



# SOUS LA LOUPE

Octobre  
2023



DES EXPÉRIENCES DIVERSIFIÉES DE TRANSFERT ET DE CONTRE-TRANSFERT DANS LA PRATIQUE DE L'ÉVALUATION ET DE L'INTERVENTION AUPRÈS DES AUTEURS D'INFRACTION À CARACTÈRE SEXUEL

Par MATHIEU COUTURE, *Ph.D.*, Psychologue,  
Responsable du développement des pratiques | RIMAS

## PRÉAMBULE



### TROIS SOURCES EXPLICITES INFLUENCENT LES ÉCRITS DU PRÉSENT TEXTE

– Un article à prendre au sérieux :

Barros, A. J. et al. (2020). Countertransference, Defense Mechanisms, and Vicarious Trauma in Work With Sexual Offenders, *J Am Acad Psychiatry Law*, 48 (3), 1-13.

– Un article d'opinion clinique à prendre avec un certain sérieux :

Denis, P. (2006). Incontournable contre-transfert. *Revue française de psychanalyse*, 70(2), 331-350.

– Mes opinions issues de mes expériences cliniques... à prendre avec un sérieux très relatif.

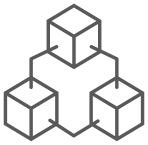
## INTRODUCTION

Le travail auprès des auteurs d'infraction à caractère sexuel est hautement propice aux réactions transférentielles et contre-transférentielles chez les intervenant.e.s qui évaluent ou traitent cette clientèle. Le phénomène et son influence ont été constatés à plusieurs reprises dans des études. Par exemple, on sait qu'un contre-transfert négatif augmente les scores aux outils d'évaluation du risque de récidive et que le fait d'être exposé à certains actes violents et cruels, par procuration, peut influencer le système de valeurs et même l'éthique de vie des professionnel.le.s (Barros et al., 2020). Trauma vicariant, fatigue de compassion, épuisement professionnel, sont des syndromes similaires, mais différents à la fois, susceptibles d'affecter les professionnel.le.s et même, parfois, de mettre un terme à leur carrière dans le domaine.

Il est important d'explorer et d'exprimer nos réactions face aux patients. Plus on a l'impression que c'est une perte de temps (« *ah non! Pas encore un texte sur la fatigue de compassion!* »), plus il semble pertinent de le faire. Pourquoi? Car les réactions transférentielles et contre-transférentielles sont insidieuses, elles sont souvent inconscientes, elles sont pernicieuses et elles tendent à se chroniciser dans le temps plutôt qu'à s'atténuer, du moins, si aucun travail n'est fait. Notons que cette dernière idée provient d'une opinion personnelle de l'auteur du présent texte, qui est plutôt cynique face à la « sagesse » qui s'accumule au fil des ans. Selon lui, avec l'expérience vient la répétition des erreurs, dissimulées par un sentiment accru de confiance en soi... Bref.

## LES TYPES DE RÉACTIONS CONTRE-/TRANSFÉRENTIELLES

Dans leur article, Barros et al. (2020) utilisent une échelle spécifique pour évaluer les réactions contre-transférentielles chez les professionnel.le.s (*Assessment of Countertransference Scale* ou ACS). Cet outil distingue trois grandes catégories génériques de réactions pouvant être contre-transférentielles :



1. Le rapprochement : curiosité, intérêt, sympathie, solidarité, affection, désir d'aider, joie, tristesse, pitié, attraction.
2. La distanciation : inconfort, méfiance, ennui, rejet, découragement, reproche, accusation, irritation, peur, hostilité.
3. Indifférence : désintérêt, passivité, immobilité.

Chez une population de psychiatres et de psychologues brésiliens de 56 professionnel.le.s de 11 ans d'expérience en moyenne, les auteurs observent des corrélations modérées entre la catégorie *Indifférence* et des scores à une échelle évaluant le trauma vicariant, autant chez les professionnel.le.s plus jeunes que chez les plus expérimenté.e.s (association moindre, cependant, chez ces derniers). Ainsi, plus un contre-transfert de type indifférent est présent chez un.e professionnel.le, plus il.elle est à risque de vivre des symptômes s'apparentant au syndrome du trauma vicariant.

Une majorité forte (83%) des professionnel.le.s affirme continuer à penser à ses cas en dehors du travail, les réactions suscitées lors du contact avec les usagers ayant des impacts dans les sphères de vie professionnelle et personnelle ainsi que sur le plan du système de valeurs et de croyances. Il est intéressant de soulever que dans cette étude, les sentiments d'hostilité, de peur et d'irritation ne sont pas associés au trauma vicariant. Est-ce à dire que ces sentiments, leur reconnaissance et leur expression, favorise l'équilibre psychologique de l'intervenant.e? Peut-être. C'est une étude corrélationnelle dont il s'agit ici, mais les données tirent dans ce sens. Il semble logique de penser que l'indifférence, au contraire de la colère, risque plus d'être ignorée, faisant en sorte que les sentiments sous-jacents soient non-analysés et non-exprimés.

L'étude soulève également qu'il n'est pas rare d'observer chez les intervenant.e.s une forme de déni des réactions contre-transférentielles, tel que suggéré par certains des verbatims récoltés dans cette étude mixte quantitative-qualitative. Les professionnel.le.s recourant à des défenses plus immatures et ayant des mécanismes de défense plus névrotiques seraient plus susceptibles de souffrir éventuellement d'un trauma vicariant. Dit autrement, les professionnel.le.s ne doivent surtout pas négliger le travail d'identification, de gestion et d'expression de leurs réactions contre-transférentielles.

MAIS... C'est quoi ça au juste des réactions contre-transférentielles?!

## DÉFINITION DES RÉACTIONS CONTRE-TRANSFÉRENTIELLES

L'auteur du présent texte a volontairement placé cette section ici afin de rappeler à tous et toutes qu'on a souvent l'impression d'avoir une idée très précise de ce que sont des réactions contre-transférentielles, mais que pourtant, leur conceptualisation n'est pas si aisée. L'article de Paul Denis cité plus haut (2006), bien que de philosophie psychanalytique, est très accessible. Je vous invite à le lire.

Freud voyait les réactions contre-transférentielles comme un « piège » que le patient envoyait vers le thérapeute par ses réactions transférentielles à son égard. Le rôle du thérapeute était simple : contrer ses réactions contre-

transférentielles; les repousser. Les accueillir et les analyser risquait de perturber le processus et d'interférer avec le progrès de l'analysé.

Pour Winnicott, le contre-transfert demeure davantage une réaction justifiée par le comportement du patient que par les projections du thérapeute. Il existe deux notions interdépendantes: le transfert du patient et le contre-transfert du thérapeute en réaction à ce transfert. Pour Winnicott, il est essentiel que le thérapeute prenne conscience de ses réactions. Non pas les écarter, mais les analyser et en demeurer conscient. Il en va de l'efficacité de la thérapie.

Pour Heinrich Racker, la notion de transfert du thérapeute existe aussi. Le contre-transfert serait donc un processus indépendant. Ainsi, le patient est sujet au transfert, le thérapeute également (il projette ses propres expériences sur le patient rencontré), et le thérapeute est sujet, en raison de la dynamique particulière patient-thérapeute, au contre-transfert.

Pour Paula Heimann, le contre-transfert implique à la fois les réactions de l'analyste face à son patient, qui proviennent des caractéristiques de l'analyste (transfert de l'analyste) et les réactions de l'analyste en réaction au transfert de son patient. Par conséquent, l'ajout du mot « contre » à la notion de « transfert » est indispensable. Elle scelle pour ainsi dire la distinction claire entre le transfert du thérapeute et le contre-transfert du thérapeute. Heimann met l'accent sur l'utilisation du contre-transfert en thérapie. Pour elle, c'est un outil de premier ordre. Le dévoilement par le thérapeute de ses réactions contre-transférentielles, important pour certains théoriciens de l'époque, ne l'est pas pour Heimann. Au contraire, selon elle, ce dévoilement peut constituer un fardeau pour le patient.

Enfin, pour Margaret Little, le transfert du patient, le transfert du thérapeute, le contre-transfert du thérapeute et le contre-transfert du patient sont des notions distinctes mais difficiles à dissocier. Le rôle du thérapeute est de comprendre et différencier autant que possible ces sources d'interférence dans le processus thérapeutique et d'utiliser leur signification dans ses interventions. Pour Little, lorsqu'il semble pertinent et non préjudiciable pour le patient de le faire, le dévoilement de certaines réactions contre-transférentielles peut être bénéfique. Ce dévoilement favorise un modeling du thérapeute envers son patient et il le rend plus humain aux yeux de son patient. L'influence du courant humaniste se fait sentir dans les idées de Little.

En gros, bien qu'il existe une panoplie d'autres conceptualisations théoriques, plus contemporaines d'ailleurs, retenons que le transfert constitue des réactions issues de ses propres expériences et qui teintent les perceptions et interprétations d'une personne envers une autre (que ce soit un patient, un thérapeute, etc.). Le contre-transfert, pour sa part, constitue la réaction d'une personne aux éléments transférés par l'autre personne. Il peut survenir autant chez le patient que chez le thérapeute. Le rôle du thérapeute est de bien identifier, gérer et utiliser les diverses réactions afin de favoriser le cheminement thérapeutique de son client. Cela demande une finesse prodigieuse. C'est pour cette raison qu'il est normal et fréquent de voir des dérapages, plus ou moins légers... Pour la suite du texte, les termes transfert et contre-transfert seront utilisés sans distinction.

## **QUELQUES EXEMPLES DE RÉACTIONS CONTRE-/TRANSFÉRENTIELLES DANS NOTRE DOMAINE**

Voici quelques exemples de comportements qui peuvent témoigner de réactions contre-/transférentielles chez un.e intervenant.e dans le domaine de la délinquance sexuelle. Certains exemples sont tirés du texte de monsieur Denis (2006), d'autres sont du cru de l'auteur du présent texte et ont été observés en clinique. Certains exemples représentent des réactions plus intenses ou intempestives. Peu importe le degré de « gravité » de la réaction, il faut voir chaque exemple comme une possibilité incluse sur un continuum. À lecture de chaque exemple, le.

lecteur.trice est invité.e à réfléchir à une réaction de même ordre moins intense et à une réaction de même ordre plus intense.

Remarquons aussi que certaines réactions illustrées ci-dessous s'appliquent à des situations spécifiques alors que d'autres sont partie intégrante de « l'état professionnel général » du thérapeute. Certaines réactions se déroulent donc à plus court terme; d'autres constituent des changements profonds chez le thérapeute, à long terme. Vous êtes invité.e.s ici aussi à trouver pour chaque exemple, d'autres exemples similaires plus « situationnels » (à court terme) ou plus envahissants (à long terme). Chaque exemple part d'un comportement du thérapeute signalant la présence d'une réaction qui est ensuite décortiquée.

**Réaction contre-/transférentielle :** Maintenir une dynamique thérapeutique à très long terme pour préserver le lien avec le client pour diverses raisons (attachement, anxiété de séparation, sentiment de pouvoir et d'efficacité, etc.). Peut même aboutir à une dynamique perverse de « maintenir » le patient malade pour le guérir « à nouveau ». Peut se manifester plus subtilement par l'idée d'étendre indument la thérapie et de vouloir TOUT traiter.

**Réaction contre-/transférentielle :** Éviter systématiquement ou majoritairement des sentiments difficiles dans la relation thérapeutique (rage, anxiété, attachement...), dénégation, voire déni et refoulement. Conséquence : identification implicite du patient à ce style et stagnation de la thérapie. Souvent dû à des craintes, voir des phobies : peur des émotions intenses, peur de la position de vulnérabilité, peur de la perte d'omnipotence face au patient, etc.

**Réaction contre-/transférentielle :** Avoir un biais de cotation à la baisse sur le plan des outils d'évaluation du risque de récurrence. Peut provenir d'un désir d'aider un usager sympathique, qui semble fournir des efforts, qui nous rappelle quelqu'un apprécié, qui a l'air intelligent, qui a l'air plus conforme à nos attentes d'un non-criminel, etc. Provoque un désir de protéger et des craintes plus importantes des conséquences pour ce type de patient.

**Réaction contre-/transférentielle :** Avoir un biais de cotation à la hausse sur le plan des outils d'évaluation du risque de récurrence. Peut provenir d'un désir d'aider un usager peu sympathique, qui ne semble pas fournir d'efforts, qui nous rappelle quelqu'un peu apprécié, qui a l'air plus stupide, qui est moins conforme à nos attentes d'un non-criminel, etc. Provoque un désir de punir et une relative indifférence des conséquences pour ce type de patient.

**Réaction contre-/transférentielle :** Accepter d'être à un certain degré le complice de comportements délictueux. Mettre de l'avant l'avantage psychothérapeutique du secret quand il ne serait pas nécessairement clair pour un observateur objectif. Dissimuler, par exemple en intervision/supervision, ce genre de situations, par honte ou culpabilité.

**Réaction contre-/transférentielle :** Voir, comme Freud, le patient comme un « corps » qu'un chirurgien doit opérer froidement. Témoigne d'un besoin d'emprise massif du thérapeute sur son patient. À plus faible niveau : se mettre constamment dans une position d'expert, conseiller à outrance, perdre de vue la perspective du patient, et autres manifestations possibles.

**Réaction contre-/transférentielle :** Recourir à des techniques « miraculeuses » en thérapie, de manière intensive et exclusive. Par exemple, utiliser une technique reconnue dans certaines sphères spécifiques pour traiter l'ensemble des caractéristiques d'un patient. Être attiré par les techniques « prometteuses » mais à outrance et dont l'efficacité a été peu ou pas démontrée : hypnose (dans toute situation), champignons magiques (pour la délinquance sexuelle), etc. Rechercher un effet rapide

en thérapie. Cela peut témoigner d'un sentiment d'impuissance thérapeutique, mais aussi d'un désir d'omnipotence, d'un besoin grandiose d'aider l'usager, d'une impatience, etc.

**Réaction contre-/transférentielle :** Refuser systématiquement les patients présentant un déni partiel ou total. Négliger la réaction psychologique normale sous-jacente au déni. Voir la reconnaissance comme une condition d'admission au traitement plutôt que comme un objectif de traitement en soi. Peut parfois être approprié, ne relève pas nécessairement d'une réaction contre-/transférentielle. Peut cependant témoigner d'un sentiment d'impuissance, d'un désir de fuir les sentiments lourds comme la colère et la honte. Peut parler d'une fatigue thérapeutique.

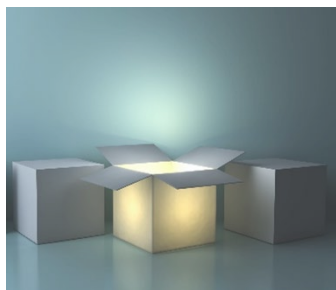
**Réaction contre-/transférentielle :** Mettre un accent démesuré sur la responsabilisation et sur la cessation de la négation des gestes et devenir un complice symbolique de la victime. Ici, la colère suscitée par la négation du client peut être incorporée par le thérapeute, qui peut alors s'en défaire en devenant en quelque sorte un représentant de la société, de la victime, de la morale. La réaction est appropriée à un certain degré et lorsqu'elle est bien gérée, mais elle peut aussi conduire à des conduites contre-thérapeutiques : sur-responsabiliser le client, oublier l'influence des causes externes et systémiques, mettre trop d'accent sur la reconnaissance des gestes au détriment d'autres sphères de traitement, négliger les facteurs psychologiques influençant la négation (honte profonde), mettre fin indûment au traitement ou refuser l'admission en traitement, etc.

**Réaction contre-/transférentielle :** Constaté des changements dans son système de valeurs et de croyances. Se sentir plus « permissif » qu'avant, plus souple moralement. Peut influencer différentes sphères de vie (codes de conduite, comportements, choix de vie, intimité, sexualité, etc.). Ces changements peuvent témoigner d'un assouplissement sain aussi. Ils peuvent au contraire s'écarter des valeurs de la personne et causer des perturbations identitaires très souffrantes.

**Réaction contre-/transférentielle :** Constaté des changements dans son système de valeurs et de croyances. Se sentir plus méfiant envers les gens. Voir la pédophilie partout. Surprotéger ses propres enfants. Être plus cynique quant à la nature humaine, etc. Ces changements peuvent témoigner d'une maturation dans la perception de la nature humaine et être positifs. Ils peuvent, au contraire, créer des obstacles dans la vie personnelle et professionnelle d'un thérapeute.

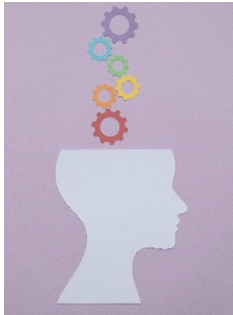
## PRÉ-REQUIS POUR TRAVAILLER LES RÉACTIONS CONTRE-/TRANSFÉRENTIELLES

L'auteur du présent texte a identifié 4 pré-requis. Il y aurait pu en avoir d'autres et davantage. Cette section est purement intuitive :



1. **Humilité :** Un.e thérapeute est essentiellement un être humain ordinaire avec une capacité d'introspection et d'analyse légèrement supérieure.
2. **Ouverture :** Aux perspectives, aux idées, aux contre-idées, à l'analyse.
3. **Indulgence :** On a tous et toutes des réactions non-optimales, voire inadéquates.
4. **Discipline :** Les bonnes habitudes se perdent souvent. Patience et pratique.

## QUELQUES INDISPENSABLES, À COMBINER OU À UTILISER SEUL.S :



1. Intervision/discussion en équipe/partage impromptu entre collègues
2. Supervision
3. Psychothérapie
4. Lectures
5. Journal de bord personnel
6. Méditations introspectives

Rappelons-nous souvent que le travail de nos réactions contre-/transférentielles est essentiel, que ce travail est ardu, qu'il devrait être une partie intégrante de notre pratique clinique à long terme, et qu'il est bénéfique pour nous et pour nos clients.



*Je vous invite à interagir sur le sujet directement sur le forum [Facebook du RIMAS](#), afin que tous puissent bénéficier d'un approfondissement sur ce thème d'importance.*