la sottise et j'ai connu que cela aussi  
est recherche de vent. Car dans l'abondance de Sagesse est  
abondance de chagrin et ajoute-t-on  
à la science, on ajoute à la douleur. »

Qôhéleth (I, 16-18)

## **RÉSUMÉ**

La loi protège la dignité et la vie privée de la personne, ainsi que l'intégrité du corps humain. Le respect de ces principes juridiques fondamentaux est particulièrement important en pratique médicale et dans la relation clinique entre un psychothérapeute et son patient. Les règles éthiques et techniques professionnelles qui encadrent la cure psychothérapique excluent tout passage à l'acte sexuel ou tout geste à connotation sexuelle.

Il est rapporté une affaire dans laquelle un psychiatre d'exercice libéral fut accusé des crimes de viols sur plusieurs de ses patientes. D'abord condamné à douze ans de réclusion criminelle par une première cour d'assises, ce praticien fut ensuite acquitté en appel. Bien qu'ayant toujours nié avoir eu des relations intimes avec les plaignantes, il fut sanctionné disciplinairement par l'Ordre des médecins mais la seconde cour d'assises a estimé que la « contrainte » n'était pas juridiquement établie en l'absence de violence physique ou de menace.

Cette affaire pose le problème du consentement d'une patiente à une relation sexuelle avec son psychiatre au cours d'une cure psychothérapique. En dépit du jugement définitif d'acquittement, on peut se demander si les pratiques dévoyées d'un thérapeute sur des personnes psychologiquement dépendantes et vulnérables, avec perversion volontaire du processus transférentiel, ne constituent pas une véritable « contrainte morale » caractéristique du crime de viol ? Quoi qu'il en soit, les personnels médicaux ne doivent jamais exploiter la faiblesse des patients en abusant de leur autorité et des circonstances.

**Mots-clés :** Hypnose, Intimité sexuelle, Psychothérapie, Transe, Transfert, Viol.

---

1. 266, rue Judaïque, 33000 Bordeaux, France.

\* Expert honoraire près la Cour d'Appel de Bordeaux.

## SUMMARY

### *Transferential Relationship and Sexual Intimacy During Psychotherapy: A Case Tried Twice at the Court of Assizes*

*The law protects the dignity and privacy of the individual, as well as the integrity of the human body. The respect of these fundamental legal principles is especially important in medical practice and in the clinical relations between the psychotherapist and his patient. The professional ethical and technical rules that govern psychotherapy exclude any sexual acts or gestures of a sexual connotation.*

*This article discusses an affair in which a freelance psychiatrist was accused of rape by several of his female patients. Sentenced in a first trial to 12 years imprisonment by a first court of assizes, the practitioner was subsequently acquitted on appeal. Although always denying ever having any sexual relations with any of the plaintiffs, he received disciplinary sanctions from the Medical Association. However, the second assizes deemed that there were no grounds to establish that he had used "constraint", since there had not been any physical violence or threats.*

*This affair raises the issue of the consent of a female patient to having sexual relations with her psychotherapist during the course of treatment. Despite the final acquittal, there is the question of whether the devious practices of a therapist on individuals who are psychologically dependant and vulnerable, with intentional perversion of the process of transference, does not constitute a true "moral constraint" that is characteristic of rape. In any case, medical professionals should never exploit the weaknesses of their patients by abusing their own authority and the circumstances.*

**Keywords:** Hypnosis, Psychotherapy, Rape, Sexual intimacy, Trance, Transference.

## 1. INTRODUCTION

Le respect de la dignité et de l'intimité de la personne est à l'heure actuelle un impératif dans les rapports interhumains, tout particulièrement entre soignants et soignés en raison de la nécessité des contacts physiques diagnostiques et thérapeutiques. Ce principe essentiel est affirmé dès le Serment d'Hippocrate : « Dans quelque maison que j'entre, j'y entre-rai 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 ». Rappelons à notre époque les termes de l'article 16 du Code civil : « La loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie ». L'article 16-3 du même code applique ce principe au plan somatique : « Il ne peut

être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne... Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement... ».

L'article L. 1110-2 du Code de la santé publique (CSP) dispose à son tour : « La personne malade a droit au respect de sa dignité ». Le Code de déontologie médicale n'est pas en reste. Son article 2 précise que le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, « exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité ». L'article 3 impose le respect des principes de moralité, repris dans le Serment médical : « ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs ». Enfin, l'article 51 interdit de s'immiscer sans raison professionnelle « dans les affaires de famille ni dans la vie privée de ses patients ».

Les contacts corporels nécessaires au cours de la relation médicale doivent donc respecter la pudeur des

usagers examinés et le banal examen gynécologique obéit à des considérations éthiques et techniques incontournables : déshabillage et habillage par la femme elle-même si possible, protection des membres inférieurs et de l'abdomen par des champs, limitation au strict minimum des intervenants, accompagnement des gestes de l'opérateur par des commentaires pour éviter de laisser suspecter que ce dernier se livre à des attouchements suspects et répréhensibles. De même, le toucher vaginal sous anesthésie générale au début d'une intervention est exclu, sauf s'il est justifié par des raisons médicales liées à l'intervention, après que la patiente ait été préalablement informée et qu'elle ait donné son accord [8].

## 2. L'INTERDIT DE RELATION SEXUELLE

---

La prohibition des relations sexuelles soignants-soignés est un impératif supplémentaire de la pratique clinique, bien que ce problème ne soit évoqué qu'indirectement dans notre Code de déontologie médicale (voir ci-dessus les articles 2, 3 et 51). L'autorisation implicite, ou mieux explicite, donnée au médecin de procéder à des explorations intimes est encadrée par l'interdiction absolue de toute relation sexuelle, même si elle est permise ou demandée par la patiente. L'article 22 du Code de déontologie des médecins du Québec, du 7 novembre 2002, est tout à fait clair à ce sujet : « Le médecin doit s'abstenir d'abuser de la relation professionnelle établie avec la personne à qui il fournit des services. Plus particulièrement, le médecin doit s'abstenir, pendant la durée de la relation professionnelle qui s'établit avec la personne à qui il fournit des services, d'abuser de cette relation pour avoir avec elle des relations sexuelles, de poser des gestes abusifs à caractère sexuel ou de tenir des propos abusifs à caractère sexuel ».

La pratique des professionnels de santé qui exercent l'activité de psychothérapeute nécessite de la part du soignant une vigilance particulière dans ses relations forcément asymétriques avec ses patients. Les thérapies « expressives » de longue durée visent à permettre et à organiser une relation dite transférentielle, le patient revivant, actualisant et projetant sur le thérapeute de façon inconsciente donc involontaire les désirs, émotions et conflits non résolus de son enfance dans son lien avec ses représentations parentales. Cette relation apparemment unilatérale, ainsi installée, est envahie d'intenses signifiants affectifs et émotionnels

et s'accompagne d'un champ modifié de conscience. La compétence technique du soignant et son respect des conditions de la cure vont permettre l'évolution de ce transfert (cela fait partie du cadre thérapeutique), l'analyse de la problématique infantile pathologique du patient et son désengagement progressif de la dépendance qui le relit à son thérapeute.

Les règles déontologiques et de bonnes pratiques relationnelles, bien connues des psychothérapeutes compétents, peuvent être schématisées comme suit : position de neutralité, taire ses sentiments personnels, ne pas fournir de détails sur son existence propre, respect strict de l'abstinence qui implique de ne pas avoir de relation avec son patient en dehors du cadre thérapeutique, expression orale libre mais interdiction de tout passage à l'acte pour le soigné comme pour le soignant : « Tout dire, ne rien faire ». Les règles techniques, qui s'imposent au thérapeute en cours de traitement, régissent les relations personnelles, les paroles employées, le respect des barrières de la vie privée et intime entre le praticien et ses clients. Elles permettent de contrôler les conséquences sur l'état psychologique des patients des liens affectifs intenses qui résultent du transfert pendant la cure psychothérapique.

Déjà, l'usage médical ou extra médical dévoyé de l'hypnose était depuis longtemps à l'origine d'affaires pénales, l'hypnotiseur pouvant profiter de la situation transférentielle pour voler, violer et même tuer plus facilement l'hypnotisé sous l'influence de la suggestion et du sommeil hypnotique [1]. Nous en avons rapporté une observation originale dans laquelle un célèbre guérisseur, « magnétiseur-psychothérapeute-radiesthésiste », fut condamné en cours d'assises à cinq ans d'emprisonnement pour viol sur sa patiente hypnotisée [2,3]. Ce même problème d'agression sexuelle, par des professionnels de santé sur les usagers, est périodiquement évoqué à l'occasion de procès intentés par des femmes à des médecins accusés de les avoir « violées », mais aussi à propos d'abus sexuels divers sur des malades en kinésithérapie, anesthésie, gynécologie ou psychiatrie. L'utilisation accrue des techniques à expression corporelle facilite ces dérapages professionnels.

L'incidence de ces écarts de conduite semble en nette augmentation, probablement en raison d'une moindre tolérance de la collectivité, des victimes et du corps médical [7]. Beaucoup plus rarement, ces affaires concernent des comportements sexuels répréhensibles perpétrés par des soignantes sur des hommes handicapés mentaux [9]. Il faut encore signa-

ler les psychothérapeutes femmes qui passent à l'acte, tantôt dans une dimension homosexuelle, tantôt vis-à-vis de patients de l'autre sexe. Si la littérature française est remarquablement silencieuse sur la question des contacts sexuels entre thérapeutes et patients ou anciens patients, il n'en est pas de même des études anglo-saxonnes qui comptent plusieurs dizaines de publications [4,6,12 à titre d'exemple]. L'affaire du psychologue canadien George Clifford Matheson (48 ans), condamné à deux ans de prison en 1997 et désigné comme « sexual predator who brainwashed his victims » [10], et celle de l'américain Daniel Lerom (49 ans) dont la licence professionnelle a été suspendue en 2010 pour « sexual misconduct with a patient » [13] témoignent de l'importance du problème. Nous nous limiterons ici à la présentation d'une affaire rentrée dans le domaine public et à quelques commentaires la concernant.

Rappelons les termes de l'article 222-23 du Code pénal : « Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol. Le viol est puni de quinze ans de réclusion criminelle ».

### 3. UN PSYCHIATRE CONDAMNÉ PUIS ACQUITTÉ POUR VIOLS

#### 3.1. Résumé de l'affaire

Le docteur X, psychiatre d'exercice libéral, dans la quarantaine, est mis en examen pour viols. L'information judiciaire met en évidence les faits suivants que nous résumons :

- ✓ Quatre patientes (que nous désignerons par plaignantes A, B, C, D) de ce praticien déposent plainte et/ou se constituent partie civile pour viols, faits qui se sont déroulés le plus souvent dans les locaux professionnels du thérapeute sur une période de temps allant de quelques mois à quelques années. La prise en charge de ces accusatrices consistait en entretiens psychothérapeutiques en face-à-face et occasionnellement en séances d'hypnose et de relaxation selon les plaignantes. En cours de procédure, deux associations de lutte contre les violences sexuelles se constituent à leur tour partie civile ;
- ✓ L'Ordre des médecins a déjà sanctionné disciplinairement ce même praticien par la radiation du Tableau (Conseil régional) puis, en appel de cette décision, par une mesure d'interdiction d'exercer la médecine pour une durée de trois ans (Conseil national). Pendant cette période, l'intéressé a continué d'exercer une activité de psychothérapeute. Les instances ordinales reconnaissent les manquements déontologiques graves du docteur X, qui a entretenu, en relation médicale, des contacts intimes avec deux de ses malades, ne respectant pas leur dignité, qu'il a profité de son ascendant pour les entraîner par des promesses dans des entreprises aventureuses afin d'établir un lien de dépendance et qu'il a violé le secret professionnel à l'égard des mêmes personnes. L'Ordre ne se prononce pas sur l'existence d'un consentement ou non des plaignantes aux relations sexuelles, cette question relevant du domaine judiciaire ;
- ✓ L'enquête de gendarmerie révèle qu'il existe de forts indices selon lesquels ce psychiatre a entretenu des relations sexuelles avec plusieurs de ses patientes mais qu'il n'est pas possible de déterminer avec certitude si ces rapports ont été imposés par le moyen d'une « contrainte » psychique pouvant caractériser l'infraction de viol au sens du Code pénal. Le dossier est classé sans suite ;
- ✓ L'enquête est ensuite reprise par un magistrat instructeur sur les faits de viols, viols sur personne vulnérable et omission de porter secours ;
- ✓ Outre les quatre plaignantes, d'autres femmes, sans déposer plainte, témoignent de faits similaires ou d'un comportement anormal du docteur X pendant ou après l'exercice de ses fonctions. Elles évoquent toutes soit la fascination, soit la manipulation mentale, soit des propositions d'aide extérieure ou de collaboration ;
- ✓ L'ancienne épouse du docteur X confirme que, pendant leur vie commune, son mari avait eu de nombreuses maîtresses auxquelles il faisait des promesses qu'il ne pouvait pas tenir ;
- ✓ Les expertises psychiatriques et médico-psychologiques des plaignantes et témoins vic-

times concluent à leur vulnérabilité psychique et à la crédibilité de leurs déclarations. Leur intelligence est normale et aucune ne souffre d'un état psychopathologique « aliénant » ou de tendances à l'affabulation ;

- ✓ Les rapports psychiatriques et psychologiques concernant le docteur X permettent d'exclure que ce dernier, qui nie toute difficulté sexuelle, soit atteint de troubles névrotiques ou psychotiques. Si les faits étaient établis, ils témoigneraient d'aspirations narcissiques et omnipotentes, de domination, d'appétit de puissance, de volonté d'emprise, de pratiques anormales sous forme de relations professionnelles non admises déontologiquement ;
- ✓ Une expertise médico-légale portant sur les particularités cutanées intimes du psychiatre confirme les détails anatomiques décrits par les plaignantes ;
- ✓ Une expertise psychiatrique confiée à deux experts nationaux constate des pratiques professionnelles inhabituelles, exclues par les règles techniques des cures psychothérapiques, avec recours occasionnel à l'hypnose Eriksonnienne, ainsi qu'un état de dépendance transférentielle des patientes susceptible d'altérer de façon importante leur volonté et leur capacité de discernement ;
- ✓ Les experts psychiatres et psychologues notent tous que les relations sexuelles sont niées formellement et de façon constante par le praticien qui s'estime victime d'un complot par dépit, vengeur et pervers, ourdi par la plaignante A qui présenterait selon lui un état délirant chronique de type « érotomaniaque » et qu'il aurait éconduite en refusant ses avances amoureuses et sexuelles.

Renvoyé en cours d'assises, le docteur X est condamné à 12 ans de réclusion criminelle, le jury ayant acquis au cours des débats l'intime conviction qu'il est coupable de viols par contrainte psychique ou par surprise sur ses quatre accusatrices. En appel, les jurés de la seconde cours d'assises ont jugé qu'en dépit de la souffrance psychologique des plaignantes, les éléments constitutifs du crime de viol, les conditions au plan pénal n'étaient pas réunis. Le psychiatre est finalement acquitté.

### 3.2. Les dires et l'état mental des accusatrices

#### — *Plaignante A.*

Madame A, remariée, un enfant, entreprend une psychothérapie avec le docteur X pour « dépression de la quarantaine » suite à un surmenage et des difficultés conjugales. Ce praticien lui raconte des « contes arabes », lui parle abondamment de sa propre personne et lui révèle qu'il vient d'acheter un journal satirique. Tout cela impressionne et intimide fortement la patiente qui ressent pour lui une admiration intense. Le praticien pratique ensuite deux séances d'hypnose sans endormissement, lui demandant de se mettre en état de détente sophrologique. Elle ressent alors une violente émotion, un bouleversement, « quelque chose d'immense », comme si elle était « saoule ». Un jour, après lui avoir déclaré qu'elle est guérie, le thérapeute lui propose des activités extérieures communes. Alors qu'elle vient de payer la consultation, il la prend dans ses bras, lui baisse son pantalon et pratique sur elle un coït furtif. Elle se sent « sur un nuage », incapable de réagir, d'opposer de résistance, dans une espèce de trouble, mais sans aucune attirance sexuelle pour le docteur X. Ne pouvant échapper à cette situation en raison de « l'emprise » qu'il exerce sur elle, « complètement soumise », Madame A reste, sans désir, caresse ni plaisir sexuel, trois ans sa maîtresse avant d'avoir le courage de rompre, de constituer activement un comité de défense et de déposer plainte.

Souffrant d'une problématique névrotique classique avec troubles anxio-dépressifs, Madame A ne présente pas de particulière impressionnabilité mais un état de vulnérabilité inhabituelle de son équilibre psychique et affectif, une fragilité du moi, de sa propre image, une faille narcissique. Quelle que soit l'intensité de sa revendication contre son ancien thérapeute, ses déclarations concernant les faits doivent être considérées comme crédibles sur le plan psychiatrique. La conséquence des agressions sexuelles s'est manifestée par l'apparition d'un effondrement dépressif avec ruminations mentales, dévalorisation, phobies sociales, cauchemars récurrents et perte de libido. Aucun signe de trouble psychotique, érotomaniaque ou autre, de vengeance pathologique ou de fonctionnement mental pervers n'est mis en évidence.



### — *Plaignante B.*

Suite à des difficultés familiales avec un de ses fils, Madame B, dans la quarantaine, deux fois divorcée, trois enfants, consulte pendant six mois le docteur X pour lequel elle ressent une profonde admiration et une forte dépendance. Après lui avoir déclaré qu'elle n'a pas besoin d'une psychanalyse, il lui propose une « thérapie en acte », à savoir une association dans la maison d'édition qu'il vient d'acquérir. Ayant le même rêve, Madame B se sent « l'élue » de cet homme « merveilleux, exceptionnel, passionnant », qui s'intéresse à elle qui n' imagine pas de ne plus le voir. Après l'avoir invitée à deux reprises au restaurant, le docteur X lui demande de monter à son cabinet alors qu'elle se trouve bouleversée, dans une impression « quasiment mystique ». Il lui lit une histoire puis la possède pour la première fois sur la moquette alors qu'elle est sous le charme, heureuse, se croyant sincèrement aimée. Vivant dans l'attente fébrile des entretiens, elle a d'autres relations intimes rapides avec son thérapeute, mais sans plaisir pour elle. Contactée un jour par Madame A, elle est mise en garde sur le comportement du psychiatre : « Bienvenue au club des maîtresses de X... ». Elle n'arrive à rompre cette relation de nature passionnelle que plusieurs mois après, ayant le sentiment d'avoir été manipulée, d'avoir perdu sa volonté propre et de s'être pliée à celle du praticien sans pouvoir lui résister.

La plaignante B ne présente aucune anomalie mentale du registre aliénant, ses difficultés relevant exclusivement du registre névrotique banal. Introvertie et anxieuse dans l'enfance, elle se décrit par la suite comme volontaire, travailleuse et d'un tempérament assez gai. Elle ne paraît pas particulièrement impressionnable. Son état de vulnérabilité au moment des faits est corrélé aux qualités inhérentes du transfert et ses déclarations doivent être considérées comme crédibles. Le retentissement des actes dénoncés consiste en un vécu douloureux accompagné de troubles de la concentration, de l'attention, de la mémoire, d'un désinvestissement des plaisirs habituels, de cauchemars, de perte de confiance, d'un sentiment d'avoir été flouée.

### — *Plaignante C.*

Souffrant d'une grave dépression réactionnelle faisant suite à un licenciement économique, Madame C, divorcée, un enfant, dans la trentaine, a beaucoup de difficulté à parler de ses relations avec son ancien psy-

chothérapeute. Alors qu'elle est déjà sous antidépresseur et anxiolytiques, le docteur X lui demande dès la première consultation de se dévêtir et de fermer les yeux pour tester son équilibre : « Il se rapprochait de moi... et j'ai senti son sexe en érection ». Les séances suivantes, il lui raconte des « contes » d'une voix douce, caressante, enveloppante mais, alors qu'elle s'apprête à partir, il lui lève sa jupe, baisse ses sous-vêtements et la soumet à une pénétration vaginale debout près de la porte de sortie. Ce comportement inattendu laisse la patiente surprise et passive. Lors d'un autre entretien, il l'amène dans une chambre contiguë et lui impose une nouvelle relation sexuelle, sans qu'elle puisse réagir. Madame C, qui contrairement aux plaignantes A, B et D, affirme ne ressentir aucun attachement sentimental ou amoureux pour le docteur X, continue cependant de le consulter pendant plusieurs mois en l'absence de tout nouveau contact intime : « J'avais besoin de lui ».

Très vulnérable au cours de sa sévère dépression ayant entraîné un amaigrissement important et deux hospitalisations en clinique, Madame C est une personne anxieuse, sensible, émotive, à la composante sub-dépressive chronique. Elle ne présente aucun signe en faveur d'une psychose. Ses déclarations sont parfaitement crédibles au sens psychiatrique du terme, mais il est difficile d'apprécier le retentissement des faits sur son état mental en raison de sa réticence à en parler. Il lui reste la souffrance psychique de s'être sentie abusée, manipulée par la force mentale de son psychiatre traitant.

### — *Plaignante D.*

Cette personne, proche de la trentaine et aux antécédents dépressifs marqués, va consulter le docteur X après une séparation avec son concubin qui l'a particulièrement fragilisée. Elle se trouve seule, sans travail avec deux enfants à charge. Dès le deuxième entretien, sous prétexte d'examen neurologique, il la fait déshabiller. A la fin d'une séance, au cours de laquelle il aurait pratiqué l'hypnose sans endormissement avec récit de « contes métaphoriques », et alors qu'elle vient de régler la consultation, il l'entraîne dans son véhicule et pratique un rapport vaginal furtif, silencieux et sans tendresse qu'elle est incapable de refuser, restant interdite, figée, tétanisée sous le regard « pervers » du thérapeute. Ces faits se reproduisent plusieurs fois à l'intérieur du cabinet médical, jusqu'au jour où le praticien lui signifie brusquement la fin de la thérapie. Restée très dépendante de cette relation, se sen-

tant abandonnée, Madame D revient voir ce spécialiste quelques mois plus tard et elle devient sa maîtresse pendant deux ans. Il la soumet à des séances d'hypnose, lui raconte des histoires et anecdotes diverses et termine les entretiens par une relation sexuelle rapide où seul le slip de la patiente est ôté. Elle arrive enfin à aller consulter un autre psychiatre, ce qui lui permet après plusieurs années de se restructurer et de prendre conscience du préjudice subi, d'autant qu'elle apprend l'existence d'autres patientes victimes des mêmes faits.

Madame D présente des difficultés névrotiques anciennes compliquées d'épisodes dépressifs rémittents. D'un naturel timide, tendu et angoissé, elle est particulièrement impressionnable et vulnérable en raison de l'intensité de sa demande thérapeutique, de la sévérité de sa dépression et de sa solitude. La relation avec le docteur X n'a pu qu'aggraver sa fragilité et son état mental. On peut accorder une crédibilité générale à ses dires, quoique sa mauvaise mémorisation des faits et son affectivité tourmentée ne permettent pas d'accorder un crédit total à chaque souvenir pris isolément. La plaignante ne présente aucune tendance fabulatoire, mythomaniaque, aucun processus délirant. Elle reste envahie au quotidien par des réminiscences angoissées des événements vécus, sa vulnérabilité psychique s'étant accrue.

### 3.3. Le renforcement de la dépendance au thérapeute

Les expertises mentales et les dépositions de l'ensemble des accusatrices et témoins du docteur X permettent d'objectiver la dynamique des passages à l'acte en quatre points.

#### — *La fragilité psychique des victimes.*

La plupart des femmes plaignantes et témoins souffrent de problématiques névrotiques plus ou moins sévères et anciennes et/ou de manifestations dépressives qui les rendent particulièrement vulnérables dans le contexte et le cadre d'un besoin et d'une demande de soins auprès d'un psychothérapeute. Deux d'entre elles pourraient auparavant avoir subi des abus sexuels perpétrés par des proches parents. Plusieurs de ces victimes, qui évoquent une enfance difficile, sont issues d'un milieu familial problématique et pathogène décrit comme conflictuel, précaire, hostile ou indifférent au plan affectif et relationnel. Certaines prenaient un trai-

tement psychotrope (anxiolytique, antidépresseur, neuroleptique) qui augmentait leur passivité. Par contre, en opposition avec une fragilité anxio-dépressive initiale et/ou liée à l'état mental au moment de la cure, une prédisposition psychopathologique à la manipulation transférentielle *a priori* ne semble pas devoir être retenue pour deux ou trois patientes.

#### — *Les pratiques dévoyées du thérapeute.*

En dépit de son acquittement en appel pour crimes de viol, il paraît évident que les méthodes professionnelles du docteur X, dans la présente affaire, relèvent davantage d'une entreprise de séduction narcissique que d'un véritable processus thérapeutique qui obéit à une codification technique et déontologique rigoureuse, impliquant en particulier le « non-agir » absolu dans la réalité extérieure du patient en traitement sous forme de relations personnelles de forte intensité. L'observation de cette exigence éthique qu'est le respect de la « bonne distance » de neutralité bienveillante, exclut a fortiori toute relation sexuelle ou amoureuse psychiatre-patient dans le cadre temporel et spatial de la cure. Il en est de même de tout autre passage à l'acte dans la réalité : promesses de travail, collaborations extérieures, associations, engagements dans la vie des patients, participation à des cérémonies de la vie personnelle, etc. Ces transgressions à la « Règle d'Ericsson », de non-intervention, constituent une faute déontologique et technique majeure dans ces situations thérapeutiques. Elles exposent les patients à être « agis » et non à pouvoir penser et agir librement, empêchant ainsi le dépassement thérapeutique, l'apaisement et l'estompage de la situation passagère de transfert. L'ensemble de ces situations anormales provoque une dénaturation totale et durable des processus relationnels et transférentiels devenus pathologiques, compromettant ainsi la bonne résolution transférentielle qui doit se dérouler naturellement sous l'effet du travail thérapeutique.

#### — *La perversion du processus transférentiel.*

Quelle que soit la nature et l'intensité de la prédisposition ou non à la vulnérabilité des patientes accusatrices ou témoins, il n'en reste pas moins qu'elles ont rapidement développé un sentiment transférentiel de dépendance affective totale non consciente, de soumission absolue, d'abandon et même d'aliénation de leur libre arbitre à leur praticien. Elles décrivent toutes

avoir été victimes à leur insu d'une instrumentalisation, d'un état d'anesthésie de la conscience, d'une altération du discernement, de la vigilance, d'un émoussement de la capacité à analyser de façon lucide et critique la situation, d'une impossibilité de contester ou de s'opposer physiquement aux propositions et aux actes sexuels qu'elles subissaient en réalité contre leur consentement, leur désir, leur volonté libre.

Cette incapacité à critiquer et à refuser a persisté bien après les premiers gestes illicites et les aurait contraintes à subir de nouveau, voire à solliciter, ces liens inhabituels et pervers, cette relation d'emprise irrésistible que le praticien exerçait par l'argument d'autorité sur elles sans qu'elles aient bénéficié d'une information médicale préalable sur les possibles modifications de conscience par l'utilisation de ces méthodes : contes métaphoriques, suggestions diverses, hypnose Ericksonienne. Ce n'est que plus tardivement, avec le recul, qu'elles réalisent progressivement qu'elles ont été manipulées, sous influence, entraînées dans une situation morbide vers un besoin addictif, développant alors des sentiments d'horreur, d'humiliation profonde, d'indignation et finalement de dépression, avant de trouver la force de se révolter et de se plaindre à l'Ordre des médecins puis à la justice, seule compétente en matière de qualification criminelle.

Remarquons que, pour trois ou quatre victimes, ce phénomène d'aliénation à la volonté et au désir du thérapeute s'origine dans un processus de fascination intellectuelle, de rencontre admirative avec un homme considéré comme remarquable, qui comprend, devine, sait, raconte, protège, soigne, s'implique dans la réalité. Il y a là réactivation du vieux fonds irrationnel qui sommeille en chacun de nous, pensée magique qui veut que le thérapeute supprime les maux par son pouvoir occulte qui déborde la science. Ce crédit, cette foi, cette croyance dans le maître, dans la puissance du thaumaturge placent le patient dans une situation de confiance, de crédulité, de passivité et de dépendance. L'idéalisation du psychiatre, courante en pratique psychothérapique, s'est accompagnée chez ces patientes d'une libération des pulsions érotisées, de mouvements affectifs de type sentimental, amoureux ou même franchement passionnel. On peut lire entre autres : « ... des sentiments forts qu'elle éprouvait pour lui... mouvements transférentiels intenses... la femme élue de ce maître tant admiré... état de ravissement... comme ivre... elle s'est trouvée élue, éblouie... fascinée et embarquée... envoûtée... complétude immédiate et ineffable... elle se serait naturellement mise nue... elle décrit plusieurs caractéristiques qui évoquent un état

amoureux... une espèce d'exaltation excessive... » Notons ici que l'amour de transfert n'est pas l'Amour.

Contrairement aux règles de base, le docteur X a entretenu et aggravé le lien de soumission, parfois masochiste, d'intense besoin et de dépendance émotionnelle des patientes, dynamique particulièrement importante dans les cures psychothérapiques. Il a favorisé le développement de relations affectives et comportementales anormalement puissantes et non contrôlées entre ses clientes et lui-même, du fait de ses pratiques suggestives nocives et injustifiées. Abusant du processus de régression thérapeutique, le praticien a imposé des contacts intimes et transformé plusieurs de ses patientes en collaboratrices professionnelles ou d'engagements sociaux, aggravant pendant la prise en charge la confusion des places et des statuts de chacun.

### — *Les ruptures relationnelles et les actes sexuels.*

Il n'est pas sans intérêt de remarquer que les victimes font souvent état, soit avant (plaignantes A et B) soit après (plaignante D, une victime témoin) les premières relations sexuelles, d'une interruption inattendue et unilatérale de la prise en charge par le thérapeute. Selon les cas, les motifs allégués sont la normalité de la patiente, l'inutilité d'une psychothérapie, la guérison apparente. Ces ruptures menaçantes du lien thérapeutique entraînent le plus souvent un désarroi des patientes avec sentiment d'abandon, de solitude, de perte de protection, d'accroissement de la vulnérabilité et de la dépendance. Dans le contexte général de l'affaire, on peut se demander s'il ne s'agit pas là d'une manœuvre volontairement concertée pour favoriser les contacts intimes futurs ou prendre de la distance vis-à-vis des clientes déjà sexuellement possédées.

Une autre observation s'impose. Plusieurs plaignantes signalent des difficultés ou des pratiques sexuelles particulières chez le docteur X. D'abord, les actes en eux-mêmes sont anormalement rapides, souvent physiquement difficiles, « lamentables », le thérapeute devant utiliser diverses manœuvres pour obtenir érection ou éjaculation, les érections étant observées comme pauvres ou absentes : « Il fallait qu'il s'aide... il bandait mou, ce n'était pas terrible... il devait terminer seul... ». Les qualificatifs de « fiasco » sexuel, « piètre amant », « d'impuissant » ou « pas loin d'être impuissant » sont utilisés à plusieurs reprises. Ensuite, il est signalé que l'acte sexuel paraît le dégoûter profondément, qu'il le pratique avec mépris furtivement, brusquement, sans préliminaire,



sans tendresse, sans caresse, sans attention ou délicatesse pour ses partenaires qui ne ressentent pour lui ni désir, ni attrait physique, ni plaisir sexuels. Enfin, il semble qu'une certaine recherche du risque par le psychiatre pourrait stimuler son excitation libidinale : rideau du cabinet restant ouvert, possibilité d'être surpris par un tiers, personne dans la salle contiguë, situations précaires, actes sexuels en voiture dans des lieux publics. Ajoutons que le praticien raconte sans « réserve ni limite » ses aventures sexuelles et les détails intimes de ses clientes à l'une de ses victimes, violant ainsi le secret professionnel.

Deux modes de passages à l'acte semblent devoir être identifiés d'après les dépositions des victimes. Le plus courant est celui d'une « dynamique de séduction-manipulation » dont nous avons précédemment décrit les processus et qui, dans certains cas, peut amener la patiente à ne plus voir finalement dans son thérapeute que son amant. Le second, moins fréquent, est celui de l'« effet de surprise » initiale dans un contexte de sidération mentale et de passivité de la victime soumise à l'omnipotence du praticien (première relation sexuelle de la plaignante C). Ces deux modes d'emprise sexuelle par « transfert dévoyé » ne sont pas exclusifs l'un de l'autre et se trouvent souvent associés au début des relations intimes.

### 3.4. L'acquittement du psychiatre

Le docteur X a toujours nié toute relation sexuelle avec ses clientes (accusatrices et victimes témoins) ainsi que tout processus de transfert en cours d'entretiens. Il s'affirme psychiatre biologiste et comportementaliste et se considère comme un libertaire, un individualiste anarchiste. Le premier jury l'a sévèrement condamné pour viols, le second l'a acquitté en appel. Ces jugements contradictoires posent une fois de plus le problème du consentement de la femme en matière d'agression sexuelle alléguée. Certaines « victimes » ont-elles donné d'abord un libre consentement aux contacts intimes puis, ayant réfléchi par la suite, dénoncé pour divers motifs comme imposées ces mêmes relations. Dans la présente affaire, malgré les dénégations constantes du praticien, il ne fait guère de doute que ce dernier a, de façon répétitive, gravement manqué à la déontologie professionnelle en trahissant la confiance de ses patientes, en exploitant sexuellement leur sincérité, leur fragilité, leur désarroi, leur baisse de vigilance et leur inhibition. S'il n'a pas usé de violence physique ou de menace, n'a-t-il pas exercé une forte « contrainte psychologique », constitutive du

viol, basée sur des pratiques déviantes, contraires aux règles fondamentales de la psychothérapie ? Le second jury a répondu par la négative.

Essayons d'analyser le pourquoi de ce verdict d'acquittement. Les raisons ne manquent pas : refus obstiné de l'accusé de reconnaître les actes sexuels ainsi que l'influence du transfert dont il nie l'existence même ; clientes adultes exemptes de troubles mentaux aliénants qui leur auraient totalement ôté leur faculté de libre arbitre ; attirance et admiration des victimes pour le thérapeute ; absence d'opposition catégorique de ces mêmes personnes alors qu'aucune menace ou violence physique n'est utilisée à leur égard ; actes sexuels en série avec des patientes qui quelquefois considèrent finalement leur médecin comme leur amant ; reprise des relations sexuelles après une interruption dans quelques cas ; dénonciation tardive des faits suite à une concertation entre les victimes ; longueur considérable (15 ans) de la procédure judiciaire. Deux éléments semblent avoir joué un rôle majeur dans l'acquittement. D'abord la répétition dans le temps des actes sexuels chez certaines plaignantes, ce qui paraît surprenant pour une qualification de « viol » : comment peut-on violer quelqu'un de libre pendant des mois, voire des années ? Dans de telles conditions, les accusations sont-elles crédibles ? Ensuite, la « théorie du complot », la plaignante A, par ses démarches relationnelles actives, ayant joué un rôle important dans la coordination entre les patientes à l'origine de l'affaire.

Sans contester l'autorité de la chose jugée et sans entrer dans une controverse juridique savante, hors de propos ici, on peut cependant se demander si le fait d'abuser de son autorité et de son prestige de praticien en psychiatrie, vis-à-vis de personnes fragilisées et dépendantes dont la capacité de résistance est diminuée (Crim. 8 juin 1994 ; Bull. crim. n° 226), ne constitue pas une véritable contrainte psychique à court et long terme. La dépendance affective caractérise en effet juridiquement la contrainte morale, élément de l'incrimination du crime de viol. Il a été jugé par ailleurs que l'état de grande vulnérabilité, dans lequel se trouve placée une femme face à son médecin dans le cadre d'une consultation médicale, constitue l'élément de contrainte, voire de surprise (Crim. 25 octobre 1994).

## 4. RÉFLEXIONS ET CONCLUSION

La pratique médicale expose à des tentations sexuelles auxquelles quelques professionnels de santé

cèdent par facilité, amoralité, narcissisme dominateur ou perversion. Si l'exercice général de la médecine justifie éventuellement des contacts avec des organes sexuels ou à connotation sexuelle, contacts à visée strictement exploratoire ou thérapeutique (c'est l'exception médicale), la pratique psychiatrique n'autorise en aucune façon des actes sexuels au cours de la relation de soin. La situation homme psychothérapeute-patiente habituelle se prête particulièrement bien à ce risque d'écart du fait de la relation interpersonnelle étroite, des processus transférentiels et de leurs spécificités qui projettent sur le praticien des pulsions érotisées puissantes remontant à la petite enfance. La nature du consentement ou non de la femme sous influence différentielle ce qui relève d'une simple, quoique grave, faute déontologique ou d'une agression sexuelle caractérisée. Lorsqu'une authentique relation amoureuse émerge entre soignant et soigné, il est souhaitable que le soigné soit pris en charge par un autre soignant. Le respect par le professionnel de santé de la « bonne distance » est une condition essentielle du respect de la personne soignée.

La doctrine française concernant la possibilité du viol sous hypnose, ou état similaire de sidération psychologique, est très réservée lorsque l'agression est exécutée sans violence, sans preuve de non-consentement (morsure, griffure, déchirure des vêtements). Les auteurs médico-légaux classiques considèrent que les pratiques de suggestivité, d'hypnose, d'états seconds, de magie et sorcellerie, à la faveur desquelles un viol aurait été commis, doivent être envisagées de trois manières : soit comme des troubles psychiatriques où la valeur du consentement peut être sérieusement discutée, soit comme des manifestations de mythomanie, de perversité, soit comme un comportement de chantage vis-à-vis de l'opérateur [11]. Pour d'autres auteurs, le problème se résume principalement à « l'hystérie » de la supposée victime [5]. Tout ceci débouche finalement sur la formation éthique et professionnelle des thérapeutes à ces questions relationnelles. En aucune façon les personnels de santé ne peuvent exploiter la faiblesse des

personnes vulnérables en abusant de leur autorité et des circonstances. ■

## RÉFÉRENCES

- [1] BÉNÉZECH M. – Conséquences médico-légales de la pratique hypnotique. *Archives Belges de Médecine Sociale, Hygiène, Médecine du Travail et Médecine Légale* 1976 ; 3 : 166-70.
- [2] BÉNÉZECH M. – Viol sous emprise hypnotique : un guérisseur condamné. *Ann Méd Psychol* 1992 ; 150 : 726-29.
- [3] BÉNÉZECH M. – Case report : rape under hypnosis. *Journal of Forensic Psychiatry* 1993 ; 4(3) : 551-53.
- [4] BUTLER S. – *Sexual contact between therapists and patients*. Unpublished doctoral dissertation. California School of Professional Psychology, 1975.
- [5] CECCALDI PF, DURIGON M. – *Médecine légale à l'usage judiciaire*. Paris, Cujas, 1979.
- [6] DANIELIAN J. – Comments on « Sexual contact between psychologists and their former therapy patients : psychoanalytic perspectives and professional implications » by Natalie Shavit and Steven Bucky. *The American Journal of Psychoanalysis* 2004 ; 64(3) : 249-51.
- [7] HOERNI B. – Pratique médicale et sexualité. Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins, décembre 2000.
- [8] HOERNI B, BÉNÉZECH M. – *La relation humaine en médecine*. Paris, Glyphe, 2010.
- [9] LAURY GV. – Abus sexuels du personnel soignant féminin sur des hommes hospitalisés en psychiatrie. *Méd Hyg* 1991 ; 49 : 1997-2000.
- [10] OAKES G. – *Psychologist jailed 2 years for sex with his patients*. The Toronto Star, May 13, 1997.
- [11] PIÉDELIEVRE R, FOURNIER E. – *Médecine légale*. Tome 1. Paris, Baillière et fils, 1963.
- [12] SHAVIT N. – Sexual contact between psychologists and patients. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma* 2005 ; 11(1-2) : 205-39.
- [13] [http://www.foxnews.com/us/2010/02/17/florida-psychologist-accused-having-sex-patient/-](http://www.foxnews.com/us/2010/02/17/florida-psychologist-accused-having-sex-patient/)