

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année : 2018

N° 2018-26

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de Psychiatrie

par

Marine TIREL

née le 6 novembre 1989 à Nantes

Présentée et soutenue publiquement le 05 octobre 2018

DU PASSAGE A L'ACTE DANS L'EROTOMANIE

Président : Monsieur le Professeur Jean-Marie VANELLE

Directeur de thèse : Docteur Edouard LAFORGUE

REMERCIEMENTS

A Edouard, inestimable directeur de thèse,

Aux membres du jury qui me font l'honneur de juger ce travail,

Aux médecins, secrétaires et autres soignants qui m'ont précieusement aidée dans mes recherches,

A mes bienveillants relecteurs,

Aux Docteurs Delaunay et Robin, figures tutélaires,

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde et sincère gratitude.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	5
1. EROTOMANIE ET SYNDROMES EROTOMANIAQUES	7
1.1 Evolution historique de la notion d'érotomanie et nosographie actuelle	7
1.1.1 L'érotomanie dans les textes anciens.....	7
1.1.2 L'érotomanie des psychiatres classiques.....	9
1.1.3 Portemer et son étude médico-légale	12
1.1.4 Clérambault et les psychoses passionnelles	13
1.1.5 Les psychanalystes et l'érotomanie	14
1.1.6 Place actuelle de l'érotomanie	15
1.2 Clinique clérambaldienne du syndrome.....	18
1.2.1 Le postulat fondamental.....	18
1.2.2 Les thèmes dérivés.....	20
1.2.3 Un Objet fixe, définitif et unique	23
1.2.4 Autres éléments sémiologiques.....	27
1.2.5 Les étapes évolutives	32
1.3 Etiologies et pathologies associées	34
1.3.1 Erotomanie pure	34
1.3.2 Erotomanie secondaire	37
1.3.3 Erotomanie borderline.....	40
1.4 Epidémiologie	43
2. APPROCHE PSYCHOPATHOLOGIQUE DE L'EROTOMANIE	45
2.1 La solution délirante	45
2.2 Les spécificités du délire érotomaniac	49
2.2.1 Défense contre des blessures narcissiques	49
2.2.2 Défense contre un conflit libidinal.....	51
2.2.3 Lutte contre un deuil impossible	53
2.2.4 Défense contre un conflit œdipien	54

3. LES PASSAGES A L'ACTE DANS L'EROTOMANIE	56
3.1 Hypothèses psychopathologiques.....	56
3.1.1 Les passages à l'acte	56
3.1.2 Revendication amoureuse violente	59
3.1.3 Passages à l'acte défensifs	61
3.2 Les modalités de passages à l'acte	64
3.2.1 Comportements hétéro-agressifs	64
3.2.2 Comportements suicidaires	66
3.3 Cas particulier du stalking.....	70
3.3.1 Définition.....	70
3.3.2 Profil des stalkers	72
3.3.3 Les victimes	75
3.4 Illustration clinique	77
3.4.1 Rapport d'expertise	78
3.4.2 Discussion.....	82
4. ASPECTS MEDICO-LEGAUX	85
4.1 Facteurs prédicteurs	85
4.2 La responsabilité pénale	88
4.2.1 Notions générales sur la responsabilité.....	88
4.2.2 L'expertise psychiatrique pénale	91
4.3 Responsabilité dans l'érotomanie	94
4.3.1 Jules et la chanteuse	94
4.3.2 Alice et l'interne de psychiatrie	95
4.3.3 Jeanne et son collègue	96
4.3.4 Analyse des vignettes cliniques	97
5. CAS CLINIQUE	100
5.1 Ariane.....	100
5.1.1 Eléments biographiques	101
5.1.2 Antécédents somatiques et psychiatriques.....	103
5.1.3 Clinique érotomaniaque	104

5.1.4 Manuscrit d'Ariane.....	112
5.2 Discussion	117
5.2.1 Discussion diagnostique et étiologique	117
5.2.2 Discussion psychopathologique.....	121
5.2.3 Discussion criminologique	125
CONCLUSION.....	128
BIBLIOGRAPHIE.....	130

INTRODUCTION

« Marine,

Il c'est passé quelque chose d'étrange en moi quand je vous ai aperçu la nuit de notre première rencontre, j'ai cru entendre que vous vous présentier comme ma Diana ; Alors je serais votre Hercule comme dans le dessin animé de Walt Disney.

Et quand je vous ai vu pour la second fois ce courant, cette barre que j'ai senti dans mon cœur et ces mot d'estomac ce vertige ; Ne serait-ce pas l'amour.

Dans tous les cas, je trouve que vous êtes la plus belle femme qu'il m'est été donné de rencontrer et vous ne pourrez m'empêcher de vous regarder avec désirs.

Votre admirateur qui vous aime

Mon 06.XX.XX.XX.XX

PS : je vous envoie l'original pour que vous vous fassiez une idée précise du mal qui me ronge.

PS 2 : tu es la + sexy à mes yeux, la + belle »

Telle est la lettre, dans son intégralité et sans correction, rédigée par un patient initialement rencontré au cours d'une garde puis lors d'une hospitalisation, et déposée sur la voiture d'une interne. Le contenu de la lettre – bien que la conviction délirante d'être aimé en soit absente – peut faire évoquer certains éléments de nature érotomaniaque : l'amour survenu brutalement, suffisamment intense pour justifier la rédaction d'une lettre, l'ébauche de réciprocité entrevue – *ma Diana, votre Hercule* –, le tutoiement final et enfin la présence de cette lettre sur la voiture personnelle de l'interne, garée loin du service sur le parking visiteurs de l'hôpital.

Tout soignant recevant une déclaration d'amour provenant d'un patient, de surcroit connu pour souffrir d'une pathologie psychiatrique, va se questionner sur deux éléments principaux : pourquoi moi ? Jusqu'où cela peut-il aller ?

En effet, l'érotomanie, au même titre que les psychoses paranoïaques auxquelles elle est rattachée dans la nosographie française, a une réputation tenace de dangerosité et d'incurabilité.

L'objectif de ce travail sera d'étudier la dynamique du passage à l'acte – auto et hétéro-agressif – dans les troubles érotomaniaques, et d'en préciser la dangerosité.

La première partie sera consacrée à une revue historique du trouble puis à l'analyse sémiologie et étiologique du syndrome érotomaniaque.

La deuxième partie s'attachera à esquisser la psychopathologie du délire, dans sa fonction défensive et dans ses spécificités érotomaniaques.

Les passages à l'acte seront étudiés sous leurs aspects dynamiques et médico-légaux dans les troisième et quatrième parties.

L'ensemble de ces éléments cliniques, psychopathologiques et criminologiques permettra dans une cinquième et dernière partie de mener à bien l'analyse d'un cas clinique d'érotomanie, selon la trame d'une expertise pénale.

1. EROTOMANIE ET SYNDROMES EROTOMANIAQUES

1.1 Evolution historique de la notion d'érotomanie et nosographie actuelle

1.1.1 L'érotomanie dans les textes anciens

L'amour fou, l'amour pathologique, a été au fil des siècles un sujet d'étude privilégié, tant pour les artistes et les philosophes que pour les médecins.

Les auteurs anciens s'interrogeaient déjà sur les affections causées par l'amour. Ainsi Hippocrate diagnostiqua le mal amoureux qui rongait le roi Perdiccas, fortement épris de Phyla, la concubine de son père ; de même, Galien et Plutarque relatèrent comment Erasistrate comprit qu'Antiochus se mourait d'amour pour sa belle-mère Stratonice. Cette passion amoureuse extrême connaissait fréquemment une fin tragique : Lucrece, rendu amoureux par un philtre, se donna la mort tandis que Sapho, rejetée par Phaon, se précipita du haut du rocher de Leucade.

Un médecin de la fin de la Renaissance se questionne à son tour sur les tourments amoureux pathologiques. Jacques Ferrand, dans son essai sur la *Mélancolie amoureuse* en 1610, estime que l'amour peut parfois être dû à une maladie, une perturbation de l'esprit. Il s'agit là d'une passion excessive dont il souligne le caractère pathologique. Cette morbidité amoureuse est néanmoins fortement associée chez Ferrand à la notion de péché, voire de délit.

L'érotomanie était donc considérée à l'époque plus comme une passion amoureuse immodérée ou encore une forte propension à la lubricité que comme le processus délirant actuellement admis.

La première description *médicale* de l'érotomanie remonte à 1810. Zieller, criminaliste viennois, expose le cas d'un jeune homme « qui avait trouvé un plaisir tout particulier dans sa personne et s'était imaginé le chéri de toutes les femmes »^a, selon un article de Stooss. Il se cru victime d'une machination ourdie par une vieille femme, afin de le séparer de la jeune dame dont il se pensait aimé. L'histoire se termine tragiquement par le meurtre des deux

a Stooss, 1912, cité par Ferdière, 1937, p20

femmes, de la main de l'érotomane, sa « mélancolie amoureuse »^a s'étant transformé en haine. Ce premier cas, rapporté par un criminaliste, scelle déjà l'érotomanie à son destin médico-légal.

Passages à l'acte auto et hétéro-agressifs se dégagent déjà comme enjeux de l'amour pathologique.

^a *Ibid.*

1.1.2 L'érotomanie des psychiatres classiques

Jean-Etienne Esquirol propose en 1838, dans son ouvrage *Traité des maladies mentales*, une description précise de ce qu'il nomme les monomanies, délires partiels centrés sur une idée fixe et prévalente, et parmi lesquelles il admet la monomanie érotique ou érotomanie.

Esquirol en propose une triple lecture clinique, étiopathogénique et thérapeutique.

Il est le premier à décrire, au travers de 8 histoires cliniques, les spécificités sémiologiques de l'érotomanie telles qu'elles sont encore admises aujourd'hui. Ce délire érotique est caractérisé par un amour excessif dirigé vers un objet connu ou imaginaire ; le délire repose sur une base majoritairement imaginative. Les érotomanes « vouent à l'objet de leur amour un culte pur, [...] ils sont en extase, en contemplation devant ses perfections souvent imaginaires »^a. Esquirol introduit également la notion fondamentale de conviction délirante de la réciprocité de cet amour : le sujet se pense – se sait – aimé en retour. L'érotomanie évolue classiquement en deux phases ; tout d'abord le sujet est porté par un fol espoir irraisonné, puis le délire évolue vers une fureur harcelante.

Esquirol différencie l'érotomanie, fruit d'un désordre de l'imagination, des pathologies des organes reproducteurs « dont l'irritation réagit sur le cerveau »^b, telles que la nymphomanie et le satyriasis – son pendant masculin. L'érotomanie est décrite comme « une affection cérébrale, chronique, caractérisée par un amour excessif »^c. Elle s'apparente à une folie partielle, et entre ainsi dans le cadre de la pathologie mentale, fruit d'une lésion de l'encéphale, là où elle était auparavant sous la coupe du péché. Les érotomanes ne sont pas maîtres de leurs réactions sous l'emprise de leur processus délirant, bien que le reste de leur entendement ne soit pas lésé. Dans le contexte de la loi de 1838 portant sur l'internement des aliénés, Esquirol propose la vision d'une érotomanie ni peccamineuse, ni délictueuse, mais foncièrement pathologique.

Esquirol présente en outre un procédé thérapeutique à adopter avec les érotomanes. En plus d'un traitement médical à base de bains tièdes et froids, d'isolement, de lait d'ânesse et d'antispasmodiques, il propose une stratégie thérapeutique basée sur un déplacement

a Esquirol, 1838, p33

b *Ibid.*, p32

c *Ibid.*

affectif habile : il estime que « le mariage est presque le seul remède efficace [...] une nouvelle affection peut détruire la première »^a. L'érotomanie devient curable.

L'inscription de l'érotomanie dans le champ médical est confirmée par les travaux de nombreux psychiatres français.

Certains auteurs classent l'érotomanie parmi les pathologies de la dégénérescence, suivant la théorie de l'hérédité développée notamment par Morel en 1857, premier clinicien à poser le principe de la transmission d'un terrain prédisposant plutôt qu'une transmission directe de la folie. Magnan, dans *Des anomalies, des aberrations et des perversions sexuelles* (1885), estime ainsi que les érotomanes sont des dégénérés du type des cérébraux antérieurs, la lésion siégeant au niveau du domaine de l'idéation, loin des instincts inférieurs. Cette *désérotisation* de l'érotomanie est confirmée par les travaux de Ball avec *La folie érotique* en 1883, ou de Garnier dans *La folie à Paris* en 1890. L'érotomanie y est caractérisée par l'absence de tout appétit charnel, par opposition aux autres folies érotiques – satyriasis, nymphomanie et autres perversions sexuelles. L'illusion délirante n'est pas un trait indispensable au diagnostic.

Sérieux et Capgras, dans leur ouvrage de 1909, situent l'érotomanie dans le champ des *Folies raisonnantes*, c'est-à-dire du délire d'interprétation. Les délires érotomaniaques sont caractérisés par un mécanisme interprétatif et non hallucinatoire, associé à une préservation des facultés intellectuelles. Les érotomanes sont incurables, malgré l'absence d'évolution vers la démence.

Sérieux et Capgras alertent sur une certaine dangerosité du délire érotomaniaque, potentialisée par un caractère violent et impulsif.

En 1921, Emil Kraepelin définit l'érotomanie comme une paranoïa mégalomaniaque. Cette forme de paranoïa s'exprime par la conviction de recevoir les attentions d'un objet jouissant d'une haute position. Tout prend alors sens pour le sujet qui voit des signes dans le vol des pigeons, les titres des journaux et les conversations des passants. Les idées sexuelles sont peu présentes ou remplacées par des conduites d'onanisme. L'érotomanie évolue volontiers vers une phase de persécution.

a Esquirol, 1838, p48

Kraepelin propose une hypothèse étiopathogénique de l'érotomanie : le délire serait une compensation psychologique pour les désappointements de la vie. S'illusionner d'un amour idéalisé permettrait de lutter contre un sentiment latent d'infériorité et de faiblesse.

1.1.3 Portemer et son étude médico-légale

Alphonse-Edmond Portemer, dans son étude médico-légale de 1902, fait entrer l'érotomanie dans le champ de la dangerosité. Il perpétue les travaux de ses aînés en considérant les érotomanes comme des dégénérés, mais y adjoint également la théorie de Cullère sur la nature persécutoire de l'érotomanie. Fort de son expérience auprès de Garnier à l'Infirmerie spéciale – future Infirmerie de la Préfecture de Police de Paris ou IPPP – Portemer oriente sa thèse sur la dimension médico-légale de l'érotomanie : il y décrit plusieurs cas aux dénouements plus ou moins tragiques – vols, harcèlement, violences physiques, suicides et homicides-suicides.

Il décrit les érotomanes comme incurables et dangereux, évoluant selon quatre phases : l'amour obsessionnel est tout d'abord suffisamment discret pour passer inaperçu aux yeux de l'entourage avant que le sujet, contrarié dans son désir, ne sorte de sa passivité pour devenir un *persécuteur amoureux*. L'exaspération qu'il ressent face aux obstacles qu'il rencontre accentue par la suite la véhémence de sa passion, jusqu'à ce qu'il devienne un *persécuté persécuteur* : le désespoir mène à la violence, l'ultime phase du passage à l'acte auto ou hétéro-agressif est alors à craindre.

Le risque de violence est accru par « la nature obsédante et impulsive des idées délirantes »^a. L'aboutissement médico-légal est fatal, l'érotomane est définitivement incurable.

La richesse du travail de Portemer et ses 17 observations cliniques doivent néanmoins être nuancées : plusieurs cas ne relèvent pas d'un syndrome érotomaniaque stricto sensu, notamment le double suicide de l'observation XII – le diagnostic reposant uniquement sur la chasteté des deux jeunes gens –, et la jeune femme de bonne famille devenue voleuse de l'observation XIII – attachement certes pathologique, mais sans participation délirante aucune.

a Portemer, 1902, p38

1.1.4 Clérambault et les psychoses passionnelles

Gaëtan Gatian de Clérambault est certainement le psychiatre le plus prolifique en matière de travaux sur l'érotomanie, qu'il définit comme la conviction « d'exercer une emprise totale sur le psychisme sexuel d'une personne déterminée »^a. Clérambault bénéficie à son tour d'un poste d'observation plus que privilégié à la tête de l'IPPP. Le fruit de ses 23 ans d'observations cliniques – dont 200 certificats d'internement d'office pour des érotomanes – sera publié à titre posthume dans un ouvrage intitulé *Les psychoses passionnelles*, reprenant ses communications à la Société Clinique de Médecine Mentale, présentées entre 1920 et 1924.

Les délires passionnels, à savoir le délire de jalousie, le délire de revendication et l'érotomanie, se rassemblent par une éclosion brutale sur un noyau affectif générateur, leur véhémence et leur risque de passage à l'acte. Clérambault les distingue des délires interprétatifs reposant sur un caractère paranoïaque – méfiance, réticence –, une extension du délire par irradiation, et un début non déterminable ; il s'oppose ainsi aux travaux de Sérieux et Capgras.

Clérambault nous offre la présentation la plus aboutie de l'érotomanie, introduisant les notions de choc idéo-affectif, de postulat fondamental et des trois phases évolutives : espoir, dépit, rancune. La clinique de l'érotomanie selon Clérambault constitue encore à ce jour une référence, comme en témoigne l'une des terminologies anglo-saxonnes de la pathologie, *De Clerambault's syndrome*. Les auteurs antérieurs ne considéraient pas l'illusion délirante d'être aimé comme significative et indispensable ; Clérambault est donc le premier à introduire cet élément comme postulat infrangible.

Il insiste également sur les techniques d'entretien à adopter face à ces patientes, décrites comme non seulement menteuses et manipulatrices, mais également incurables et dangereuses.

a Lagache, 1938, p138

1.1.5 Les psychanalystes et l'érotomanie

Les travaux ultérieurs sur l'érotomanie seront en grande partie le fruit de la réflexion des psychanalystes.

Sigmund Freud, au travers de son essai sur le président Schreber en 1911, considère l'érotomanie comme une forme du délire paranoïaque, avec qui elle partage les mécanismes de défense par négation, projection et conclusion délirante.

En 1932, Jacques Lacan, élève de Clérambault, propose dans sa thèse le concept de paranoïa d'autopunition. Il se base sur l'observation clinique d'Aimée – pour qui il choisit un pseudonyme on ne peut plus évocateur d'érotomanie. Aimée présente un délire riche de plusieurs thématiques, dont la persécution, le préjudice, la jalousie, ainsi qu'un délire érotomaniaque à l'encontre du Prince de Galles. Elle est arrêtée suite à l'agression d'une actrice de renom, qu'elle accuse de la persécuter. A la faveur du cas Aimée, Lacan définit l'érotomanie comme impliquant « le choix d'une personne plus ou moins célèbre et l'idée que cette personne n'est concernée que par vous »^a. Outre le concept de paranoïa d'autopunition, la thèse de Lacan revêt un intérêt psychopathologique majeur : en posant le principe d'un lien entre personnalité antérieure et psychose, il dégage l'érotomanie des théories étiologiques organicistes.

Kestemberg, en 1962, théorise la relation érotomaniaque, continuum allant de la *fantaisie normale* à l'érotomanie délirante. L'érotomanie peut alors se comprendre comme un mécanisme de défense contre la dépression, voire contre des angoisses de néantisation.

Perrier adhère à son tour à cette théorie de la solution défensive dans son essai sur l'érotomanie dans *Le désir et la perversion* (1967), au travers de la description de trois femmes érotomanes, dénommées – suivant l'exemple de Lacan et de son Aimée – Félicité 1, 2 et 3.

La psychanalyse assoit l'érotomanie comme un processus psychique à part entière, véritable mécanisme de défense.

a Lacan, 1975

1.1.6 Place actuelle de l'érotomanie

Les travaux modernes sur l'érotomanie sont majoritairement anglo-saxons.

Seeman, en 1978, propose ainsi une classification novatrice, distinguant les érotomanies fixes et récurrentes.

Les érotomanies fixes constitueraient les cas les plus graves, survenant sur un terrain schizophrénique. Ces érotomanes sont classiquement des femmes mal insérées socialement, timides, se sentant inférieures aux autres. Le délire, durable et constant, vient comme défense contre des fragilités narcissiques.

Les érotomanies récurrentes surviennent sur un terrain moins pathologique, les sujets bénéficient d'une meilleure insertion sociale. Le choix de l'objet fait écho à la clinique clérambaldienne : il s'agit d'un homme de haute stature sociale, figure d'autorité, fréquemment le médecin du sujet. Le délire est inconstant, la fixation à l'objet est intense mais les variations dans le choix d'objet sont classiques. Le délire serait une défense contre une pulsion homosexuelle, dans la lignée de la théorie freudienne.

Ellis et Mellsop proposent, en 1985, une série de critères diagnostiques de l'érotomanie, dans lesquels l'influence de Clérambault est évidente :

- Le sujet est dans la conviction délirante qu'il est aimé par une autre personne, nommée objet.
- L'objet est issu d'un rang plus élevé que le sujet.
- L'objet a été le premier à aimer.
- L'objet a été le premier à faire des avances.
- Le début est brutal, dans les sept jours suivant la première rencontre.
- L'objet demeure constant ; s'il y a d'autres objets, ils ne sont d'une importance que transitoire.
- L'évolution du trouble est chronique.
- Il n'est pas retrouvé d'hallucinations.

La pertinence et la finesse de la clinique héritée des psychiatres classiques fait par la suite place aux descriptions nosographiques modernes.

L'érotomanie apparaît dans le DSM-I (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1952) dans la liste des *termes supplémentaires*, puis disparaît du DSM-II (1968). Elle est de nouveau citée dans le DSM-III-R (1987) en tant que sous-type de paranoïa. L'érotomanie est désormais classée parmi les troubles délirants ou *delusional disorders*, depuis le DSM-IV (1994) et jusqu'au DSM-5 (2013).

Les critères diagnostiques du trouble délirant sont :

- A. La présence d'un délire d'une durée supérieure à un mois ;
- B. En l'absence de critères en faveur d'une schizophrénie ;
- C. Un fonctionnement préservé en dehors de la thématique délirante ;
- D. Les épisodes thymiques sont admis s'ils sont de courte durée ;
- E. Les troubles ne sont pas mieux expliqués par un abus de substance ou une autre affection médicale.

Les sous-types de troubles délirants sont :

- les délires érotomaniaques : le thème central du délire est la conviction d'être aimé d'un personnage de statut social important. L'érotomanie représenterait 1.2% des troubles délirants^a.
- les délires de mégalomanie,
- les délires de jalousie,
- les délires de persécution,
- les délires somatiques,
- les délires mixtes,
- les délires non spécifiés.

Le DSM-5 alerte également sur le risque de conséquences légales, particulièrement dans les sous-types érotomaniaques et jaloux.

L'érotomanie est classée parmi les troubles délirants persistants dans la CIM10 ; les critères diagnostiques sont semblables à ceux du DSM, avec une durée d'évolution majorée à au moins trois mois.

a De Portugal et al., 2008

L'école française reste fidèle aux travaux des aliénistes allemands et français – Kraepelin, Bleuler, Sérieux et Capgras, Ey – en classant l'érotomanie comme sous-type de paranoïa, elle-même intégrée parmi les psychoses chroniques systématisées.

La description clinique du syndrome érotomaniaque s'est affinée au cours des siècles, jusqu'au tableau clérambaldien, inégalé de richesse clinique encore aujourd'hui. Les classifications internationales actuelles, si elles ne donnent plus autant d'importance à la précision sémiologique des délires chroniques, perpétuent cependant la reconnaissance de l'érotomanie comme thématique délirante.

L'évolution historique de l'érotomanie met également en relief ses implications médico-légales, de Zieller au DSM-5.

1.2 Clinique clérambaldienne du syndrome

1.2.1 Le postulat fondamental

Le syndrome érotomaniaque s'articule autour d'une base passionnelle capitale qui constitue l'essence même de cet amour pathologique : le postulat fondamental.

Ce postulat repose sur une conviction inébranlable : l'Objet, auquel Clérambault attribue une majuscule systématique, aime en premier et aime le plus, voire aime seul. Clérambault le définit comme la « conviction d'être en communion amoureuse avec un personnage d'un rang plus élevé, qui le premier a été épris et le premier a fait des avances »^a; l'érotomane est persuadé « de polariser à son profit l'idéation sexuelle de l'Objet »^b. Bien plus qu'une croyance, il s'agit véritablement d'une certitude irréfutable, le postulat fondamental est dit infrangible. Toutes les convictions de l'érotomane résultent par la suite de cette idée prévalente, les chaînes d'idées successives y sont totalement subordonnées : Clérambault compare le délire érotomaniaque à « la larme batavique, qui s'évanouit si vous cassez seulement sa pointe »^c.

Le postulat fondamental s'élabore initialement autour d'une triade affective constituée de l'Amour, l'Orgueil, et l'Espoir. Ce sont les composantes du sentiment générateur du postulat.

L'Amour – ou Désir – se porte sur un Objet idéalisé, bien que parfois à peine entrevu ou même inconnu, mais dont le sujet « se croit spécialement remarqué »^d. C'est bien l'Objet qui aime en premier ; un patient examiné par Clérambault déclare au sujet de son Objet : « Que me demande-t-on ? Des preuves de l'amour [...] Il y a trop de preuves, puisque ce n'était pas moi qui lui faisais la cour, *mais elle qui me la faisait* »^e.

La rencontre avec l'Objet est fulgurante, constituant le choc idéo-affectif décrit par Clérambault. L'amour peut être brutalement induit par divers supports de transmissions, tels que la musique, le téléphone, une voix entendue à la radio ou à la télévision. Une patiente,

a Clérambault, 1942, p331

b *Ibid.*, p395

c *Ibid.*, p343

d *Ibid.*, p343

e *Ibid.*, p384

interrogée à ce sujet, évoque un « coup de foudre réciproque »^a, décrivant parfaitement la brutalité de l'éclosion délirante.

Ce nœud idéo-affectif est le siège d'une émotion véhémence et profonde. Le sujet est émerveillé, il voue un culte exalté à cet Objet qui est « le plus beau, le plus grand, le plus spirituel, le plus aimable, le plus parfait »^b des personnages que l'on puisse aimer. Le sujet ne voit plus que par son Objet, l'unique : « Ce devait être LUI, tout en majuscules »^c précise une patiente de Clérambault, faisant ainsi écho aux majuscules parsemant les écrits du maître de l'Infirmierie Spéciale. Toutes les idées de l'érotomane convergent vers l'Objet sublimé, nuit et jour.

Le sujet attend avec Espoir l'union à son Objet. Les moindres indices sont avidement saisis comme irréfutables preuves d'amour. La conviction d'être aimé en retour pousse l'amoureux transi à solliciter les faveurs de son Objet.

L'extase et la contemplation peuvent néanmoins rester secrètes, certains sujets ne cherchant jamais à aborder l'Objet aimé.

Cette illusion d'être aimé prend sa source dans l'Orgueil du sujet. Cet érotisme orgueilleux s'exprime notamment par le choix d'un Objet d'un rang supérieur, parfois même totalement inaccessible, tel un roi ou un souverain. Clérambault insiste sur la prééminence du sentiment d'orgueil sur le sentiment amoureux ; il estime que l'orgueil du sujet est à la base du syndrome érotomaniaque. En effet, le désir et l'espoir sont également les composantes d'un amour non pathologique ; l'orgueil constitue donc un élément capital du tableau clinique : « J'ai commencé à rentrer dans ton temple par vanité ; maintenant c'est l'amour qui m'y entraîne »^d.

a Dalle et al., 1998, p186

b Esquirol, 1838, p35

c Clérambault, 1942, p326

d Legrand du Saulle, 1864, p489

1.2.2 Les thèmes dérivés

Le postulat fondamental va par la suite engendrer diverses formules dérivées, également nommées constantes du postulat. Ces thèmes dérivés ont deux fonctions : affirmer la communion amoureuse entre le sujet et l'Objet et éliminer tout élément contradictoire et non congruent avec le roman d'amour en cours.

Les marques de l'invincible optimisme de l'érotomane se déclinent en plusieurs thématiques :

Les thèmes dérivés et regardés comme évidents :

- L'Objet ne peut avoir de bonheur sans son soupirant.
- L'Objet ne peut avoir une valeur complète sans son soupirant. L'Adèle de Ferdière déclare : « Sans moi, il n'est rien, il ne peut rien... »^a.
- Le statut marital de l'Objet ne constitue pas une entrave, le sujet étant dans la négation de tout obstacle pouvant le séparer de son Objet. Ainsi, l'Objet est libre pour une nouvelle union, son mariage est nul et non valable. Une patiente de Trélat, elle-même mariée, nie l'engagement marital de son Objet : « Ni les lois ni les hommes ne peuvent trouver à redire à une affection si légitime [...] Elle est au-dessus des hommes et de leurs lois »^b. De même, un sujet qui fut marié à son Objet niera la validité de son divorce. Dans une présentation de 1921, Clérambault analyse un cas de *Dépit érotomaniaque après possession*, où un sujet, âgé de 34 ans, a pour Objet la femme dont il vient de divorcer. Clérambault cite l'une de ses lettres, adressée à son ex belle-mère : « Sache donc que ton divorce, basé sur des mensonges et sur des faux, sera toujours considéré comme *nul et non avenue* et que *j'aurai donc sur ta fille toujours les mêmes droits* »^c. L'illusion délirante est ici celle d'être *toujours* aimé ; le désir de la jeune femme de se séparer est inconcevable et n'est que le fruit de la manipulation de ses parents : *ton* divorce, précise le jeune homme à sa belle-mère.

a Ferdière, 1937, p76

b Trélat, 1861, p133

c Clérambault, 1942, p379

Les thèmes dérivés et qui se démontrent :

- L'Objet cherche à entrer en contact avec le sujet par des travaux d'approche, il lui offre bienveillance, protection et vigilance constante.
- L'Objet entretient des conversations indirectes avec le sujet. L'une des patientes d'Esquirol explique que « son *amant [...] cause avec elle à l'aide de moyens connus de lui seul* »^a. Si les conversations indirectes se manifestent souvent par l'interprétation de signes extérieurs – petites annonces dans les journaux, mouvements de rideaux ou de fenêtres –, elles peuvent également s'appuyer sur des dialogues imaginaires fantasmés, jusqu'à d'authentiques hallucinations acoustico-verbales, la voix de l'Objet s'imposant au soupirant.
- L'Objet bénéficie de ressources phénoménales, il est tout puissant.
- Le couple Objet-sujet jouit de « l'intérêt passionné d'autrui pour l'affaire »^b et d'une sympathie quasi universelle. Le sujet peut ainsi s'appuyer sur la collaboration bienveillante des proches.

La conduite paradoxale :

Le sujet est néanmoins confronté aux preuves de rejet émanant de l'Objet et à une réalité non conforme à ses désirs. Ces données n'étant pas cohérentes avec l'infrangible postulat initial, le sujet va accommoder ce comportement paradoxal et contradictoire avec sa conviction d'être aimé. Si les thèmes dérivés peuvent parfois manquer au tableau de l'érotomanie, le comportement paradoxal de l'Objet en constitue donc un élément indispensable. La conduite paradoxale va fonder, avec le postulat initial, l'ossature du délire. A Esquirol qui lui demande comment peut-il se croire ainsi aimé, un jeune homme répond : « L'amour ne raisonne pas, et l'on m'a trop fait comprendre que j'étais aimé pour en douter »^c.

Il est en conséquence inévitable que le sujet n'interprète pas à leur juste valeur les manifestations de rejet dont il est victime. Les marques d'indifférence ou de refus sont vécues comme autant d'incontestables témoignages d'amour. Clérambault cite l'un de ses patients qui récusait tout refus de son aimée par les allégations suivantes : « Son attitude a toujours démenti ses paroles », « Son regard et sa voix ont toujours démenti ce qu'elle me

a Esquirol, 1838, p36

b Clérambault, 1942, p37

c Esquirol, 1838, p39

disait »^a. Les conversations télépathiques contredisent le silence réel de l'Objet. Le sujet va chercher à justifier le comportement de l'Objet : ainsi l'aimé ne se déclare pas par timidité, par pudeur ou encore car il est dominé par l'influence d'un ami mystérieux. L'Objet est ainsi parfois dépeint d'une « passivité incroyable envers les tiers »^b.

Le refus de l'Objet peut aussi avoir pour but de tester l'amour du sujet : certains patients accepteront l'hospitalisation ou les poursuites judiciaires avec abnégation, les considérant comme autant de mises à l'épreuve exigées par l'Objet, et leur permettant ainsi de s'en rendre plus dignes.

Si certains sujets interprètent correctement les rebuffades de leur Objet, ils s'en imputent aussitôt la responsabilité. Ils n'ont pas su reconnaître suffisamment tôt les signes d'amour émanant de l'Objet, ils ne sont rejetés que par leur propre faute. Léa-Anna, première patiente présentée par Clérambault, rationalise ainsi l'apparente indifférence du Roi d'Angleterre à son égard : « A ses avances, elle n'a pas répondu parce qu'elle ne les a pas comprises. Son ignorance était en cause. Le Roi lui en tient encore rigueur »^c.

La rationalisation peut également être projective : un jeune homme accuse des sosies de se faire passer pour sa bien-aimée, expliquant ainsi son attitude froide et rejetante lors des rencontres qu'il provoque^d. Le délire érotomaniaque compose donc relativement bien avec le délire des sosies de Capgras. Le syndrome de Fregoli peut également s'associer aux convictions érotomaniaques : un jeune homme hongrois de 22 ans nourrit un délire érotomaniaque à l'encontre d'une jeune femme de 17 ans, avec laquelle il n'a pourtant échangé que quelques mots, et en une seule occasion. Il décide néanmoins de rejoindre son aimée en Allemagne, où elle vit. Il l'y reconnaît sous les traits d'une autre jeune fille, qu'il harcèle donc à son tour, convaincu qu'il s'agit bien de son Objet^e. Comme dans tout tableau d'érotomanie, c'est bien l'image de l'Objet plus que la personne en elle-même qui est aimée, ce qui autorise ce type de *glissement* d'Objet.

a Clérambault, 1942, p391

b Clérambault, 1942, p397

c *Ibid.*, p325

d Sérieux et Capgras, 1909, p116

e Hintzen, 2010

1.2.3 Un Objet fixe, définitif et unique

L'Objet est fréquemment décrit par les auteurs classiques par son prestige social. Les femmes étant les plus touchées, l'Objet est classiquement un homme mûr, rayonnant par son statut socio-économique élevé. Lorsque l'Objet est féminin, il peut s'agir de grandes dames, ou encore de princesses et de reines ; Ball rapporte la triste histoire du page de Marie Stuart, exécuté lorsqu'il fut retrouvé caché pour la seconde fois sous le lit de sa reine-Objet^a.

Clérambault nuance cependant le supposé écart social entre le sujet et son Objet : le prestige *aux yeux du sujet* constitue selon lui le seul élément primordial – et répond ainsi à *l'orgueil* de l'érotomane.

Les professions payant le plus lourd tribut à l'érotomanie à l'époque clérambaldienne sont les prêtres et les médecins. Les premières descriptions traitaient ainsi des amoureuses de prêtres : Clérambault, dans l'un de ses premiers textes de 1913 évoque une *Fausse amoureuse de prêtre* ; Seglas publie *Une amoureuse de prêtre* en 1922.

Perrier tente d'expliquer ce recrutement particulier : il reconnaît chez les médecins et les prêtres *l'homme de Bien*, pour qui le désir d'être au service de l'autre peut constituer l'élément inducteur d'un transfert érotomaniaque.

Lorsque l'Objet est médecin, il est soit l'Objet catalysant le délire érotomaniaque ; soit un Objet secondaire prenant le relais de l'Objet initialement désigné, alors qu'il intervient à titre thérapeutique pour un sujet *déjà* érotomane. L'érotomane peut se trouver subjugué par la bienveillance du soignant ; il y voit « l'appel d'un cœur qui sympathise avec le sien »^b. Le positionnement attentif du médecin va alors se confondre avec une attitude de séduction. Ce risque peut s'illustrer par le transfert à coloration érotomaniaque de Sabina Spielrein à l'encontre de Carl Gustav Jung ; le jeune analyste relativement inexpérimenté avait probablement fait preuve, selon ses propres termes, d'un *immense dévouement* qui a pu faire le lit de l'intense investissement de sa patiente.

a Ball, 1888, p35

b Portemer, 1902, p52

C'est ainsi qu'une jeune femme, érotomane de deux psychiatres, alerte son troisième thérapeute sur les dangers de sa position : « Faites attention à ce que vous faites ; si je pense que je peux être amoureuse de vous parce que vous vous occupez trop bien de moi, je suis foutue. Ne me dites pas, par exemple, que je suis fine etc... Ça ne me rend pas service »^a.

Le glissement du transfert classique à un investissement érotomaniaque patent est d'autant plus fréquent dans la relation psychiatre – patient ; le thérapeute est régulièrement amené à « s'impose[r] comme objet à investir »^b auprès de son patient dans le cadre de soins imposés ou contraints. Le psychiatre *désirant pour l'autre* sera donc plus à risque d'être investi comme objet érotomaniaque par son patient souffrant déjà d'une fragilité psychique.

Les prêtres sont également préférentiellement retrouvés parmi les Objets, en raison du caractère sacerdotal de leur fonction, mais également de leur impossible intimité. En effet, l'Objet est fréquemment hors de portée, inaccessible au sujet. Toute réalisation dans le concret semble illusoire : l'amour érotomaniaque ne se confronte pas à l'épreuve de réalité. Le choix du prêtre peut enfin s'éclairer par l'orgueil sexuel du sujet ; le narcissisme de l'érotomane se flatte de pouvoir « subjuguier celui qui, par ses serments, a renoncé aux attraits de l'amour »^c.

Certains érotomanes s'attachent à des Objets inanimés, tels que des œuvres artistiques ; ainsi Esquirol décrit l'amour délirant d'Alkidias de Rhodes pour la statue de Cupidon, chef-d'œuvre de Praxitèle.

La Sainte Vierge peut également être Objet de l'érotomane : certains prêtres et théologiens seraient les victimes d'une « érotomanie qui s'ignore »^d. Laurent cite ainsi dans son ouvrage le roman d'Emile Zola, *La faute de l'abbé Mouret*. Il pense y reconnaître une exaltation érotomaniaque au travers des idées religieuses du jeune abbé, en proie à une contemplation extatique de la Vierge Marie : « Il se jetait devant elle, se criait son esclave ; [...] Il disait avec David : 'Marie est faite pour moi.' »^e.

a Dalle et al., 1998, p182

b Kapsambelis, 2011

c Hacquard cité par Ferdière, 1937, p49

d Ball, 1888, p35

e Zola cité par Laurent, 1891, p149

Le président Schreber, dont l'autobiographie sert de base à la théorisation de la paranoïa par Freud, nourrissait un délire érotomane à l'encontre de Dieu. Le délire de Schreber reposait sur sa conviction de se muer en un corps féminin, sur la volonté de Dieu lui-même qui souhaitait en faire sa femme dans le but ultime d'une « fécondation par des rayons divins à fin de création de nouveaux humains »^a.

Enfin, les femmes de théâtre constituent une population particulièrement exposée. Les gestes, les paroles, les jeux de physionomie d'actrices jouant un rôle d'amoureuse sont susceptibles d'être perçus par l'érotomane non comme de la comédie mais comme la déclaration sincère et enflammée de leur amour. Le regard de l'actrice se posant sur un membre du public, fruit d'un pur hasard, sera interprété comme un appel tant direct que volontaire.

Ainsi Magnan décrit-il un jeune homme, amoureux transi d'une actrice :

« A une représentation de *Lackmé* à l'Opéra-Comique, il lui semble, placé au parterre, qu'il est l'objet de l'attention de Mlle Van Zandt. La cantatrice porte sans cesse les regards dans sa direction. Très ému, il rentre chez lui et ne dort pas ; il n'a garde de manquer les représentations suivantes ; il s'installe à la même place et se croit remarqué de la jeune actrice. Celle-ci, dit-il, le regarde en plaçant la main sur le cœur ; puis elle sourit, et le regardant toujours, elle porte la main à sa bouche ; de son côté, il lui envoie un baiser, et elle continue à sourire. Elle part pour Hambourg ; il l'apprend par les journaux et explique ce départ par le désir de l'attirer auprès d'elle à Hambourg »^b.

Huguette ex-Duflos, actrice de la Comédie-Française, ne fut certes point l'Objet direct d'un amour érotomane, mais la victime d'une érotomane persécutée, l'Aimée de Lacan.

Si Clérambault insiste sur le caractère relativement stable du choix d'Objet, il en tolère dans certaines situations la pluralité successive ou simultanée : « la pluralité, tout au moins en succession des adoreurs, se rencontre chez beaucoup d'érotomanes. Cette pluralité non seulement est compatible avec la nature du délire, qui est, nous le montrerons, ambitieux plus qu'amoureux, mais elle y est conforme et le prouve »^c. L'une de ses patientes a la

a Freud, 1911, p416

b Magnan, 1885, p24

c Clérambault, 1942, p333

conviction d'être follement aimée par le Roi Georges V, ainsi que par de multiples officiers de tous grades confondus, après avoir été aimée par le propre père du souverain, le Roi Edouard VII.

Les caractéristiques clérambaldiennes de l'Objet ne sont plus aussi marquées dans les tableaux d'érotomanie plus contemporains. Si les médecins demeurent Objets privilégiés, les membres du clergé comme ceux de la noblesse subissent les mutations sociétales et disparaissent peu à peu des représentations de prestige à la faveur des célébrités, politiques et artistes, qui s'imposent actuellement comme statuts à *risque* d'investissement érotomaniaque.

1.2.4 Autres éléments sémiologiques

La graphorrhée :

L'érotomane fait preuve d'une loquacité intarissable lorsqu'il s'agit de déclarer à son Objet l'intensité de sa passion ; la graphorrhée est classique. Les lettres expriment à l'aimé les « torrents d'affection d'une âme exaltée »^a ; l'alternance du tutoiement et du vouvoiement est fréquente, tout comme les allusions érotiques. L'abondance des écrits épistolaires est remarquablement illustrée par l'une des patientes présentées dans l'ouvrage de Benoit Dalle. Jeanne maintint durant plusieurs années une intense correspondance, dans laquelle elle exprimait avec la plus véhémence éloquence ses sentiments à l'égard de son psychiatre-Objet. Elle lui écrivit plus de trois cents lettres, dont parfois plusieurs par jour.

Voici un extrait de l'une de ses lettres, datée du 05 février 1989 :

« Benoit,

Je vous envahis avec mes lettres, c'est plus fort que moi [...]

Je me rends compte que l'écriture est un moyen pour moi de m'approcher de vous, de vous dire que je vous aime, de vous caresser, vous étreindre [...] Je t'aime Benoit, et je ressens à quel point je dois avoir du courage pour assumer cet amour [...]

Benoit, je sens que tu m'aimes. Je le sens de plus en plus. Ce n'est pas de la prétention, je le sens au plus profond de moi quand je te regarde et que je perçois tes yeux. Oh ! tu m'aimes,

Benoit, dis-le que tu m'aimes, tu me rendras heureuse. »^b

Cette écriture incessante n'est pas sans fonction pour le sujet ; « comme si, fixer par les mots le monde extérieur donnait une assise à un sentiment d'exister vacillant »^c. L'écriture aurait donc une fonction fondamentalement constituante.

La réticence :

Cette graphorrhée passionnée de l'érotomane contraste avec une réticence faisant parfois taire toute conception vésanique, et ainsi pouvant faire illusion auprès des examinateurs. Le

a Portemer, 1902, p63

b Dalle et al., 1998, pp302-304

c Lefebvre, 2002

sujet élude et détourne l'entretien par son discours prolix, et peut faire preuve d'une « mendacité exceptionnelle »^a.

Clérambault va en ce sens décrire une technique d'entretien à adopter avec les érotomanes, visant à *manipuler* le sujet afin de démasquer les éléments fondateurs du syndrome : le postulat fondamental et les sentiments générateurs. Il use ainsi de subterfuges pour *actionner* les patients : il peut de la sorte promettre une entrevue avec l'Objet afin de dévoiler les intentions dissimulées de l'érotomane, comme en témoigne l'extrait d'entretien suivant :

« D. – Devons-nous le faire venir ici ?

R. – Je n'ai pas à parler la première.

D. – Bien. Me donnez-vous pleins pouvoirs ?

R. – Comme vous voudrez.

D. – Je puis donc arranger l'affaire ?

R. – Comme vous voudrez.

D. – Bien. Qu'allons-nous exiger de lui ?

R. – Vous le saurez bien.

D. – Nous allons le faire venir ici.

R. – Oui.

D. – Mais ensuite ?

R. – Il faudra lui enlever sa soutane.

D. – Et vous vous chargerez de la culotte ?

A cette réflexion, la malade éclate de rire, sans la moindre ombre de confusion. Visiblement nous avons traduit sa pensée ; elle est radieuse »^b.

Le platonisme :

L'érotomanie est fréquemment caractérisée par son platonisme, permettant ainsi de la différencier d'autres pathologies telles que la nymphomanie ou le satyriasis. Ainsi, selon Esquirol, l'érotomane est chaste, il « ne désire, ne songe pas même aux faveurs qu'il pourrait

a Clérambault, 1942, p331

b Clérambault, 1942, p354

prétendre de l'objet de sa folle tendresse »^a. Ball estime quant à lui que ce platonisme s'associe à une forte tendance à l'onanisme.

Cette notion est cependant fortement décriée par Clérambault : « qu'il existe ou n'existe pas, tout le délire évoluera de même »^b. Le platonisme n'est pour lui qu'un détail inconstant et sans importance sur la marche du délire, bien qu'il soit effectivement plus fréquent que la population générale. Le platonisme ne serait qu'apparent : tant que le sujet n'a pas atteint l'entente parfaite avec son Objet, il n'a pas en tête le second but de jouissance.

Enfin, l'absence déclarée d'appétits sexuels serait parfois la marque de la forte mendacité de l'érotomane.

Il demeure que de nombreuses érotomanes confient leurs désirs charnels sans dissimulation, comme en témoigne une patiente dans une lettre adressée à son Objet-thérapeute : « Benoit, arrêtons cette débauche collective dite 'thérapie de groupe' et allons aux choses sérieuses. Je voudrais monter sur tes genoux et te mordiller l'oreille ! »^c. Tel autre fut accusé « d'avoir soulevé, avec sa canne, la robe de cette dame »^d, témoignant à son tour de l'inconstance du platonisme.

Les thématiques associées :

Le délire érotomaniaque s'associe parfois à d'autres thématiques.

Les liens sont forts entre érotomanie et mysticisme et se retrouvent également, au-delà du choix d'Objet comme constaté précédemment, au travers de l'analyse des thèmes dérivés du syndrome : la vigilance, la protection continuelle, les ressources phénoménales et les épreuves imposées sont des caractéristiques fréquemment attribuées à Dieu lui-même dans le délire mystique. L'Objet est certes divin, mais le reste du tableau demeure semblable à celui de l'érotomanie.

L'érotomanie peut en outre s'accommoder d'idées de jalousie. Jalousie et érotomanie s'apparentent effectivement dans leurs mécanismes communs de projection et de passivité ; le sujet érotomane peut être persécuté par des supposés rivaux amoureux.

a Esquirol, 1838, p33

b Clérambault, 1942, p334

c Dalle et al., 1998, p285

d Esquirol, 1838, p38

Les interprétations secondaires :

En plus du mécanisme imaginatif, les interprétations secondaires sont fréquentes, au service de la conviction éternellement optimiste de l'érotomane.

Les jeux d'acteurs des artistes lyriques ou des comédiens sont des témoignages d'amour exclusivement destinés au sujet. Les petites annonces ou les manchettes de journaux commentent l'idylle amoureuse : « Elle reconnut au style, à des petits riens, par exemple les initiales des deux noms, que les *annonces venaient de lui* et elle acquit immédiatement la certitude que ces *annonces lui étaient adressées* »^a. Dans l'une de ces présentations les plus célèbres, Clérambault évoque une patiente érotomane du roi George V, persuadée que les mouvements de rideaux aux fenêtres de Buckingham Palace constituaient des messages codés émanant du roi.

Les interprétations favorables sont d'origine passionnelle. Les hallucinations, si elles sont présentes, ne président pas à la genèse du délire ; elles n'ont qu'un rôle accessoire. Ainsi une jeune femme habitant près d'un aéroport voyait dans le « balancement des toutes petites ailes de l'avion » un « coucou »^b envoyé par son Objet. Ici, l'hallucination – ou l'illusion – ne vient qu'alimenter la conviction passionnelle d'être aimée.

Les interprétations peuvent également être de nature hostile ; elles se rapportent alors aux *données relatives aux incidents de la poursuite* : « Les persécutions n'ont pour but que la séparation d'avec l'Objet ; ou encore elles émanent de l'Objet lui-même »^c.

Le soupirant peut être sujet à d'incessantes interprétations, concernant les faits actuels comme les faits anciens, avec une forte tonalité persécutive. La reviviscence de souvenirs anciens est prétexte à des interprétations rétrospectives délirantes, justifiant d'un sentiment de persécution. De même, le sujet va se sentir persécuté, accusant les tiers – proches de l'Objet, forces de l'ordre ou soignants – de vouloir le séparer de son Objet et entraver la concrétisation de leur amour.

Il s'agit fréquemment d'interventions réellement justifiées, conséquences de sa propre conduite aberrante et harcelante. L'un des patients de Portemer accusait son Objet d'ourdir un immense complot dirigé contre lui et d'y impliquer des complices : « La police a servi le

a Kraft Ebbing cité par Portemer, 1902, p112

b Lefebvre, 2002

c Clérambault, 1942, p339

jeu de cette 'cocotte expérimentée' et le médecin de l'Infirmerie spéciale s'est empressé de le faire enfermer, 'parce qu'il est jaloux de ses succès de magnétiseur' [...] La police secrète, les agents, les médecins, tout le monde enfin, avait l'ordre de le faire séquestrer par suite de la haute influence des amants de l'actrice »^a.

La participation thymique :

Clérambault décrit les érotomanes comme des « excitable[s] excité[s] »^b dont l'« état hypomaniaque [est] connexe à la passion »^c. La présentation hypersthénique, l'exaltation affective, la graphorrhée, l'orgueil confinant à la mégalomanie, concourent à cette présentation hypomaniaque de l'érotomane.

De même, une symptomatologie d'allure dépressive n'est pas rare lorsque l'érotomane voit ses espoirs déçus.

a Portemer, 1902, p173

b Clérambault, 1942, p344

c *Ibid.*, p412

1.2.5 Les étapes évolutives

Selon Clérambault, le syndrome érotomaniaque est scandé par trois phases de durées inégales : l'Espoir, le Dépit et la Rancune.

La phase d'Espoir peut persister durant plusieurs années. Le sujet est dans l'attente amoureuse, ou il cherche *a contrario* à entrer en lien avec l'Objet. Les attitudes, les gestes, la mimique de l'Objet vont être interprétés comme autant de preuves d'amour.

La phase d'espoir peut cependant être indécélable, notamment dans le cas peu fréquent, mais néanmoins décrit par Clérambault, où le sujet devient partenaire de son Objet. Dans le cas *Dépit érotomaniaque après possession*, présenté plus tôt, le sujet entre d'emblée dans la phase de dépit, après le divorce d'avec son Objet. Les délires érotomaniaques peuvent ainsi évoluer durant des années sans être jamais diagnostiqués, du moins tant qu'ils n'occasionnent aucun trouble à l'ordre social.

L'érotomane peut accumuler les voyages afin d'être au plus près de son aimé, et c'est bien là le risque principal de la phase d'espoir : les conduites de poursuite et de harcèlement. Adèle Hugo, fille cadette du célèbre écrivain, poursuivit pendant neuf ans son Objet le lieutenant Albert Pinson, de Guernesey à La Barbade en passant par le Canada, avant d'être longuement internée en France.

La phase de Dépit survient lorsque le sujet s'impatiente : il revendique des preuves d'amour ou voit ses espoirs déçus. Perrier la décrit comme une phase de désespoir et de vindication.

L'élément orgueil du sentiment générateur du postulat participe à ce vécu d'humiliation face au dédain de l'Objet.

Les préjudices actuels – bien qu'imputables uniquement au sujet lui-même –, et anciens – très souvent fictifs – réalisent une base persécutoire favorable à la quérulence et au ressentiment. Le sujet peut se sentir dépossédé de son Objet, les idées de jalousie composant relativement bien avec le substratum passionnel de l'érotomanie. Le sujet peut se montrer quérulent, ce qui doit faire craindre l'évolution vers la phase de rancune.

Le désespoir et l'humiliation peuvent fréquemment mener le sujet à des vellétés suicidaires.

La phase de Rancune se caractérise par la réversion de l'amour en haine. Le sujet, dans un désir de vengeance, poursuit son Objet par des menaces et des harcèlements incessants. Il peut également, face à la persécution dont il se pense victime de la part des proches de l'Objet, devenir persécuteur à son tour.

Le risque de passage à l'acte sur l'Objet ou sur le tiers, fruit du drame passionnel que vit le sujet, constitue l'enjeu principal de cette dernière phase.

Un espoir inconscient demeure néanmoins durant ces phases de dépit et de rancune, les manifestations de haine dissimulant la persistance de l'élément amour. Maleval, reprenant Lacan, propose la notion d'*hainamoration* afin de décrire ce balancement, cette ambivalence des affects, entre amour et haine.

Ces deux dernières phases ne sont pas indispensables : nombre d'érotomanes demeurent au stade d'espoir sans connaître d'autre évolution. Henriette, patiente de Clérambault, présenta une érotomanie persistant à la phase d'espoir durant plus de 35 ans ; l'Adèle de Ferdière aima son Objet pendant une cinquantaine d'années.

L'érotomanie selon Clérambault est définie par un postulat fondamental : la conviction d'être aimé par un Objet de haut statut social qui a été épris le premier. Sur ce postulat fondamental vont se greffer les thèmes dérivés, congruent à la base passionnelle.

L'évolution se fait classiquement en trois phases, chacune étant caractérisée par un risque médico-légal particulier :

- l'Espoir harcelant,*
- le Dépit suicidaire,*
- la Rancune hétéro-agressive.*

1.3 Etiologies et pathologies associées

1.3.1 Erotomanie pure

Clérambault insiste sur la reconnaissance de deux formes distinctes d'érotomanies : il oppose une entité pure, primaire, aux érotomanies secondaires à d'autres pathologies.

Les cas purs sont caractérisés par l'intensité des sentiments amoureux ; le début est précisément datable, explosif tel un coup de foudre, et constitue ainsi le nœud idéo-affectif du délire.

La pureté des érotomanies primaires se mesure à l'absence de mécanismes autres que passionnels : l'idéation délirante ne dérive point d'hallucinations ou d'interprétations, un appoint imaginaire est toléré. Il est néanmoins possible de nuancer la position de Clérambault et d'accepter tant les interprétations favorables qu'un vécu hallucinatoire s'il n'est pas prédominant – notamment concernant les conversations indirectes avec l'Objet.

Il n'est pas retrouvé de thématique associée, l'ensemble de l'activité délirante est centrée sur l'Objet et le vécu amoureux.

L'Objet est unique et définitif, et la constance de l'attachement amoureux est marquée par sa très longue temporalité, comme en témoigne Adèle M. – Adèle *aime* – amoureuse du même prêtre presque toute sa vie. L'érotomanie pure est exclusivement passionnelle, et classiquement féminine.

Les érotomanies pures sont exemptes de polymorphisme, c'est-à-dire qu'elles surviennent comme affection primaire, princeps, sur un terrain vierge de toute autre pathologie mentale. L'érotomanie pure n'évolue pas vers une autre pathologie telle que la démence précoce de l'époque de Clérambault – correspondant à la schizophrénie actuelle. L'évolution est sommaire, l'érotomanie pure ne connaît donc d'autre transformation que sa diachronie classique, de l'espoir vers le dépit puis la rancune. Il s'agit bien pour Clérambault d'une entité absolue et autonome.

Ces érotomanies pures sont les plus rarement rencontrées en pratique – ainsi que dans la littérature médicale contemporaine et les classifications.

L'un des cas cliniques de Ferdière illustre parfaitement la clinique de l'érotomanie pure^a:

Adèle a 39 ans lorsqu'elle est admise à l'asile, en 1936.

L'Objet de son érotomanie est l'abbé W.

Elle date le début de leur amour à un jour de mai 1934, lors d'une confession. Adèle remarque alors que l'abbé lui témoigne beaucoup d'affection, il cherche les jours suivants à la revoir, il fait mine de la frôler par inattention. Le contenu de ses sermons s'adresse directement à Adèle, notamment lorsqu'il déclare « Je vous aime très fort » à la paroisse.

Bientôt, l'ensemble de la ville participe à leurs communications secrètes : « Nous communiquions aussi grâce à l'étalage de la fleuriste sur le trottoir : les fleurs rouges signifiaient amour vif, amour trop fort [...] Les gens me montraient bien de l'indifférence mais ils étaient dans l'entente et cherchaient à m'aider ». Adèle interprète également le contenu des journaux et envoie de nombreux courriers au prêtre.

Aux manifestations de rejet de l'abbé, elle oppose de nombreuses réinterprétations favorables : « Il m'a écrit pour m'engueuler, pour me dire de ne plus aller à la messe ; mais les mots étaient surchargés et ça voulait dire : ' c'est faux, je ne peux pas faire autrement et mon devoir commande, mais tâchez de me revoir ' ».

L'abbé W. fait intervenir le mari d'Adèle et les forces de l'ordre ; mais rien ne peut vaincre son incoercible espoir.

A l'asile, Adèle se désole : « Je suis très malheureuse de ne pas le voir ici [...] Il m'aime, j'en suis sûre, je n'ai pas besoin qu'on me le dise ; même s'il disait qu'il ne m'aime pas je ne le croirais pas... Il m'aime et me le prouve chaque fois que je le vois en se mouchant... Sans moi, il n'est rien, il ne peut rien ».

Ferdière s'étonne de l'évolution d'Adèle dans le service : « Depuis plus d'un an que nous la voyons, nous n'avons pas observé la moindre variation de son état mental ; elle conserve un espoir toujours aussi tenace et vraiment 'inusable' : chaque jour, le prêtre lui dit d'une manière particulière qu'il va venir la chercher ».

Adèle prévient : « Quand j'aurai 80 ans, je l'aimerai encore ; je n'ai jamais rencontré d'amour plus fort ». En effet, Dalle retrouve en 1988 Adèle à l'hôpital Sainte-Anne, alors qu'elle est

a Ferdière, 1937, pp73-79

âgée de 91 ans. Le prêtre-Objet est décédé, elle a tenu sa promesse et l'a toujours aimé. Adèle, devenue vieille femme digne, l'assure : « Je suis heureuse... »^a.

Le syndrome érotomaniaque d'Adèle recouvre les critères d'une érotomanie pure : le choc idéo-affectif, où Adèle prend conscience du désir du prêtre, est précisément datable ; il est le premier à l'aimer. L'Objet ne changera pas pendant les 54 ans que dure l'érotomanie d'Adèle. Le postulat fondamental est passionnel, il ne repose sur aucun mécanisme interprétatif ou hallucinatoire. Les interprétations favorables ne sont que secondaires. La thématique est uniquement centrée sur l'amour de l'abbé W.

Il n'est pas retrouvé de terrain pathologique pouvant générer le délire érotomaniaque.

Adèle incarne cette érotomanie pure, de par la force et la longévité de son amour. Dalle lui rend en ce sens hommage en lui empruntant l'une de ses formules afin de titrer son ouvrage :

« Mais bien que mon amour soit fou, ma raison calme les trop vives douleurs de mon cœur en lui disant de patienter et d'espérer toujours »^b.

Adèle M.

a Dalle et al., 1998, p22

b Ferdière, 1937, p78

1.3.2 Erotomanie secondaire

Les formes pures d'érotomanies s'opposent aux érotomanies dites secondaires, mixtes ou associées, bien plus fréquentes.

Ces formes secondaires seraient symptomatiques d'un trouble psychiatrique préexistant. Les auteurs classiques comme modernes retrouvent une forte association de l'érotomanie avec la schizophrénie, le trouble schizo-affectif ou les troubles bipolaires.

L'érotomanie peut également survenir comme prodrome de ces pathologies psychotiques, encore latentes. Clérambault alerte en ce sens sur un risque de confusion diagnostique avec une érotomanie pure : « Lorsque la précession est de plusieurs années, le syndrome peut par sa véhémence personnelle et le comportement qui en résulte, en imposer pour une érotomanie pure »^a.

Une étude de 1990 retrouve une majorité de diagnostics de schizophrénie parmi les érotomanes : il y aurait 43% de schizophrénie, 25% de trouble schizo-affectif, 7% de trouble bipolaire et 25% sans autre diagnostic^b.

Ferdière proposait une classification selon les différentes structures délirantes :

- le délire érotomaniaque paranoïaque : caractérisé par une argumentation rationnelle, irréductible, lucide ainsi qu'une tonalité agressive.
- le délire érotomaniaque paranoïde : le délire est de construction vague et incohérente, s'accordant aisément avec des idées de grossesse et de filiation.
- le délire érotomaniaque paraphrénique : état délirant parcellaire autorisant une excellente adaptation à l'environnement.
- le délire érotomaniaque de la psychose maniaco-dépressive : concomitantes aux phases de manie et d'hypomanie, les idées d'érotomanie sont teintées d'érotisme non déguisé et d'une conviction délirante variable.

a Clérambault, 1942, p373

b Rudden, 1990

L'érotomanie peut enfin être secondaire à diverses affections somatiques, telles qu'une démence sénile, un retard intellectuel ou une anomalie chromosomique ; des cas d'érotomanie sur syndrome de Klinefelter ou trisomie 21 ont été publiés.

L'analyse sémiologique des érotomanies secondaires permet de les différencier des formes pures. Les mécanismes peuvent être imaginatifs, interprétatifs ou encore hallucinatoires, sans base intuitive prépondérante. Peuvent s'y adjoindre, sur un mode d'extension irradiant, des thématiques de persécution et de mégalomanie.

L'érotomanie secondaire connaît de plus des particularités dans le choix de l'Objet. Il n'est pas retrouvé de choc idéo-affectif, caractéristique de l'érotomanie pure. Le choix de l'Objet se fait sur la base de déductions délirantes, le début n'est pas nettement marqué dans le passé. Les variations d'Objet peuvent être successives comme simultanées.

Les érotomanies secondaires sont les plus fréquemment rencontrées en pratique.

Clérambault illustre l'érotomanie secondaire par le biais de Clémentine, 50 ans^a.

Clémentine nourrit un délire érotomaniaque à l'égard d'un prêtre. Elle en est à la phase de dépit lorsqu'elle est internée, en 1921, suite à de nombreux scandales à l'église.

Le prêtre S. l'aime, souhaite l'épouser, il lui verse une pension et lui paye un appartement ; il la « suggestionne » constamment. Elle a appris qu'elle était ainsi entretenue « par une voix ou par une transmission psychique ». Actuellement, le prêtre ne l'aide plus, « la laisse mourir de faim ». Clémentine est à la phase de dépit, elle nie tout sentiment amoureux et toute intention de l'épouser.

Chez Clémentine s'associe à l'érotomanie des thématiques de jalousie – le prêtre est entouré de femmes peu recommandables –, de persécution – il existe un complot contre elle, fomenté par un autre prêtre et elle refuse de s'alimenter par crainte d'empoisonnement –, et de mégalomanie – sa mère est un ange, le Procureur Général est l'un de ses parents.

Clémentine souffre d'hallucinations acoustico-verbales qui alimentent son vécu de persécution : le prêtre lui « parle à distance » ; Clérambault note également des fausses reconnaissances.

a Clérambault, 1942, pp349-356

Interrogée – ou plutôt *actionnée* – par Clérambault devant la Société Clinique, Clémentine laisse éclater un espoir inavoué et la persistance de son exaltation amoureuse.

Clémentine présente un délire érotomaniaque complexe, associé à de multiples thématiques et de multiples mécanismes ; interprétations et hallucinations sont à la base de l'idée érotomaniaque. Le choix d'Objet ne résulte pas d'un choc idéo-affectif, Clémentine apprend l'intérêt du prêtre par le biais de ses hallucinations.

Clémentine ne semble pas souffrir d'autre pathologie avant l'éclosion de ce délire polymorphe. Clérambault suppose néanmoins que le délire va s'étendre sur une thématique de persécution plus générale ; elle souffrirait donc d'une érotomanie secondaire prodromique.

1.3.3 Erotomanie borderline

Plusieurs auteurs militent pour la reconnaissance d'une troisième forme d'érotomanie, non psychotique, sous diverses appellations.

Meloy décrit cette troisième catégorie clinique d'érotomanie, qu'il nomme *borderline erotomania*, correspondant à l'association d'un trouble de personnalité avec un attachement obsessionnel à l'objet. Il s'agit d'un trouble de l'attachement sans perte de contact avec la réalité, le sujet n'est ni psychotique ni délirant. L'érotomanie borderline ne recouvre pas systématiquement un trouble de la personnalité constitué de type borderline, mais des traits borderlines sont fréquemment retrouvés, au même titre que des traits histrioniques, psychopathiques, narcissiques et paranoïaques.

L'érotomane psychotique a perdu les représentations des limites entre les personnes ; il est persuadé d'un lien fusionnel avec son objet alors qu'il n'y a bien souvent aucune relation antérieure. Dans l'érotomanie borderline, un lien préalable existe entre le sujet et son objet, bien que ce ne soit pas nécessairement une relation amoureuse passée. La séparation d'avec l'objet est vécue comme un abandon, qui n'est pas tolérable pour le sujet. Le soupirant a conscience de ne pas être aimé en retour, mais une perturbation majeure de son attachement le pousse à perpétuer ses poursuites érotomaniaques. Les défenses de type borderline oscillent entre manipulation consciente des faits – tel cet homme qui prenait des photographies de son objet à son insu pour ensuite les présenter à ses amis comme preuve de leurs activités communes – et authentique déni de réalité.

Meloy insiste sur un risque de passage à l'acte violent bien supérieur à celui de l'érotomanie classique.

Mullen et Pathé définissent la *pathological infatuation*, définie par quatre critères :

- Le sujet voue un engouement intense pour un objet, sans conviction d'être aimé en retour.
- L'objet n'a rien fait pour encourager le sujet, ou a clairement opposé sa désapprobation.
- Le quotidien du sujet est fortement perturbé, tous ces comportements tournant autour de l'objet.
- Le sujet estime sa quête légitime et espère un dénouement couronné de succès.

Les idéations du sujet sont accompagnées de comportements de poursuite, pouvant être intrusifs.

Les auteurs proposent comme exemple clinique le cas d'un homme de 36 ans, qui harcela une jeune fille par de nombreuses demandes en mariage, du jour où il la rencontra et ce pendant huit ans. Il la rencontre initialement en discothèque ; il la remarque immédiatement, elle est habillée en blanc, elle dégage une aura particulière : il la voit comme sa « God chosen bride »^a. S'amorce alors un long harcèlement, émaillé de nombreux cadeaux – tous refusés—et de coûteuses opérations de chirurgie esthétique visant à paraître plus séduisant aux yeux de son jeune objet. Il la poursuivra durant plusieurs années, bien qu'il puisse affirmer, lors des hospitalisations et des arrestations qui émaillèrent son parcours, qu'il avait conscience qu'elle ne l'aimait pas. Il espérait néanmoins qu'elle finirait par comprendre qu'ils étaient destinés l'un à l'autre.

Kestemberg théorise la *relation érotomaniaque*^b. Il s'agit d'une relation amoureuse portée par un dynamisme commun : « l'état de besoin d'un objet ». Selon les particularités des mécanismes de défense associés, la relation érotomaniaque s'étend de l'érotomanie délirante classique aux mouvements érotomaniaques transitoires et bénins, tels que l'érotisation du transfert ou les banales productions fantasmatiques ; « plus le degré de fantasmatisation inconsciente est intense, plus la réalité est déniée, plus nous sommes dans une position délirante ».

Au cœur de ce continuum, Kestemberg présente la notion de *toxicomanie d'objet*. Il illustre son propos par l'histoire de Bénédicte. Jeune femme diagnostiquée borderline, elle harcèle son médecin dont elle se dit amoureuse. Bénédicte « l'accable [...] d'un amour exigeant » que l'on peut rapprocher d'une érotomanie tant certains traits sont similaires : la poursuite harcelante de l'objet, l'obstination malgré les nombreuses interventions, le choix d'un objet de rang social élevé – symbole d'une figure maternelle rassurante et platonique. Bénédicte n'est pas délirante, elle est consciente que son médecin ne l'aime pas en retour et que ses poursuites sont vouées à l'échec. Elle a « besoin de l'objet comme un toxicomane a besoin d'une drogue ». Bénédicte multiplie les passages à l'acte suicidaires lorsque son objet lui échappe ; elle comble un vide angoissant en surinvestissant cette relation pathologique.

a Mullen et al., 2000, p139

b Kestemberg, 1962

Dans la toxicomanie d'objet comme dans le continuum de la relation érotomaniaque, l'objet n'existe que selon le besoin que le sujet en a.

Ces formes d'érotomanies *modernes*, ni délirantes ni psychotiques, ne sont pas sans rappeler certaines descriptions cliniques d'érotomanie de Magnan, Portemer et leurs contemporains, qui ne reconnaissaient pas le postulat fondamental comme essentiel.

L'individualisation de l'érotomanie borderline, portée par les auteurs anglo-saxons contemporains, s'inscrit dans la reconnaissance par les instances médico-légales des conduites de harcèlement ou de stalking, auxquelles elle est particulièrement associée.

L'érotomanie pure de Clérambault est rare ; elle constitue une entité distincte et autonome, exclusivement passionnelle.

Le délire érotomaniaque peut également survenir sur un terrain préalablement morbide. Les érotomanies secondaires sont délirantes, les érotomanies borderlines sont marquées par un fort trouble de l'attachement, sans conviction délirante : le postulat fondamental est absent.

La qualité de la personnalité pré-morbide du sujet aura une influence sur le risque de passage à l'acte de l'érotomane.

1.4 Epidémiologie

Selon les auteurs classiques, les femmes seraient les plus touchées. Les certificats de Clérambault concernent une majorité de femmes (80%), âgées de 20 à 60 ans. Un auteur anglais, Hart, évoque *l'Old Maid's Insanity*, considérant la période de pré-ménopause comme particulièrement à risque. Ferdière y voit une sorte de *démon de midi*, ces femmes cherchant dans leur amour délirant une ultime satisfaction. L'objet est un homme plus âgé, de statut prestigieux. L'érotomanie homosexuelle serait plus fréquente chez la femme.

Les études récentes tendent néanmoins vers un relatif équilibre hommes/femmes. De Portugal et al., en 2008, retrouvent 60% de femmes parmi les érotomanes. Les érotomanies masculines sont donc loin d'être exceptionnelles. Segal propose une explication : les femmes seraient de plus en plus nombreuses dans les professions dites prestigieuses, répondant ainsi à l'image classique de l'objet de haut statut social. Néanmoins, d'autres auteurs remarquent une mutation des caractéristiques de l'objet chez les hommes : le statut social est moins important que dans l'érotomanie féminine, l'objet serait plus fréquemment une femme jeune et sexuellement attirante. Une autre explication à ce choix d'objet particulier pourrait également être la fréquence plus élevée chez les hommes des formes secondaires d'érotomanie, dans lesquelles la clinique est moins classique.

Auteurs classiques et contemporains s'accordent sur l'isolement social dont ont à souffrir les érotomanes. Gagné propose en 1995 une synthèse des caractéristiques biopsychosociales de 42 hommes érotomanes ayant fait l'objet d'une publication depuis Esquirol. Le statut social est connu pour dix-neuf de ces hommes ; tous vivent tous seuls.

De Portugal et al. retrouvent 75% de célibataires parmi les sujets, tous sexes confondus.

L'érotomanie représenterait environ 1% des troubles délirants persistants ; la rareté du trouble interdit cependant toute donnée rapportée à la population générale.

L'érotomane est classiquement une femme d'un certain âge, vivant seule.

La solitude ou du moins l'instabilité des relations affectives semble être une caractéristique majeure des érotomanes.

Les érotomanies masculines connaissent un choix d'objet particulier : plus qu'un personnage de haut statut social, il s'agit plus souvent d'une jeune femme attirante.

La description détaillée de la clinique met en évidence le fil conducteur du tableau érotomaniaque : l'ensemble de la symptomatologie s'attache à préserver l'illusion de possession de l'objet.

Le chapitre suivant cherchera à comprendre comment cette impérieuse nécessité du lien à l'autre trouve sa place dans l'économie psychique du sujet.

2. APPROCHE PSYCHOPATHOLOGIQUE DE L'EROTOMANIE

2.1 La solution délirante

La production délirante – et quel qu'en soit le thème – peut être appréhendée non seulement en tant que manifestation d'un processus pathologique, mais comme un mécanisme de défense particulier du champ de la psychose. Le délire aurait donc plus qu'une logique, une véritable fonction ; chaque thérapeute connaît bien le risque d'une psychose *trop bien traitée* : « à vouloir dissiper le délire trop activement on amène le sujet à la réticence, voire à la dépression, si ce n'est au passage à l'acte »^a.

Plusieurs auteurs soutiennent cette hypothèse de la *fonction délirante*.

Les psychiatres classiques, tels Falret, Magnan et Lasègue, introduisent la notion de séquence du délire. La première phase serait une phase d'*incubation*, marquée par l'apparition d'un sentiment d'angoisse, de malaise indéfinissable, source de phénomènes interprétatifs peu construits. L'incubation est suivie d'une seconde phase de *systématisation* autour d'une thématique délirante, qui permet de reconstruire ce vécu de malaise général et de trouver une explication rationnelle à ces souffrances.

La psychanalyse lacanienne contemporaine adhère à cette hypothèse : Maleval construit une « échelle des délires »^b – via 4 phases de P0 à P3 – véritable dynamique de la fonction délirante. P0, « délocalisation de la jouissance et perplexité angoissée », n'est pas sans rappeler la phase d'incubation des psychiatres classiques, le moment fécond de Lacan et le concernement de Grivois. P1, P2 et P3, « tentative de significantisation, identification et consentement à la jouissance de l'Autre », se différencient par une systématisation de plus en plus complexe de la construction délirante et un amendement progressif de la charge anxieuse, suivant les tableaux cliniques respectivement paranoïde, paranoïaque, et jusqu'à l'apaisement ultime du paraphrène, en « plein accord avec la néo-réalité qu'il a construite ».

Freud théorise le *travail du délire* – en écho au travail du rêve – à partir de l'analyse du délire paranoïaque comme solution défensive contre des conflits intra-psychiques. Ces conflits

a Maleval, 2000, p7

b *Ibid.*, p116

menacent le sujet d'un effondrement narcissique et ne peuvent être résolus par les défenses névrotiques classiques. Ce sont donc des défenses plus archaïques, déni et projection, qui sont mises en place. La réalité, inacceptable pour le sujet, est déniée ; il construit alors une néo-réalité délirante pour se protéger de cette représentation intolérable.

Lacan, dans sa thèse, se saisit également de cette notion de conflit déterminant dans la genèse de la psychose. Il estime qu'il existe trois prééminences dans le processus psychotique : la personnalité antérieure, la présence d'un conflit et le lien direct entre ce conflit et l'histoire affective infantile. L'enfance du sujet, et notamment la qualité de ses liens objectaux, est donc fortement impliquée dans la constitution du processus délirant.

La séquence classique du travail du délire serait donc la suivante : un conflit intra-psychique génère une forte angoisse dont le sujet, n'ayant pas les capacités pour y faire face autrement, se défend par la solution délirante.

Nacht et Racamier poursuivent cette réflexion dans *La théorie psychanalytique du délire* en 1958. Ils y présentent le délire comme « solution plus ou moins stable d'une situation de conflit psychique », s'opérant selon une séquence particulière, la « séquence fondamentale conflit-peur-délire »^a.

Chaque individu est confronté à des conflits intra-psychiques, qui sont cependant de nature différente selon la structure psychique du sujet. Si le conflit névrotique s'opère entre le moi – au service du surmoi – et le ça, la psychose est le théâtre d'un conflit entre le moi et le monde extérieur. Le conflit classique dans l'émergence de la psychose sera donc la perte par le sujet de son objet privilégié, sur lequel il s'étaye dans une relation de nature pré-objectale, garante de son intégrité narcissique. Incapable de réinvestir son énergie libidinale ailleurs, le sujet vit la perte comme un arrachement et s'abîme dans une angoisse sans borne.

Le sujet psychotique est alors confronté à des angoisses massives et intenses désorganisant quasi totalement sa psyché. Cette angoisse, retrouvée sous diverses dénominations selon les auteurs – angoisse de néantisation de Kestemberg, agonie primitive de Winnicott, terreur sans nom de Bion – met en péril l'intégrité psychique du sujet : il s'agit d'un terrifiant et inélaborable vécu d'impuissance, bien au-delà de l'angoisse névrotique, confinant à

a Nacht et Racamier, 1958, p475

l'effondrement narcissique et à la mort psychique. La cohésion interne et le sentiment de sa propre existence sont fortement menacés. Ces angoisses désintégrant font le lit des états primordiaux du délire.

Face à de telles angoisses, les modalités défensives névrotiques, lorsqu'elles sont susceptibles d'advenir, sont mises en échec. Le sujet va se prémunir de cette menace d'effondrement par le biais de mécanismes de défense archaïques tels que le déni, le clivage, la projection et le délire, qui intervient comme ultime mouvement défensif : « mieux vaut délirer que mourir »^a. Le délire tente de contenir une cohésion interne vacillante en structurant le monde extérieur, en lui donnant un sens, une signification. Le travail du délire est de rétablir une relation avec le monde environnant, une néo-réalité. Il redonne au sujet une raison d'exister : quand bien même la relation à l'autre est vécue sur un mode persécutif, elle offre malgré tout une garantie narcissique et constitue une tentative de guérison.

Si le délire paranoïde échoue à neutraliser totalement l'angoisse néantisante, le délire paranoïaque constitue un « échafaudage défensif élaboré qui recouvre toute angoisse primordiale désorganisatrice »^b.

La solution délirante, si elle fait appel aux mécanismes de défense privilégiés du champ de la psychose, n'est pas pour autant spécifique aux structures psychotiques, et peut volontiers advenir sur une structure névrotique. Lorsque les défenses névrotiques sont dépassées, des manifestations d'allure psychotique peuvent survenir ; folie hystérique, état crépusculaire : le délire est une également une solution défensive dans la névrose.

La thématique du délire ne semble pas dénuée de sens, mais correspondrait aux « produits 'métabolisés' et *déguisés* de la vie inconsciente »^c. La solution érotomaniaque en particulier consiste en la création d'un objet imaginaire, une relation illusoire et idéale. Le délire érotomaniaque maintient une forme de relation à l'objet et vient garantir l'unité psychique. L'objet est nécessaire à la survie de l'érotomane, comme le paranoïaque persécuté a *besoin* de son persécuteur.

a Racamier, 1989

b Letuvé, 2001

c Nacht et Racamier, 1958, p453

L'analyse du cas Schreber illustre ce rôle défensif du délire.

Les troubles de Schreber débutent lorsqu'il est nommé Président de la cour d'Appel de Dresde. Probablement source de conflit vis à vis de son propre père, cette nomination est concomitante aux essais procréatifs infructueux du couple. Il est, au début de sa maladie, en proie à des angoisses terrifiantes : il a des visions de fin du monde, craignant une glaciation par retrait du soleil ou encore un tremblement de terre. Selon Freud, cet angoissant vécu de « fin du monde est la projection de cette catastrophe intérieure »^a. Schreber est alors confronté à des angoisses psychotiques d'anéantissement interne, associées à des phases de stupeur catatonique.

Son état psychique évolue ensuite vers un vécu délirant floride centré autour de sa relation érotomaniacale à Dieu, il est destiné à repeupler le monde et à lui offrir le salut ; son état se stabilise, le délire a permis de structurer le monde, de garantir une place et un rôle définis à Schreber. Il retrouve alors un fonctionnement cognitif et social satisfaisant – ce qui est attesté par les diverses expertises médicales réalisées. Le délire de Schreber a connu une véritable mutation, de l'angoisse perplexe initiale à la suture mégalomaniacale.

Le délire est une tentative de guérison pour le sujet en proie à des conflits intra-psychiques provoquant des angoisses cataclysmiques. La néo-réalité ainsi créée protège le sujet en lui redonnant une place et une fonction dans un environnement extérieur auparavant terrifiant et insensé.

La logique inhérente au délire diffère cependant selon les sujets, et est ainsi susceptible de répondre à des conflits intra-psychiques spécifiques.

a Freud, 1911, p467

2.2 Les spécificités du délire érotomaniaque

2.2.1 Défense contre des blessures narcissiques

Clérambault, lorsqu'il brosse le portrait de l'érotomane, insiste sur la prééminence de l'élément orgueil, qu'il définit comme l'un des sentiments générateurs du postulat fondamental. Selon lui, l'orgueil préside même au sentiment amoureux dans la genèse du délire érotomaniaque.

Or, le tableau d'un sujet mû par un orgueil excessif contraste fortement avec les caractéristiques psychosociales des érotomanes, telles qu'elles sont décrites tant chez les auteurs contemporains que plus anciens. Perrier notait un « statut narcissique précaire »^a ; les études récentes s'accordent sur une anamnèse marquée par la pauvreté des relations affectives et par une insertion sociale médiocre, assorties d'une certaine mésestime de soi. La problématique narcissique semble donc centrale dans la compréhension de l'érotomanie.

Le sujet, déjà fragilisé par des assises narcissiques défailantes, va être confronté à un vécu d'infériorité voire d'humiliation ; citant Kretschmer, Lacan estime que « l'expérience originale qui détermine la psychose, est celle qui révèle au sujet 'sa propre insuffisance, l'humilie sur le plan éthique' »^b.

Le délire intervient comme compensation idéo-affective d'un sentiment d'infériorité et de faiblesse. Déjà décrit par Kraepelin, Mignard et Montassut en donnent la définition suivante : « Nous entendons, par délire de compensation, un système délirant réactionnel créé par le psychisme pour suppléer à quelque insuffisance (physique, psychique, sociale ou religieuse) trop vivement ressentie... Ces délires de compensation peuvent notamment se produire par réaction à certaines situations sociales dans lesquelles le sujet ne trouve pas la satisfaction de certains besoins et qui réalisent, de la sorte, un état d'inadaptation ou de désadaptation mentales »^c.

a Perrier, 1967, p138

b Kretschmer, 1927, cité par Lacan, 1932, p92

c Ferdière, 1937, p158

L'érotomane en devenir va se défendre de ces blessures narcissiques par la solution délirante.

Le délire érotomaniaque va renarcissiser le sujet en le plaçant en position d'être aimé et désiré. L'objet, choisi de haut rang social, valorise le sujet par ses qualités supérieures, qu'elles soient réelles ou fantasmées : « on aime l'objet pour les perfections qu'on souhaite à son propre moi et on cherche par ce détour à satisfaire son propre narcissisme »^a.

Le sujet érotomaniaque va se protéger de cette expérience contrariante en niant la réalité de l'échec et en s'adonnant à des fantaisies de grandeur. Cette relation idéalisée ne se heurte pas à l'épreuve de réalité, elle n'est jamais mise en défaut, du moins durant la phase d'espoir.

a Freud, 1921

2.2.2 Défense contre un conflit libidinal

Freud propose une première théorie psychanalytique du délire dans *Le président Schreber, remarques psychanalytiques sur un cas de paranoïa décrit sous forme autobiographique* (1911). Il s'appuie, pour étayer sa théorie, sur l'analyse du journal du Président Schreber, *Les mémoires d'un névropathe* (1903); Schreber expose lui-même dans ce récit autobiographique les détails de son délire paranoïaque.

Le mécanisme de défense prépondérant dans la psychose paranoïaque est la projection, qui consiste à attribuer à l'autre ce qui n'est pas admissible en soi : *ce n'est pas moi qui ressens cela, c'est l'autre qui le ressent*. Freud explique que la « perception interne est réprimée et, comme substitut de celle-ci, son contenu arrive à la conscience en tant que perception venant de l'extérieur, après avoir connu une certaine déformation »^a. Il ne s'agit pas là du refoulement névrotique d'une représentation inacceptable ; la sensation interne est annulée, supprimée, puis fait retour de l'extérieur. Selon Freud, cette perception interne intolérable a pour objet une motion libidinale de nature homosexuelle. La rébellion contre ce souhait homosexuel provoque un conflit morbide qui engendre à son tour les manifestations pathologiques – selon la séquence fondamentale conflit, angoisse, délire.

Freud construit, dans son analyse du Président Schreber, une théorie reposant sur la structure langagière du délire. Il propose une logique des délires paranoïaques fondée sur la transformation grammaticale d'une proposition initiale : *Moi [un homme], je l'aime [lui, un homme]*. La proposition subit une négation puis une projection.

Les différentes formes de paranoïa vont chercher, par le délire, à opposer la meilleure contradiction possible à ce postulat de base et ainsi se défendre contre une pulsion libidinale homosexuelle intolérable pour le conscient du sujet.

Dans le délire de persécution, le sujet se défend par la contradiction du verbe. *Je l'aime* devient tout d'abord *je le hais*. Cependant, le paranoïaque ne peut conscientiser une telle perception interne. Le mécanisme de projection va donc remplacer l'affect interne par une perception venant de l'extérieur. Ainsi *je l'aime, non je le hais*, devient *je le hais PARCE QU'il me persécute*. Le persécuteur est donc l'être aimé : l'affect d'amour éprouvé de l'intérieur est transformé en une perception extérieure de haine.

a Freud, 1911, p462

Dans le délire érotomaniaque, la défense se fait par le biais de la contradiction de la nature de l'objet. La perception interne d'affect amoureux subit plusieurs transformations ; premièrement *j'aime cet homme* devient *j'aime cette femme* puis, après mécanisme de projection, *j'aime cette femme PARCE QU'elle m'aime*. Les deux derniers temps, n'étant pas antinomiques, peuvent coexister dans la conscience du sujet.

Le délire de jalousie opère une contradiction du sujet de la proposition initiale. *J'aime cet homme* devient *c'est elle qui aime cet homme*. Il s'agit bien là encore de la transformation d'une perception interne en la perception externe des velléités d'infidélité de la compagne.

La projection disparaît, la négation suffisant d'elle-même à projeter l'affect hors de soi.

Enfin, la récusation du postulat initial peut être globale, *j'aime cet homme* se muant en *je n'aime personne*, ce qui équivaut à *je n'aime que moi*. Il s'agit du délire mégalomaniaque ou délire de grandeur.

Lagache propose à son tour, dans *Erotomanie et Jalousie* en 1938, de comprendre la projection érotomaniaque comme défense contre un conflit de nature libidinale, plus précisément contre des pulsions coupables d'infidélité. Il reprend ainsi l'interprétation psychanalytique de la jalousie : le jaloux délirant projette sur son partenaire ses propres désirs d'infidélité, se protégeant ainsi de son sentiment de culpabilité. Le délire érotomaniaque opère selon le même mécanisme. C'est l'objet qui est épris et qui fait des avances ; le sujet, n'étant pas à l'initiative de cet amour, n'est donc ni responsable ni culpabilisé.

2.2.3 Lutte contre un deuil impossible

Le sujet sain, lorsqu'il perd son objet d'amour, entre dans un processus de deuil. Confronté à la réalité de l'absence, il n'a d'autre choix que de déplacer ses investissements libidinaux vers une représentation mentale de l'objet perdu. Il s'agit d'un processus similaire à celui à l'œuvre dans l'établissement de l'objet transitionnel chez l'enfant ; s'il peut convoquer une image mentale de sa mère, le petit enfant va tolérer son absence temporaire. Cette intériorisation symbolique d'une imago maternelle correspond au processus de l'introjection. L'hyper-investissement des souvenirs permet le retrait de la libido de l'objet perdu, et ainsi la possibilité d'investir plus tard de nouveaux objets. Ce travail de deuil ne peut néanmoins s'accomplir qu'à la condition du bon accomplissement du deuil originaire. Théorisé par Racamier, il s'agit du processus psychique par lequel le moi de l'enfant renonce à la possession totale de l'objet et à la fusion symbiotique et accède ainsi aux relations objectales.

Le sujet psychotique ne peut effectuer ce travail de désinvestissement, le deuil et le processus dépressif lui sont impossibles. En effet, les relations objectales du psychotique sont profondément altérées ; l'achoppement du deuil originaire maintient le sujet dans une fusion narcissique à son objet primaire. Le sujet et l'objet demeurent confondus, quasiment indifférenciés, rappelant la phase d'union symbiotique du nourrisson à sa mère. En lieu et place du processus d'introjection, le fantasme d'incorporation prétend nier la réalité de la perte. Si l'objet vient à manquer, le sujet s'effondre dans une angoisse archaïque, n'étant pas en capacité de réinvestir son énergie libidinale ailleurs.

Le sujet va se prémunir de cette menace d'effondrement par l'investissement sur un mode narcissique d'un objet imaginaire et idéalisé. Le délire érotomaniaque garantit la permanence – certes illusoire – de l'objet, confortant ainsi pour le sujet son rapport au monde et à soi.

2.2.4 Défense contre un conflit œdipien

Outre sa valeur de réassurance narcissique, le choix d'objet de l'érotomane questionne par sa flagrante apparence œdipienne.

En première lecture, l'objet classique de la femme érotomane – homme mûr, prêtre ou médecin – en appelle à une figure paternelle ; le prêtre est fréquemment appelé *Mon Père*, le médecin traditionnel est dit *paternaliste*. L'objet est un imago incestueux, son caractère paternel est indiscutable. Or l'incestuel infiltre bien souvent l'anamnèse des sujets érotomanes. L'investissement massif de cet imago paternel peut alors être interprété comme défense contre un « père équivoque et souvent trop réellement caresseur »^a entraînant le sujet dans une conflictualité œdipienne intolérable. Le délire érotomaniaque aurait donc pour but d'investir une représentation paternelle idéalisée, sans danger de réciprocité d'ordre sexuel – l'inaccessibilité de l'objet étant constante – afin de contrer ce fantasme œdipien conflictuel.

La Dorothee de Kestemberg illustre cette théorie :

« L'objet de ses amours, M. Z..., était de par son âge et ses fonctions, une représentation paternelle. En outre, lorsque son père voulant quitter sa mère, lui propose de vivre avec elle, Dorothee fait un épisode morbide, dépressif, de repli dont elle sort en s'éprenant de M. Z... [...] En effet, pour lutter contre la réalité ainsi apportée à ses fantasmes œdipiens, Dorothee ne peut investir qu'une représentation paternelle imaginaire, avec laquelle toute réalisation est exclue, mais qui pourtant lui apporte satisfaction et chaleur »^b.

Si la relation érotomaniaque vient apaiser la culpabilité œdipienne, la littérature psychanalytique note l'étroite proximité objet érotomaniaque et imago maternel. Lagache met en exergue l'intense fixation de l'érotomane à la mère ; Kestemberg confirme que « quel que soit le sexe de l'objet recherché, c'est toujours de l'objet maternel dont il est question en dernière analyse »^c. L'homme de Bien de Perrier, outre ses caractéristiques paternelles, évoque bel et bien un substitut maternel : objet secourable, il prodigue soins et bienveillance au sujet.

a Perrier, 1967, p131

b Kestemberg, 1962

c *Ibid.*

Le véritable conflit à l'origine de la défense érotomaniaque serait donc la relation à la mère, sous la forme d'une oedipification archaïque et prégénitale. L'aspect œdipien de la représentation paternelle fantasmatique est le fruit du déplacement d'un conflit de culpabilité vis-à-vis de la figure maternelle toute-puissante et dévorante. Ce pseudo-œdipe permet de préserver tout en la contrôlant la relation à la mère, premier objet d'amour.

Le sujet érotomane n'a connu que des relations pré-objectales faites d'étayage réciproque et fusionnel. La perte de l'objet provoque donc des angoisses archaïques de morcellement chez un sujet qui n'est pas en mesure de se déprimer.

Le sujet va se défendre de cette menace d'effondrement par l'investissement massif d'une relation idéalisée à un objet, confortant ainsi son rapport au monde et à soi tout en compensant des failles narcissiques anciennes.

L'aspect œdipien de l'objet de l'érotomane serait une défense contre des imagos parentales incestueuses. La relation idéalisée à l'objet-parent offre bienveillance, amour et réconfort tout en prémunissant le sujet des dangers d'un lien trop étroit au père – œdipe réalisable – ou à la mère – relation dévorante.

Le délire érotomaniaque apparaît comme une solution défensive nécessaire voire indispensable à la garantie d'un certain équilibre psychique.

Le chapitre suivant va analyser les passages à l'acte violents, par le prisme de leur propre fonction défensive et de leurs caractéristiques criminologiques.

3. LES PASSAGES A L'ACTE DANS L'EROTOMANIE

3.1 Hypothèses psychopathologiques

3.1.1 Les passages à l'acte

La notion de passage à l'acte revêt une ambiguïté sémantique induite par la pluralité tant des disciplines d'étude que des auteurs et de leurs traductions. Si le champ de la psychiatrie définit le passage à l'acte comme une conduite impulsive, violente et agressive, la psychanalyse développe une terminologie complexe autour de la notion d'*acte*.

Freud emploie le terme d'*agieren*, habituellement traduit par l'expression de *mise en acte*, pour caractériser les phénomènes de répétition du refoulé – pulsions, fantasmes et désirs inconscients – essentiellement dans le cadre de la cure psychanalytique : ce qui ne peut se dire se décharge par le biais d'un acte.

L'*acting out* est défini comme la marque de l'émergence du refoulé. Il s'agit de la mise en scène, de la monstration d'une énonciation et d'une élaboration psychique impossibles. L'*acting out* a valeur d'adresse relationnelle, le sujet est en attente d'une réponse et d'une aide à la verbalisation de ses conflits.

Le *passage à l'acte*, dans sa définition strictement psychanalytique, ne reconnaît aucun interlocuteur, la dimension de recherche relationnelle en est totalement absente. Le passage à l'acte violent tente de maîtriser un débordement d'angoisse par un sentiment d'omnipotence et de contrôle de l'autre, au détriment de celui qui en est la cible. Le passage à l'acte a une fonction résolutoire face à l'angoisse du sujet.

Dernier terme fréquemment retrouvé dans les travaux psychanalytiques, l'*agir* renvoie à une large variété symptomatique tout en demeurant neutre et sans connotation particulière dans la distinction passage à l'acte / *acting out*.

Quelle que soit la terminologie exacte, le passage à l'acte renvoie toujours à la notion de violence : « une violence agie fait habituellement suite à la peur d'une violence subie, réelle ou imaginaire, mais qui fait vivre au Moi un sentiment de dépossession de lui-même »^a.

a Jeammet, 2005

Les travaux psychiatriques et criminologiques précisent en outre les spécificités des passages à l'acte selon le contexte psychopathologique dans lequel ils surviennent. Dans la psychose, la violence est étroitement liée au vécu délirant : « le délire est ici considéré comme un effort rationnel du sujet pour expliquer ces expériences [interprétations menaçantes], et l'acte criminel comme une réaction passionnelle dont les motifs sont dominés par la conviction délirante »^a.

La dynamique du passage à l'acte du schizophrène peut se lire en quatre étapes, des agirs mineurs jusqu'à la conclusion homicide :

- la première étape est la naissance de la situation dangereuse : les frustrations et échecs sociaux vont être vécus dans la subjectivité du schizophrène comme d'authentiques menaces à son intégrité psychique et physique.
- le schizophrène va rechercher les causes de cette situation dangereuse par le biais de la pluralisation : tout devient dangereux, et de la concrétisation : de la menace diffuse au persécuteur désigné.
- il va tenter de résoudre la situation de danger par divers moyens ; éloignement : fugue, voyage pathologique, tentative de suicide ; affrontement : menaces ou demande d'aide auprès de la police, la justice, la psychiatrie ; ou annulation de la situation dangereuse : construction délirante d'invulnérabilité.
- l'homicide devient l'ultime solution défensive, après l'échec de toutes les tentatives antérieures.

Le passage à l'acte du paranoïaque répond quant à lui à deux dynamiques distinctes :

- le sujet peut se défendre d'une angoisse paranoïde d'anéantissement : quand la projection paranoïaque échoue, la menace externe se réinternalise et le sujet s'effondre dans un abyme de destruction. Le passage à l'acte est une tentative de survie qu'il prépare, exécute et revendique sans regret ni culpabilité : *'c'est l'autre qui a commencé'*.
- la lutte contre une angoisse de déplétion narcissique se traduit fréquemment par un suicide accompagné : la dimension altruiste en est totalement absente, les représentations associées au geste sont de l'ordre de la vengeance ou de l'union éternelle dans la mort après l'acte. Le sujet est persuadé d'être la victime véritable, poussée à cette extrémité par l'autre.

a Lacan, 1975

Le passage à l'acte de l'érotomane répond lui-même à une dynamique particulière.

L'analyse de plusieurs vignettes cliniques tirées de la littérature permet de dégager deux registres psychopathologiques du passage à l'acte de l'érotomane, corrélés aux stades évolutifs de Clérambault : l'espoir générateur d'une revendication amoureuse harcelante et parfois violente, puis le dépit et la rancune dont le sujet se défend par une véritable rage narcissique.

3.1.2 Revendication amoureuse violente

Les passages à l'acte sont fréquemment le fruit des comportements de poursuite du sujet érotomane. L'exaltation inhérente à la phase d'espoir pousse le soupirant à solliciter les faveurs de son objet avec acharnement, allant jusqu'au harcèlement caractérisé. Le sujet va faire preuve de son inusable amour, parfois via des extrémités dramatiques, comme en témoigne la tentative d'assassinat du Président Ronald Reagan par John Hinckley Jr. en 1981. Hinckley nourrissait depuis 1976 un délire érotomaniaque à l'encontre de Jodie Foster qui, alors âgée de treize ans, venait de débiter sa carrière d'actrice avec le film *Taxi Driver* : Jodie Foster y jouait le rôle d'Iris, jeune prostituée sauvée par Travis Bickle. Travis – Robert de Niro – après avoir tenté d'assassiner un sénateur, abat par arme à feu le proxénète d'Iris, la libérant ainsi de la prostitution et se libérant lui-même d'une douloureuse quête existentielle. Lassé de ne pas recevoir de réponse favorable aux nombreuses lettres qu'il envoie à la jeune actrice, Hinckley forme le projet, selon ses propres termes, de « commettre le crime ultime dans l'espoir de gagner le cœur d'une fille »^a. Il blesse quatre hommes dont le président Reagan lors de la fusillade qu'il rêvait comme « une démonstration d'amour sans précédent »^b. Lui qui avait visionné le film à de nombreuses reprises semble s'être inspiré des méthodes violentes de Bickle, espérant accéder au même statut de héros, reconnu pour sa bravoure par la jeune Iris-Jodie – confusion manifeste entre fiction et réalité.

Portemer avait lui-même décrit cette modalité de passage à l'acte, le sujet cherchant à tout prix à faire comprendre à son aimé qu'il n'a pas d'autre choix que de l'aimer : « L'érotomane, amoureuse psychique, s'exaspère devant les obstacles qu'on lui oppose, l'indifférence qu'on lui témoigne et il n'est pas rare que cette exaspération se résolve en menaces et même que l'obsédé s'abandonne à des actes violents contre l'aimé *qui ne veut pas comprendre* »^c. Ferdière confirme cette hypothèse d'une quérulence « mitigée par l'espoir et l'esprit de conciliation »^d.

a Goldstein, 1987

b *Ibid.*

c Portemer, 1902, p50

d Ferdière, 1937, p151

L'espoir persiste donc bel et bien, et constitue le *mobile* du passage à l'acte, malgré les violences dont fait preuve le sujet.

3.1.3 Passages à l'acte défensifs

Les passages à l'acte peuvent également être considérés comme tentatives de défense psychique.

L'ébauche d'étude psychopathologique du délire érotomaniac met l'accent sur le rôle de sauvegarde de l'unité psychique qui repose sur l'objet. Le maintien de cette relation fusionnelle fantasmée – l'objet n'a pas de valeur complète sans le soupirant, et vice versa – est donc l'enjeu primordial de l'évolution du délire érotomaniac.

Afin de sceller définitivement ce lien indéfectible avec l'objet, l'érotomane se résout parfois au passage à l'acte. Sa mort, celle de l'objet ou encore les deux résolvent une fois pour toutes le risque de rupture : objet et sujet sont à jamais unis dans la mort. « C'est ainsi que le meilleur objet passionnel est en définitive un objet mort ; mort il devient parfaitement immuable et maniable... »^a. Cette dynamique s'intègre dans le mouvement homicide plus large de la paranoïa, l'angoisse de déplétion narcissique, tel le paranoïaque qui tue son persécuteur quand il sent que celui-ci se dégage du conflit et lui échappe.

Le passage à l'acte aurait donc pour fonction de rétablir le fantasme d'attachement narcissique. Hinckley s'expliquait ainsi : son passage à l'acte lui permettait de « créer un lien avec elle pour presque toute sa vie »^b.

La marque de la violence signe la possession de l'objet par le sujet.

Ricardo Lopez, jeune homme de 21 ans, élabore ainsi en 1996 un projet d'homicide-suicide lui permettant d'être à jamais uni à l'objet de son amour obsessionnel, la chanteuse islandaise Björk. Depuis 1993, l'admiration sans bornes du *fan* évolue peu à peu vers un attachement quasi délirant que l'on pourrait qualifier d'érotomanie borderline, jusqu'à ce que la chanteuse médiatise sa nouvelle relation sentimentale, avec un homme qu'il n'approuve pas – alors que la précédente liaison de la jeune femme ne semblait pas occasionner la moindre jalousie. Lopez perd alors pied : enfermé dans son appartement dont les murs sont recouverts de photographies de la jeune femme, il se filme dans l'élaboration puis la mise en place concrète de l'homicide-suicide qui lui permettra « de s'unir à elle au

a Racamier, 1980

b Meloy, 1989

paradis », il se rêve comme son « ange de la mort »^a. Il envoie à la chanteuse un colis piégé à l'acide, censé la tuer ou au moins la défigurer. Il est retrouvé mort dans son appartement, avec plus d'une vingtaine d'heures d'enregistrements vidéo, dont la dernière met en scène son suicide.

Le risque de passage à l'acte est également majeur lorsque la réalité effracte la construction délirante protectrice du sujet. La confrontation à la réalité, à savoir l'indifférence de l'aimé – voire le sentiment de haine généré par la peur chez l'objet harcelé – n'est pas tolérable pour le sujet. Sa néo-réalité délirante garantit sa survie psychique ; le rejet provoque non seulement une intense humiliation narcissique mais également la recrudescence des angoisses de néantisation.

Cette prise de conscience du non-amour de l'objet est typiquement associée à la phase de rancune. Goldstein présente le cas de Sally, 39 ans, souffrant d'une schizophrénie avec une thématique érotomaniaque centrée sur son voisin. Ivre, elle agressa violemment cet homme avec une bouteille de whisky, lui occasionnant la perte définitive de l'usage de son bras gauche. Sally venait d'apprendre qu'il avait une compagne, qu'ils attendaient un enfant et qu'ils allaient déménager, ce qui provoqua chez elle d'intenses sentiments de trahison et de haine^b.

L'amour subit alors une réversion psychologique en haine ; l'objet jadis idéalisé est désormais dévalué afin de protéger le narcissisme du sujet contre la perte de l'objet. Mieux vaut tuer un objet dévalué et le garder en soi que le laisser partir, vaincu par une insupportable confrontation à la réalité.

Parfois, l'impossibilité à admettre l'échec de la relation idéalisée avec l'objet va pousser le sujet à déplacer son agressivité et à la projeter sur une tierce personne désignée comme persécutrice.

Ce tiers est rendu responsable : c'est lui qui nuit à la relation et fait obstacle aux projets amoureux. L'idéalisation de l'objet ainsi protégée, l'équilibre narcissique est maintenu.

a Schlesinger, 2006
b Goldstein, 1978

Le persécuteur peut être désigné parmi les protagonistes : conjoint, policiers, médecins amenés à intervenir ou encore parmi des tiers non impliqués dans la réalité mais vécus comme rivaux au travers du délire.

Meloy théorise la *triangulation* à partir du cas clinique suivant^a : A., jeune homme de 29 ans, rencontre Debra dans un bar où ils conversent à plusieurs reprises. Lui est convaincu qu'elle l'aime et qu'il va l'épouser ; Debra l'accuse quant à elle de harcèlement. A., dans son délire érotomane, trouve une explication à ce qu'il voit comme un comportement paradoxal : Debra ne le rejette que pour le protéger d'un danger qui les menace tous les deux. Sur la base d'interprétations délirantes de plusieurs dialogues de séries télévisées – dont X-Files, série friande de théories du complot –, il décide de s'en prendre à ceux qu'il a identifiés comme persécuteurs : les collègues de travail de Debra. Il tua l'un des employés et blessa gravement deux policiers. Sa rage d'être rejeté est déplacée sur une tierce personne, protégeant ainsi le lien narcissique à l'objet.

Meloy théorise cette dimension de sauvegarde narcissique en proposant une schématisation de la dynamique du passage à l'acte :

- illusion d'un lien narcissique à un objet idéalisé,
- rejet aigu ou chronique de la part de cet objet,
- blessure narcissique profonde liée à un vécu de honte, d'humiliation,
- défense par une rage narcissique,
- passage à l'acte pour blesser, détruire, contrôler,
- restauration du lien.

Que le passage à l'acte soit dirigé contre l'objet ou déplacé vers un tiers, qu'il s'inscrive dans une revendication d'amour éternel ou dans la réversion haineuse et rageuse d'un amour contrarié, la finalité demeure toujours le maintien d'un lien avec l'objet, évitant une perte irréprésentable pour le sujet.

*« Et je te tuerai, et je t'aimerai après »
Othello, Acte V Scène 2 - Shakespeare*

a Meloy, 1999

3.2 Les modalités de passages à l'acte

3.2.1 Comportements hétéro-agressifs

Benoit Dalle témoigne dans son ouvrage *Bien que mon amour soit fou* du harcèlement dont il a été lui-même victime par l'une de ses patientes. Il décrit des « harcèlements divers, guet dans le voisinage, messages glissés sur le pare-brise de la voiture repérée dans la rue, et tentatives d'encercllement par la gardienne de l'immeuble et les voisins. [...] Un jour, à l'ouverture de la porte, je me suis fait agresser avec un couteau et un coup de poing américain... »^a.

La violence de l'érotomane est affective : il s'agit d'actes impulsifs, réactionnels, chargés émotionnellement. La nature des actes de violence n'est pas sans évoquer les violences conjugales : bousculades, coups, gifles, étranglement, tirage de cheveux...

Le sujet ne partage pas toujours l'amour qu'est censé lui porter l'objet. Il peut alors se sentir agressé d'être la cible des attentions amoureuses de l'objet et chercher à s'en défendre.

Goldstein^b évoque ainsi le cas d'un homme qui, en pleine rage paranoïde, s'attaqua physiquement à sa belle-sœur. Il était convaincu qu'elle l'aimait passionnément et qu'elle communiquait avec lui par voie télépathique. Il se disait victime d'agressions sexuelles de la part de cette femme ; elle lui aurait imposé à de nombreuses reprises des fellations non désirées durant son sommeil. Après de nombreux avertissements, il l'agressa violemment, lui arrachant un œil, afin de faire cesser le harcèlement dont il s'estimait victime. Une fois incarcéré, il continua à se plaindre d'agressions sexuelles de la part de sa belle-sœur, dont il était persuadé d'être toujours aimé.

L'agression physique peut également avoir pour victime un tiers désigné rival ou persécuteur.

Les violences sexuelles concerneraient plutôt les hommes souffrant d'une érotomanie secondaire, notamment sur un terrain schizophrénique.

a Dalle et al., 1998, p174

b Goldstein, 1987

Mullen et Pathé, parmi une population de 14 patients érotomanes, retrouvent onze passages à l'acte, dont six agressions sexuelles et cinq agressions physiques. L'agression sexuelle peut être le fruit des interprétations délirantes des comportements paradoxaux de l'objet : ainsi l'un des agresseurs interpréta les résistances de deux de ses objets comme des invitations à une intimité sexuelle consentie. Un autre fit irruption dans la chambre à coucher de l'objet, nu et en déclarant être venu « faire des bébés », convaincu dans son délire que son objet et lui étaient destinés à engendrer une « race de dirigeants »^a.

La dynamique de l'homicide est souvent complexe et multiple, ce qui peut s'illustrer par le cas de Prosenjit Poddar.

Prosenjit Poddar tua une jeune étudiante, Tatiana Tarasoff, en 1969 ; il lui vouait un amour passionnel sans retour depuis leur première rencontre. Par exaspération et lassitude, au terme d'une sévère phase dépressive, Poddar fomenta un plan imparable pour convaincre Tatiana de l'intensité de son amour. Il décida de provoquer lui-même une situation catastrophique dont il pourrait la sauver ; elle le verrait ainsi comme un héros et se rendrait compte qu'elle l'aimait également depuis toujours. Il finit par la tuer, animé par une rage narcissique face au rejet de la jeune femme.

L'élaboration initiale du passage à l'acte chez Poddar s'intègre dans une revendication amoureuse ultime. La seconde dynamique du passage à l'acte apparaît brutalement. La blessure narcissique était sans doute sous-jacente : ne pouvant plus se défendre contre une réalité effractant son délire, Poddar s'en prend directement à son objet qui le rejette. Une fois mort, l'objet peut pleinement appartenir au sujet : il n'y a plus aucun risque d'être rejeté ou séparé. Le processus homicidaire est complexe, ultime étape d'une escalade psychodynamique visant à contrer un effondrement narcissique.

a Mullen et Pathé, 1994

3.2.2 Comportements suicidaires

Jeanne, patiente du groupe thérapeutique de Dalle – espace psychothérapique composé de plusieurs soignants, proposé aux patientes érotomanes de son service –, expose ainsi les diverses solutions qu'elle envisage :

« - Trouver un amour, un vrai, solide et stable.

- Se suicider.

- Se donner à Dieu.

- S'aigrir, s'adonner au dépit, au cynisme. »^a

L'impérieuse nécessité du lien à l'autre transparait dans les paroles de Jeanne : elle consent, à défaut d'une relation d'amour – qu'elle soit heureuse ou contrariée – à un lien d'amour avec Dieu.

Le suicide, quatrième voie qui s'offre à elle, a également pour finalité de faire perdurer la relation. La mort de l'érotomane grave l'existence de cet amour dans les histoires des protagonistes.

Esquirol rapporte l'antique légende de Sapho, amoureuse passionnée dédaignée par Phaon, qui se précipita du haut du rocher de Leucade. Ce rocher devint par la suite un lieu prisé par les amants ne pouvant vaincre leur passion amoureuse : leur survie au saut était censée garantir leur guérison. Des centaines d'années plus tard, leurs deux noms restent associés, liés à jamais dans la légende.

Dalle rapporte une autre érotomanie à l'issue dramatique^b : Jane, 19 ans, déprimée, devient érotomane de son psychiatre sur « injonction désirante de sa mère ». Jane presse le médecin de l'épouser, sa mère quémande « le mariage ou au moins une nuit d'amour » au nom de sa fille. Quelques mois plus tard, Jane se suicide. Le psychiatre recevra de la part de la mère de la patiente une photo de la jeune femme accompagnée de ces quelques mots : « Les obsèques de ma fille auront lieu le mercredi 7 à 10h30, partant de l'Institut Médico-Légal. C'est son mariage avec vous dans la mort. Elle nous a quittés avec cette idée. Elle aura dans les mains un petit bouquet de mariée avec des rubans verts puisque vous aimiez cette couleur ».

a Dalle et al., 1998, p354

b *Ibid.*, pp166-167

Mourir en amoureux, en « mariée » comme Jane, est la garantie que jamais le lien d'amour, bien qu'unilatéral, ne sera rompu. L'objet malgré lui gardera à jamais la marque de cet amour passionnel, son soupirant fut-il mort. Nul ne peut oublier que l'on s'est tué pour lui. Le suicide devient l'offrande ultime, l'érotomane se donne corps et âme, dans une logique parfois quasi sacrificielle. Enoch et Trethowan décrivent en ce sens le cas d'une jeune femme de 19 ans qui tenta à ces jours après quatre années passées à aimer et à se croire aimée d'un prêtre de quatorze ans plus âgé. La jeune suicidante expliqua son geste par le souhait de résoudre définitivement les soucis du religieux : « Je suis amoureuse d'un prêtre, la raison principale pour laquelle j'ai tenté de me suicider est que cela aurait été mieux pour lui »^a. Elle lui offre un amour pur et éternel, sans les désagréments qu'elle a conscience de lui causer.

Ce lien éternel dans la mort s'inscrit également dans la dynamique de l'homicide-suicide.

Homicide et suicide permettent de faire vivre le lien, d'inscrire la relation fantasmée dans un acte concret et par conséquent rendent irréfutable l'union entre les deux êtres.

Portemer décrit deux cas réunissant homicide et suicide.

La première situation est empruntée à Legrand du Saulle : François-Antoine et Mariette, s'aimant d'un amour pur et chaste mais dont l'union est désapprouvée par leurs familles respectives, formèrent le projet de s'unir dans la mort. Le pacte vira au tragique lorsqu'après avoir tué son aimée sur sa demande, François-Antoine vit son suicide interrompu par l'intervention de tiers. Les médecins de l'époque conclurent à une érotomanie partagée, la virginité de la jeune femme étant restée intacte. Le diagnostic d'érotomanie porte cependant à discussion : il semble davantage s'agir d'un amour adolescent sublimé, se concluant par le fantasme romantique d'une union éternelle dans la mort.

Le second cas de Portemer concerne un érotomane chez qui le diagnostic ne fait pas de doute^b :

B..., 30 ans, est exubérant, il a « une très haute opinion de lui-même », il « se sent né supérieur ». L'orgueil du sujet, l'un des composants du sentiment générateur décrit par Clérambault, est ici marquant. Le délire érotomaniaque dure depuis 2 ans, B... ne s'attachant

a Enoch et Trethowan, 1967, p36

b Portemer, 1902, pp163-174

qu'à des comédiennes ; Garnier, maître de Portemer, parle à ce propos de « fétichisme de la femme de théâtre ».

Mlle D... est le troisième objet de B... . Il lui envoie de multiples lettres, des poèmes passionnés, qu'il signe « Ton esclave d'amour » ou « L'élus de ton cœur ». B... s'impatiente cependant, devant l'absence de réponse de son aimée, et ses lettres résonnent alors comme des cris de désespoir :

« Hier, quand je ne te vis pas, j'ai perdu la tête ! J'ai circulé plein de rage et de larmes. Je t'ai cherchée parmi les voitures. Place de la Concorde, j'étais dans une telle colère que je préméditais pour toi... hélas ! ... *le crime* !!! »

« Je ne peux plus vivre ainsi. Prends un revolver, et donne-moi le coup de la mort. Hier par trois fois, je fus très près de la mort. Je vais m'exiler ! Je m'en vais ! Je m'en vais dans la mort ! ... »

« Oh ! mon amour ! Oh ! mon cher amour ! oh ! mon amour sacré ! Oh ! ma chérie ! pourquoi dois-je t'écrire ainsi ! Oh ! que je souffre, oh ! que je suis malheureux ! Oh ! quelles douleurs. Unissons-nous dans l'amour et mourons tous deux ! Je suis prêt ! »

B... ne trouve de réponse à sa crainte de la séparation que dans l'union inaliénable dans la mort. Comme de nombreux érotomanes, il ne passera cependant jamais à l'acte malgré les menaces proférées.

Le risque suicidaire semble d'autant plus élevé lorsque le syndrome érotomaniaque survient sur un terrain bipolaire. Peu de cas cliniques sont cependant publiés. L'un des rares^a concerne un jeune homme de 34 ans, enseignant de profession, aux antécédents de dépression. Il nourrit depuis six ans un délire érotomaniaque à l'encontre d'une femme rencontrée à l'université. Il est hospitalisé à deux reprises dans les suites de tentatives de suicide – par phlébotomie puis par pendaison – s'intégrant dans des idées délirantes de culpabilité à tonalité très mélancolique. Il s'accuse de faire souffrir son aimée en ne l'épousant pas et se convainc qu'il mérite de mourir. Les auteurs concluent à un trouble de l'humeur primaire, avec idées délirantes de culpabilité et d'érotomanie congruentes à l'humeur, aboutissant à un risque suicidaire majeur.

a Kovács et al., 2005

Le rare passage à l'acte hétéro-agressif de l'érotomane peut s'inscrire dans la recherche d'une intimité relationnelle : proximité émotionnelle, sexuelle ou union éternelle dans la mort.

Le suicide, en revanche, ne semble pas exceptionnel. La mort offre au sujet une protection définitive contre le rejet de l'être aimé et les angoisses de néantisation inhérentes à cette perte.

3.3 Cas particulier du stalking

3.3.1 Définition

Le stalking est un terme initialement réservé aux comportements de traque des cerfs et autres gibiers, son sens premier se reportant à la démarche furtive qu'adoptent les chasseurs. Le mot prend par la suite une signification toute autre, illustrant les conduites de harcèlement subies par les célébrités outre-Atlantique. La justice américaine ne légifère ces comportements de stalking que relativement récemment, après l'assassinat en 1989 de l'actrice Rebecca Schaeffer par Robert John Bardo, admirateur passionnel et harcelant. Le champ d'application de cette nouvelle terminologie s'étend par la suite à la population générale et anonyme.

Le stalking a désormais une signification bien différente, aux frontières entre problématiques judiciaires, sociétales et criminologiques. Les notions de dangerosité et de prédation sont sous-jacentes.

Les auteurs français proposent comme équivalent terminologique le terme grec *dioxis*, qui recouvre à lui seul les notions de traque, de harcèlement et du potentiel de dangerosité associé^a. Le stalking serait le harcèlement du troisième type après le harcèlement moral et sexuel.

Meloy en propose la définition suivante : « Poursuite obsessionnelle, menaces ou harcèlement prolongés dirigés vers un individu spécifique »^b, ces comportements pouvant être définis comme « plus d'un acte manifeste de poursuite non désirée, perçue par la victime comme du harcèlement ». Deux épisodes suffisent donc pour en remplir les critères. Mullen et Pathé définissent le stalking comme un ensemble de « comportements répétés et persistants où un individu inflige à un autre des tentatives d'intrusion et de communication non désirées »^c. L'intrusion est définie par des conduites de filature, de surveillance, d'observation à distance et des tentatives de rapprochements. Les communications sont composées de lettres, appels téléphoniques, e-mails, graffitis ou encore des messages laissés

a Bourgeois et Bénézech, 2002

b Meloy et Gothard, 1995

c Mullen et al., 2000

sur la voiture de la victime. Peuvent s’y associer des commandes de marchandises au nom de la victime, de fausses accusations, des menaces et parfois des agressions physiques – visant la victime, son entourage, parfois son animal domestique. Au moins dix intrusions ou tentatives de communications nettement séparées, sur une durée minimale de quatre semaines, sont nécessaires à la définition du comportement en tant que stalking. Mullen et Pathé insistent sur le caractère non désiré et inapproprié de ces tentatives de communication.

Au sein de cette pluralité de définitions, les trois principaux éléments faisant consensus parmi la majorité des auteurs sont : la présence d’un comportement intrusif envers une personne qui ne le souhaite pas ; une menace implicite ou explicite ; un sentiment de peur justifiée ressenti par la victime.

Les comportements les plus classiques sont :

- les tentatives de communications : par lettres, appels téléphoniques, messages sur la voiture
- les tentatives d’approche : sur le lieu de travail, au domicile ou dans les lieux publics
- les conduites de filature et de surveillance
- les dégâts matériels : atteinte aux biens appartenant à des tiers – ou rivaux – ou à l’objet
- les présents : bouquets de fleurs et autres cadeaux.

Les passages à l’acte homicides sont rares : si la moitié des stalkers sont menaçants, 25 à 35% seraient violents, mais seuls 2% commettent un homicide^a.

Si divers pays ont suivi l’exemple des Etats-Unis en matière de législation, il n’existe pour le moment aucune loi reconnaissant le stalking en France.

a Meloy, 1999

3.3.2 Profil des stalkers

Une étude de Mullen et Pathé livre quelques caractéristiques épidémiologiques à partir de l'étude de 145 auteurs de stalking. Le profil type se présente ainsi : il s'agit d'un homme, âgé d'une quarantaine d'années, vivant seul, aux antécédents de troubles psychiatriques, d'abus de substances et de comportements délictueux. Il est fréquemment retrouvé dans les quelques mois précédant le stalking une perte significative dans le vécu du sujet, telle qu'une rupture affective ou la perte d'un emploi^a.

Il existe plusieurs systèmes de classification des stalkers.

Mullen propose de les classer selon cinq catégories cherchant à comprendre la motivation et la fonction du comportement harcelant :

- Les *stalkers rejetés* : il s'agit classiquement d'hommes harcelant leur ex-compagne après une rupture sentimentale. Le stalker cherche à renouer avec sa victime, ou à se venger de la rupture vécue avec humiliation et honte. Les traits de personnalité préférentiellement retrouvés chez les stalkers rejetés sont majoritairement issus d'un fonctionnement de type dépendant – désespérés de la fin d'une relation dans laquelle ils avaient mis tous leurs espoirs – et narcissique – poussés par leur désir de représailles, dans une tentative de sauvegarde narcissique. Par la réconciliation ou par la vengeance, le harcèlement permet *in fine* de poursuivre la relation avec la victime, de ne pas rompre le lien qui les unit. Les idées de jalousie sont également fréquemment impliquées. Cette catégorie de stalkers est caractérisée par de très longues durées de harcèlement et par des comportements extrêmement intrusifs.

- Les *stalkers incompétents* : ces sujets sont en recherche d'un partenaire mais font preuve d'un cruel manque d'habiletés sociales, notamment en ce qui concerne la séduction. Il peut s'agir de personnes limitées intellectuellement mais également d'hommes faisant preuve d'une telle arrogance qu'ils ne peuvent concevoir qu'une femme puisse refuser leurs avances. Les règles sociales basiques sont mal intégrées, ces stalkers étant indifférents aux

a Mullen et Pathé, 2000

désirs de leur victime. Le harcèlement est alors d'une relative courte durée. Des épisodes antérieurs de stalking sont fréquemment retrouvés.

- Les *stalkers humiliés* : le but est de terrifier la victime. Ces stalkers se vengent d'un vécu antérieur d'insultes et d'humiliations. Ils choisissent une victime sur laquelle ils condensent tous leurs griefs ; la victime est soit accusée d'avoir elle-même humilié le sujet, soit érigée comme représentante symbolique de tous les persécuteurs du sujet. Offensés, ces stalkers se considèrent comme victimes se défendant légitimement. Leurs comportements leur permettent de retrouver une sensation de contrôle et de pouvoir sur l'autre. Chez ces sujets sont fréquemment identifiés des traits de personnalité paranoïaque voire un authentique trouble paranoïaque délirant.

- Les *stalkers prédateurs* : le but des comportements de surveillance et de filature est de planifier une agression sexuelle visant la victime. Ces sujets ressentent une excitation sexuelle à observer subrepticement leur victime, ils ne cherchent pas à se faire connaître ni remarquer de leur cible. Ils ressentent une gratification érotique au travers de l'impression de contrôle et d'emprise sur l'autre. Il s'agit là de perversion sexuelle ; tous fantasment mais tous ne passeront pas à l'acte.

- Les *stalkers en recherche d'intimité relationnelle et affective* : ces sujets ont pour but d'établir une relation intime, le plus souvent de nature amoureuse, avec l'objet de leurs attentions, mais le font d'une façon tout à fait contreproductive. Il s'agit le plus souvent de sujets isolés, en recherche de proximité relationnelle. L'objet est idéalisé, doté de nombreuses qualités qui en font le partenaire parfait. La majorité de ces stalkers souffrent d'une érotomanie pure ou secondaire. Ils sont convaincus d'être aimés en retour, et aucune des réactions de rejet de leur objet ne peut les convaincre du contraire. Les conduites de harcèlement persistent sur de très longues périodes.

La proportion d'érotomanes parmi les stalkers est relativement constante parmi les différentes études, autour de 10%^a.

a Zona et al., 1993 ; Meloy et Gothard, 1995

Il est également possible de classer les stalkers selon leur degré d'obsessionnalité. Les travaux de Zona et al., en 1993, définissent ainsi trois profils de stalkers :

- Les *érotomanes* : les sujets sont convaincus d'être aimés de la personne victime de leur harcèlement, sans qu'il n'y ait eu de lien préalable entre eux. Cette catégorie correspond au tableau d'érotomanie pure de Clérambault.

- Les *amoureux obsessionnels* : y sont retrouvés les érotomanies secondaires survenant sur un terrain préalablement pathologique, ainsi que les sujets se déclarant amoureux mais n'affichant pas la certitude délirante d'être aimés en retour – ces derniers correspondant aux *borderline erotomania* de Meloy. Comme dans le premier groupe, il n'est pas retrouvé de relation antérieure entre la victime et le stalker ; la victime peut ainsi être une célébrité, objet d'un amour *fanatique* ; les artistes célèbres semblent en effet être les objets privilégiés.

- Les *obsessionnels simples* : il s'agit d'ex-compagnons, de voisins, de relations professionnelles, avec qui la relation périclité et qui cherchent à renouer, à se venger ou parfois à terroriser leur victime. Contrairement aux deux premiers groupes composés majoritairement d'hommes, il est retrouvé autant d'hommes que de femmes dans cette catégorie qui représente en outre la majorité des stalkers.

Ces trois profils sont également caractérisés par une durée de harcèlement croissant parallèlement avec l'obsessionnalité des auteurs.

3.3.3 Les victimes

L'impact psychologique du stalking sur les victimes est considérable.

Les sujets touchés rapportent des sentiments d'impuissance et de terreur intense, assortis d'une réelle crainte pour leur vie. Des stratégies d'adaptation sont mises en place à visée de protection : les victimes restreignent leur vie sociale de peur de sortir, évitent certains lieux, changent de numéro de téléphone, déménagent voire changent de nom afin de ne pas être retrouvées. Mullen et Pathé rapportent également le cas de femmes ayant décidé d'altérer leur apparence physique afin de ne pas être reconnues ou d'être moins sexuellement attirantes. Le réaménagement des habitudes de vie est constamment retrouvé, et peut donc prendre des proportions colossales.

De nombreuses victimes souffrent de symptômes de stress post-traumatique. Souvenirs intrusifs, évitement anxieux, hypervigilance sont fréquemment retrouvés, et constituent dans 37% des cas un syndrome de stress post traumatique complet^a.

Ce stress répétitif peut se chroniciser et engendrer symptômes dépressifs, psychosomatiques voire d'authentiques vécus paranoïdes. Les manifestations anxieuses sont également pourvoyeuses d'une augmentation des consommations de substances psychoactives.

Les idées suicidaires – voire les tentatives de suicide – ne sont pas rares, tant la détresse des victimes est intense ; une étude retrouve 24% d'idéations suicidaires et de passage à l'acte chez les victimes^b.

En miroir de la marche clérambaldienne de l'érotomanie – espoir, dépit puis rancune – trois phases évolutives peuvent être analysées chez les objets d'érotomanes stalkers :

- La victime est initialement perplexe, elle ne comprend pas les causes d'une telle conduite. Elle en vient à douter de ses propres comportements et d'avoir pu inconsciemment provoquer cette situation. La victime éprouve néanmoins de la compassion devant l'évidente souffrance de son persécuteur.

a Pathé et Mullen, 1997

b *Ibid.*

- La situation se pérennisant, la victime s'agace et s'inquiète, d'autant que ses tentatives de mises au point échouent immanquablement. L'incompréhension des proches et des autorités peut participer à un vécu de double victimisation.

- La victime est dans un vécu de peur intense, craint pour son intégrité physique et psychique, et peut développer d'authentiques symptômes de stress post-traumatique. Cette peur ne cesse malheureusement pas après l'interruption du harcèlement.

Ce sentiment de perte de contrôle engendre des conséquences à long terme sur la vie des victimes : méfiance généralisée et manifestations anxieuses peuvent perdurer bien au-delà de la période de harcèlement et réaménager durablement le mode de vie des victimes.

Le vécu d'auto-culpabilité est fréquent. L'objet de l'érotomane, en partie en lien avec les réactions d'incompréhension de ses proches, se demande si elle n'est pas, du moins inconsciemment, instigatrice des comportements de l'érotomane.

Le stalking peut être défini par des comportements harcelants, incessants et inappropriés visant à établir un lien intime avec une personne qui ne le souhaite pas. Les érotomanes ne sont pas tous des stalkers, et seuls 10% des stalkers sont érotomanes.

L'association du délire érotomaniaque et de comportements de stalking peut néanmoins occasionner des répercussions majeures sur les habitudes de vie et sur l'équilibre psychique des victimes.

3.4 Illustration clinique

En 1991, Meloy fut sollicité par la justice américaine afin d'expertiser M. Hossein, impliqué dans une procédure pénale.

Hossein est accusé du meurtre de Manija, une jeune femme iranienne âgée de 35 ans, le 2 février 1990, à San Diego en Californie.

Le texte ci-après est un résumé de l'expertise psychiatrique rédigée par Meloy, telle qu'il l'a intégrée dans son ouvrage, *Violent Attachments*^a. Le dossier d'expertise débute par la description détaillée des témoignages concernant les faits qui sont reprochés à l'accusé. La suite de l'expertise reprend les principaux éléments fournis par les différents entretiens réalisés par Meloy avec l'accusé. Les tests psychométriques et les échelles diagnostiques ne sont délibérément pas intégrés dans le texte à suivre.

a Meloy, 1997, pp301-326

3.4.1 Rapport d'expertise

Les éléments fournis par les forces de police indiquent qu'Hossein a projeté sa voiture contre la voiture de la victime, nommée Manija, la heurtant sur le côté à une vitesse d'environ 42 km/h, et précipitant ainsi les deux voitures sur la pelouse. L'accusé projette ensuite de l'acide sulfurique et un liquide inflammable sur la victime. Il enflamme la voiture et la victime y brûle, jusqu'à son décès. L'accusé court vers la maison de la victime, en hurlant « *Je l'ai tuée* » en langue farsi à la mère de la victime et se frappe la tête sur leur porte. Il lutte avec le cousin de la victime, qui accourait vers la voiture en tentant de l'ouvrir. L'accusé tente ensuite de se jeter devant deux camions roulant à la suite, le second le heurtant. Il tente de monter à bord d'un troisième camion dont il est éjecté par le conducteur. Hossein est arrêté par la police sans opposer de résistance.

La mort de la victime est le fait de brûlures au 4^{ème} degré sur 90% de la surface corporelle avec inhalation de fumée associée à un traumatisme brutal avec lacération du poumon gauche et hémorragie intra-thoracique.

Les commentaires de l'accusé, selon les témoins présents, sont les suivants : en réponse à un homme lui disant qu'il était fou : « *Je sais* ». En réponse à l'officier qui procéda à l'arrestation, il répond : « *Je veux mourir. Si je m'échappe, me tuerez-vous ? Je voulais lui faire mal. J'ai pris la voiture et je l'ai heurtée... J'ai jeté de l'acide sur son visage et de l'essence et j'ai enflammé la voiture* ». Puis, « *je l'ai tuée, je l'ai tuée* ». À l'ambulancier, il parle de carte bancaire et d'une fille en Allemagne. Il déclare qu'il a payé 7000 dollars pour l'épouser et qu'elle a changé d'avis. Il déclare qu'il a jeté de l'acide sulfurique sur son visage et qu'il l'a tuée. Il parle de la victime comme de sa petite amie tout en la traitant de « *connasse* ». Il déclare que le film *La guerre des roses* explique ce qui s'est passé. « *Nous allions nous marier pour 7000 dollars et puis non. Je l'ai tuée* ».

Manija est née en Iran, en 1955. Elle part pour Vienne où elle épouse son premier mari. Ils s'installent aux Etats-Unis en 1983 et divorcent cinq ans après. Elle n'a pas d'enfant et travaille comme infirmière. Au moment de sa mort, elle entretient une relation amoureuse avec un chiropracteur iranien, Mohammed. Il confirme être engagé auprès de la victime, mais ne connaît pas Hossein et n'a jamais entendu parler de problème avec lui par la victime. Elle vit avec sa mère et son cousin depuis six mois au moment de sa mort.

Manija a confié à sa belle-sœur, un an avant sa mort, qu'elle était effrayée par un iranien vivant en Allemagne. Elle lui explique que si elle se marie avec un autre homme, il la tuera. La victime a également dit à sa mère qu'elle avait des problèmes avec un iranien. La mère de Manija a une communication avec l'accusé vingt jours avant le crime : il l'appelle afin de lui expliquer que sa propre mère lui cherche une femme, et qu'il n'épousera que Manija ou alors il mourra. Elle lui conseille d'abandonner. Il lui demande de ne pas en parler à sa fille, ce qu'elle respecte.

La mère de Manija rapporte que l'accusé a appelé la victime au téléphone la nuit précédant l'homicide, mais Manija a raccroché. La mère rapporte que l'accusé l'appelle trois à quatre fois par jour. Elle l'insulte et lui crie de la laisser tranquille, Hossein pleure et crie « *Epouse moi* ». La victime n'a jamais dit qu'il la menaçait, mais qu'il était fou amoureux d'elle.

Les autres membres de la famille ignoraient tout de cette relation.

Jafar, le frère de l'accusé, rapporte qu'Hossein a une petite amie nommée Manija, qu'il l'a rencontrée en Allemagne et qu'il lui a montré des photos d'elle. Ils auraient rompu pendant deux semaines deux mois avant le meurtre, Hossein était déprimé et contrarié durant cette période.

Les éléments suivants sont issus des entretiens avec l'accusé.

Hossein est né en 1955 en Iran. Il est le quatrième enfant d'une fratrie de huit. L'accusé et son frère Jafar sont les seuls à vivre aux Etats-Unis. Il estime avoir eu une « *bonne* » enfance. Il consulte un psychiatre une ou deux fois, sur les conseils de son frère qui le trouve colérique. Lui, estime qu'il n'est pas si souvent en colère, moins que d'autres hommes iraniens. Il semble réticent à parler de sa mère, ce que l'expert interprète comme fruit des tabous culturels. Il est musulman pratiquant. Il n'a jamais eu de petite amie. Il consomme de l'alcool lorsqu'il pense à Manija et prend des sédatifs pour dormir depuis deux mois avant le meurtre.

Les premiers contacts entre Hossein et Manija ont lieu en 1987, par téléphone. Hossein est en Allemagne, Manija aux Etats-Unis. Un ami d'Hossein lui a donné des numéros de téléphones de femmes qu'il pourrait épouser et ainsi pouvoir venir légalement aux Etats-Unis. Le numéro de Manija en fait partie. Hossein explique ses premiers ressentis lors de la conversation téléphonique : il a ressenti dès la première minute, au son de sa voix, qu'elle pourra le rendre heureux, sentiment inconnu jusqu'alors.

Ils commencent à parler au téléphone toutes les nuits, Hossein étant à l'initiative de ces appels. Manija vient le voir en Allemagne ; à la première rencontre Hossein ressent que c'est « *la bonne* ». Manija reste trois semaines environ, ils visitent l'Allemagne, n'ont pas de rapports sexuels hormis des attouchements selon Hossein, puis elle annonce son départ et son refus de se marier. Hossein est alors déjà persuadé qu'elle l'aime « *à cent pour cent* », il le sait par ses gestes et par ses paroles, bien qu'elle ne lui ait jamais dit. Il ne comprend pas sa décision mais n'insiste pas pour ne pas la brusquer, se persuadant qu'elle finira par se rendre compte de son erreur. Les consommations d'alcool débutent après son départ.

Hossein reprend ses appels téléphoniques, il lui envoie des cadeaux, des fleurs, de l'argent. En 1988, il décide d'aller au Canada avec un faux passeport, pour la rejoindre. Il traverse illégalement la frontière américaine.

Une fois aux Etats-Unis, Hossein explique qu'ils se donnent rendez-vous une fois par semaine, vont au centre commercial où il lui offre des cadeaux, sans qu'il n'y ait de rapports sexuels.

A partir d'octobre 1989, Hossein explique que Manija ne veut plus lui parler ni le voir. Il consomme de plus en plus d'alcool. Il commence à avoir des idées morbides, « *même la mort ne pourrait pas nous séparer* ».

Une semaine avant le meurtre, il la voit avec un autre homme et elle lui somme de partir. Elle lui annonce que cet homme l'a demandée en mariage. Il ne la sent pas heureuse et pense qu'il s'agit d'un mariage forcé. Il est convaincu qu'ils sont faits pour être ensemble, qu'elle veut être avec lui, mais que sa famille l'en empêche. Hossein déclare qu'il devait faire quelque chose, arrêter Manija, pour qu'elle « *ne ruine pas sa vie* ».

Il décide d'acheter de l'acide, dans le but de la défigurer. Ainsi enlaidie, le rival ne voudra plus d'elle et elle se tournera vers lui, comprenant qu'il l'aime malgré tout. Il explique qu'il s'agit d'une pratique non rare en Iran.

Le jour du meurtre, il est persuadé de devoir agir avant qu'il ne soit trop tard. Il prend brutalement la décision de s'immoler par le feu devant chez elle ; ainsi, elle réalisera la force de son amour. C'est l'unique moyen pour lui de prouver son amour. Il rédige une lettre d'adieu, destinée à ses proches.

Hossein prend sa voiture, achète de l'essence. Les idées se bousculent dans sa tête : s'immoler ou la défigurer, il ne parvient pas à choisir. Les premières idées de meurtre ne surviennent que lorsqu'il arrive devant la maison de Manija et qu'il la voit entrer dans sa

propre voiture. Il prend brutalement la décision de se tuer avec elle, afin d'être unis dans la mort.

Interrogé pendant son incarcération, Hossein présente une symptomatologie dépressive avec thymie triste, idées suicidaires et troubles des fonctions instinctuelles. Il nie toute hallucination mais déclare sentir la présence de Manija auprès de lui. Il regrette de ne pas être mort avec elle. Il sait qu'elle est heureuse, mais qu'elle souhaiterait être morte avec lui.

Meloy conclue son expertise par l'irresponsabilité d'Hossein, pour cause d'aliénation mentale. Le jury a rejeté l'irresponsabilité pénale ; Hossein a été condamné à la réclusion à perpétuité.

3.4.2 Discussion

D'après les informations qui sont fournies par le rapport d'expertise de Meloy, il est possible de dégager plusieurs éléments pouvant s'intégrer dans un tableau érotomaniaque.

Hossein développe un délire érotomaniaque à l'encontre d'une femme de son âge nommée Manija : il est convaincu que la jeune femme est amoureuse de lui. Il semble vivre un authentique choc idéo-affectif ; l'élément Amour survient brutalement lors de leur première conversation téléphonique. Le son de la voix de Manija suffit, dès la première minute, à convaincre Hossein qu'elle est la femme de sa vie et qu'ils sont destinés l'un à l'autre. L'élément Espoir se matérialise par son attente de la concrétisation de leur relation. Les conduites de poursuite – appels téléphoniques, cadeaux, voyages – culminent avec l'immigration d'Hossein au Canada puis aux États-Unis pour se rapprocher de Manija. L'élément Orgueil n'est pas décelable dans l'état actuel des connaissances du dossier. Manija ne semble pas d'un rang supérieur à Hossein ; ils ont le même âge, sont tous les deux de même origine iranienne. Seul le statut d'immigrée insérée avec succès aux États-Unis peut constituer la *supériorité* du rang social de Manija.

Les interprétations favorables sont légion et signent le processus délirant : Hossein se persuade de l'amour de Manija par ses paroles, « bien qu'elle ne l'ait jamais dit ». Les comportements paradoxaux de Manija sont réinterprétés favorablement : si elle ne veut plus de lui et projette d'en épouser un autre, c'est uniquement parce qu'elle y est contrainte par sa propre famille.

Les éléments biographiques permettent également de peindre le tableau d'un homme très isolé sur le plan affectif et social, qui s'enfonce peu à peu dans des consommations d'alcool et de sédatifs.

La présentation clinique d'Hossein évoque donc une érotomanie pure : il n'existe pas de pathologie antérieure ; le mécanisme est passionnel, imaginatif, débutant après un choc idéo affectif ; il n'y a pas d'autre thématique associée.

La particularité du cas réside dans le fait qu'Hossein et Manija ont bel et bien partagé une authentique relation, bien que non amoureuse. Cette configuration rappelle ainsi le cas de Clérambault, *Dépit érotomaniaque après possession*, où l'objet de l'érotomane se trouve être l'ex-femme du sujet érotomane. Le postulat fondamental n'en demeure pas moins présent : Hossein est persuadé que Manija et lui s'aiment depuis leur première rencontre.

La participation d'un facteur culturel – en dehors même de l'immolation – est à noter. Le stress de l'immigration constitue le facteur précipitant chez le fragile Hossein. Il cherche chez Manija l'objet maternel, susceptible de lui offrir la réassurance d'une familiarité culturelle.

Après plusieurs mois de stalking, Hossein entre en phase de dépit ; les premières velléités de passage à l'acte apparaissent après la rencontre avec Manija et son fiancé. La réalité est venue effracter la construction délirante protectrice. Hossein tente tout d'abord de composer avec cette réalité : il s'illusionne d'un amour toujours vivace mais contrarié par la famille de Manija. Hossein projette sa rage d'abandon sur la famille de Manija, ce qui lui permet de protéger l'idéalisation de l'objet par ce processus de triangulation.

Hossein se rêve en sauveur de Manija, évoquant le fantasme masculin – fréquent chez les stalkers – du héros sauvant la *putain* de l'avilissement infligé par les autres hommes, dans une rivalité toute œdipienne. Consciemment ou pas, ces hommes investissent les femmes sur le modèle dichotomique de la *madone / putain*. Cette dualité permet de comprendre comment le même objet peut être dans le même temps fortement idéalisé et déprécié quand le besoin s'en fait sentir. Après l'avoir tuée, il en parle comme d'une *connasse* ; son objet ainsi dévalorisé, il peut justifier – et supporter – d'avoir causé sa mort.

On retrouve ce fonctionnement chez de nombreux stalkers et érotomanes : Hinckley veut sauver la jeune Iris/Jodie ; Lopez s'en prend à Björk lorsque son image est détériorée par une nouvelle relation amoureuse ; Poddar provoque le sauvetage de Tatiana avant de la tuer.

En défigurant Manija à l'acide, Hossein la protège à jamais de l'intérêt sexuel de la gente masculine et la maintient dans son rôle de madone idéalisée. Cette mission salvatrice s'adresse en définitive à son propre narcissisme ; son attachement précœdipien ne lui laisse que deux alternatives : vivre avec Manija quel qu'en soit le prix, ou la perdre et mourir.

Le passage à l'acte homicide permet quant à lui de faire perdurer le lien, jusque dans la mort. Hossein semble avoir développé un syndrome dépressif débutant quelques semaines avant la mort de Manija, lorsque celle-ci lui échappe. Cette symptomatologie dépressive se poursuit durant les premiers mois d'incarcération, puis Hossein évoque de plus en plus le contenu de ses rêves : il y voit Manija heureuse et amoureuse. La mort de Manija en fait un objet idéal car parfaitement maniable, ne pouvant plus jamais l'abandonner. Hossein fait ainsi revivre la relation érotomaniaque à son objet et lutte contre sa dépression.

L'homicide de Manija s'intègre dans les passages à l'acte *défensifs* des érotomanes, véritable sauvegarde narcissique, le protégeant d'angoisses néantisantes intolérables.

Les idéations d'Hossein recouvrent de nombreuses dynamiques de passage à l'acte précédemment évoquées :

- la revendication amoureuse extrême : même défigurée, personne ne peut aimer plus Manija que lui.

- la projection de l'agressivité sur un tiers dédouane l'objet de la responsabilité du rejet, protégeant ainsi le narcissisme d'Hossein : il n'a pas été rejeté par son objet.

- les idéations d'homicide-suicide les unissant à tout jamais dans la mort.

Le passage à l'acte semble avoir rempli son rôle défensif : l'illusion de la possession de Manija, au moins dans ses rêves, protège Hossein d'un gouffre dépressif.

Les passages à l'acte s'intègrent dans la psychopathologie de l'érotomanie comme ultimes mouvements défensifs, authentiques tentatives de sauvegarde psychique.

Le chapitre suivant s'attèlera à déterminer un profil de sujets susceptibles de se montrer violents ainsi que leur degré de responsabilité.

4. ASPECTS MEDICO-LEGAUX

4.1 Facteurs prédictifs

L'analyse des cas médico-légaux d'érotomanie issus de la littérature permet de mettre en évidence plusieurs caractéristiques biopsychosociales redondantes, pouvant par la suite être utilisés comme facteurs prédictifs de passage à l'acte :

- *Le sexe masculin :*

Les populations médico-légales sont majoritairement masculines : 3 hommes sur 5 sujets médico-légaux chez Leong^a, 11 hommes sur 14 érotomanes stalkers chez Mullen et Pathé^b.

- *Le comportement antisocial antérieur à l'épisode érotomaniaque médico-légal :*

Leong retrouve 3 érotomanes sur 5 ayant des antécédents criminels ; dans la population de 13 hommes érotomanes étant passés à l'acte de Menzies, 10 ont une histoire criminelle antérieure au délire érotomaniaque et 5 ont une personnalité antisociale^c. 9 sur les 14 sujets de Mullen ont des antécédents violents.

- *L'abus ou la dépendance de substances :*

L'étude de Menzies retrouve 5 antécédents d'abus de substance ou d'alcool sur ses 13 sujets.

- *La pluralité des objets :*

3 sujets sur 14 ont deux objets ou plus chez Mullen et Pathé ; 4 sujets sur 13 dans l'étude de Menzies et 8 sur 16 dans sa revue de la littérature ont plusieurs objets.

Outre les traits psychopathiques, Meloy insiste sur la fréquence des traits de personnalité narcissique, paranoïaque, histrionique et borderline chez les sujets violents souffrant d'érotomanie délirante ou borderline. Plusieurs auteurs repèrent également la fréquence des idées de jalousie dans les populations médico-légales.

a Leong, 1994

b Mullen et Pathé, 1994

c Menzies, 1995

La pluralité des objets et le comportement antisocial antérieur semblent être les deux facteurs prédictifs les plus significatifs. L'association des deux critères offrirait une prédictivité de violence à hauteur de 88.9%^a.

Les critères d'antécédents antisociaux et d'abus de substance sont des facteurs de risque généraux de passage à l'acte violents dans les populations psychiatriques, ils ne sont pas spécifiques de l'érotomanie.

Une hypothèse semble se profiler à l'analyse de ces critères : le sexe masculin, la pluralité des objets et les éléments cliniques étrangers au syndrome érotomaniaque – personnalité antisociale, abus de substance, autres thématiques délirantes – évoquent fortement un tableau d'érotomanie secondaire. En effet, la totalité des patients de Leong ont bénéficié de traitements antipsychotiques dans le passé – trouble délirant persistant et quatre schizophrénies –, ce qui oriente vers une érotomanie symptomatique. Sur les 13 cas d'érotomanies masculines de Menzies, neuf patients ont été diagnostiqués schizophrènes. Mullen retrouve 7 schizophrènes et 3 bipolaires dans son échantillon de 16 sujets^b.

Les sujets d'érotomanie borderline seraient également plus susceptibles d'actes de violences que les érotomanes primaires ; les études restent cependant encore marginales.

L'érotomanie jouit d'une réputation de dangerosité. Portemer prédisait un « aboutissement médico-légal fatal »^c aux érotomanes. 30% de l'échantillon de Gagné – 42 hommes érotomanes – fait preuve de violence.

Les passages à l'acte semblent néanmoins peu fréquents dans la pratique. Une étude retrouve moins de 50% de comportements de harcèlement dans un échantillon de sujets érotomanes^d, et il y aurait moins de 5% d'érotomanes violents^e. Kennedy émet en ce sens l'hypothèse que les études basées sur des populations médicolégales uniquement peuvent être biaisées et ainsi exagérer la dangerosité des érotomanes. La faible prévalence du trouble complique nettement les études de dangerosité en population générale.

a Menzies, 1995

b Mullen et Pathé, 1994

c Portemer, 1902, p74

d Kennedy, 2002

e Dietz, 1988 in Meloy, 1989

Une seconde hypothèse peut être proposée, basée sur la nature même du délire : les érotomanes aiment et sont persuadés d'être aimés en retour. De nombreux sujets conservent cette illusion durant plusieurs années ; tant que le délire persiste il n'y a donc aucune raison de s'en prendre à l'objet de leur amour, contrairement à d'autres délires, notamment à thématique de persécution ou de jalousie, où le sujet est parfois dans l'obligation de se défendre de ce qu'il vit comme une menace à son encontre. La réputation de dangerosité de l'érotomanie serait due à une confusion entre érotomanie, jalousie et délires passionnels.

Le risque vital concerne certes dans une proportion limitée l'objet ou son entourage, mais le véritable enjeu est la survie de l'érotomane ; comme le rappelle Dalle, « il est, dans les faits, rare que l'objet soit physiquement agressé (même si les menaces qui lui sont faites ont de quoi l'inquiéter parfois) alors que le sujet, lui, connaît souvent des périodes de désarroi tel qu'il en vient à se suicider »^a. L'érotomanie, lorsqu'elle survient sur un terrain bipolaire, est particulièrement à risque : « Les phases d'espoir inducteur marquées par des initiatives pathologiques alternent avec des périodes dépressives assez profondes pour être parfois suicidaires »^b.

Les violences hétéro-agressives dans l'érotomanie sont en définitives assez rares. Le profil des érotomanes violents semble correspondre au tableau de l'érotomanie secondaire : un homme, souffrant d'un trouble de l'axe 1 ou de l'axe 2 du DSM, au passif de violence, dont l'érotomanie est dirigée vers plusieurs objets et s'associant fréquemment à des consommations d'alcool ou de substances, notamment lors des phases de dépit et de rancune.

Le véritable enjeu médico-légal de l'érotomanie est le risque suicidaire du sujet.

a Dalle et al., 1998, p190

b *Ibid.*, p193

4.2 La responsabilité pénale

4.2.1 Notions générales sur la responsabilité

Les fondements de la responsabilité individuelle trouvent leurs racines dans l'antique code babylonien d'Hammourabi, le plus ancien texte de loi connu (1786-1686 avant JC). Ce code s'appuie sur le principe d'équivalence, dont s'inspire la loi du Talion des textes bibliques : ainsi, « si un homme arrache l'œil d'un autre homme, son œil sera arraché »^a.

Y sont également retrouvés les prémices de la déresponsabilisation des actes de folie ; l'article 206 énonce le principe d'exonération de punition si la non-intentionnalité peut être prouvée : « si un homme a frappé un autre homme dans une dispute, et lui a causé une plaie, cet homme jurera : 'je ne l'ai pas fait sciemment', et il payera le médecin »^b.

Le droit romain repose initialement sur la solidarité du clan et de la famille. Cette responsabilité collective devient ensuite individuelle, assortie du concept de *dol*, c'est-à-dire l'intention de nuire, de commettre une faute. Du fait de leur incapacité dolosienne, la faute des impubères *impubes* et des fous *furiosi* ne leur est pas imputable. Les malades psychiatriques ne sont donc ni responsables ni punissables, sauf s'il peut être prouvé que le crime a été commis dans un intervalle lucide et en pleine liberté d'esprit.

En France, le droit pénal est marqué par la morale chrétienne jusqu'au 18^{ème} siècle : la justice a une dimension divine, ordalique. Le siècle des Lumières reconnaît par la suite l'homme dans sa liberté et sa responsabilité individuelle. C'est par la suite sous l'influence des aliénistes tels Pinel et Esquirol que l'opposition entre le malade mental irresponsable et le criminel punissable s'affirme : « le malade échappe à l'imputabilité lorsque le délire est notoire, et qu'il est le principe de l'acte incriminé »^c.

Le Code pénal de 1810 légifère officiellement sur l'irresponsabilité dans son article 64 :

a Traduction de Finet, 2002

b *Ibid.*

c Ball, 1888, p240

« Il n’y a ni crime ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l’action, ou lorsqu’il a été contraint par une force à laquelle il n’a pu résister »^a.

La folie est donc une clause suspensive de la responsabilité. Il n’y a pas de demi-mesure : le sujet est soit aliéné, soit responsable, sans autre issue.

La loi du 28 avril 1832 introduit néanmoins la notion de circonstances atténuantes, sans toutefois les préciser.

Le nouveau Code pénal de 1994 précise la question de l’irresponsabilité dans l’article 122-1 alinéa 1 :

« N’est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d’un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes. »^b

La notion de démence laisse place aux troubles psychiques, expression plus imprécise qui n’enferme pas l’irresponsabilité dans une liste de maladies identifiées.

L’alinéa 2 introduit une nuance dans l’appréciation de cette responsabilité, loin de la dichotomie de l’article 64 :

« La personne qui était atteinte, au moment des faits, d’un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable. Toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu’elle détermine la peine et en fixe le régime. »^c

Cette notion de responsabilité partielle ou atténuée n’est pas si nouvelle ; la circulaire Chaumié du 12 décembre 1905 confirmait déjà le principe de l’atténuation de la peine pour les personnes reconnues responsables de leurs actes tout en présentant un trouble mental, en demandant à l’expert de préciser si *l’examen psychiatrique et biologique ne révèle point chez lui des anomalies mentales ou psychiques de nature à atténuer dans une certaine mesure, sa responsabilité*.

a Legifrance

b *Ibid.*

c *Ibid.*

La juridiction pénale a donc la possibilité, sur avis de l'expert, de déclarer une responsabilité atténuée mais toujours punissable. Le texte recommande de tenir compte de cette atténuation avant de déterminer la peine, sans préciser s'il convient de la majorer ou de la minorer. Si la vision humaniste semble clairement peser dans le sens d'une diminution de la sévérité de la peine au vu des troubles psychiques, l'expérience montre que les sujets bénéficiant de l'alinéa 2 écopaient en définitive de peines bien plus lourdes. Cette sur-pénalisation s'intègre alors dans un souci de défense sociale, en cohérence avec la loi du 25 février 2008 sur la rétention de sûreté.

L'article 122-1 est donc modifié par la loi Taubira du 15 août 2014 :

« La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable. Toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime. *Si est encourue une peine privative de liberté, celle-ci est réduite du tiers ou, en cas de crime puni de la réclusion criminelle ou de la détention criminelle à perpétuité, est ramenée à trente ans. La juridiction peut toutefois, par une décision spécialement motivée en matière correctionnelle, décider de ne pas appliquer cette diminution de peine. Lorsque, après avis médical, la juridiction considère que la nature du trouble le justifie, elle s'assure que la peine prononcée permette que le condamné fasse l'objet de soins adaptés à son état.* »^a

Cette modification du texte de loi ne laisse plus place à l'interprétation : une responsabilité atténuée doit engendrer une peine atténuée.

^a *Ibid.*

4.2.2 L'expertise psychiatrique pénale

L'irresponsabilité ne peut être déclarée que par un magistrat – dans la majorité des cas le juge d'instruction – guidé par les recommandations de l'expertise psychiatrique pénale.

Les questions les plus fréquemment posées à l'expert sont :

- l'examen du sujet révèle-t-il des anomalies mentales ou psychiques ? Dans l'affirmative, les décrire et préciser à quelles affections elles se rattachent.
- l'infraction qui lui est reprochée est-elle en relation avec de telles anomalies ?
- le sujet présente-t-il un état dangereux ?
- le sujet est-il accessible à la sanction pénale ?
- le sujet est-il curable ou réadaptable ?
- le sujet était-il atteint au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant soit aboli son discernement ou le contrôle de ses actes au sens des dispositions de l'article 122-1 alinéa 1 du Code Pénal, soit altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes au sens des dispositions de l'article 122-1 alinéa 2 du Code Pénal ?

L'expertise psychiatrique doit caractériser l'état mental au moment des faits, la capacité de discernement et la capacité de contrôle des actes. *Stricto sensu*, l'existence d'une pathologie psychiatrique ne suffit pas à rendre le sujet irresponsable ; encore faut-il que la pathologie soit décompensée et en lien direct avec l'acte criminel.

Dans la pratique, cette évaluation semble bien plus complexe et les pratiques expertales plus qu'hétérogènes et sujettes à discorde. Le procès des sœurs Papin, sur lequel Lacan s'est appuyé pour sa réflexion sur la paranoïa, en est un exemple tragique. Christine et Léa, sœurs employées dans une maison bourgeoise du Mans, tuèrent dans un paroxysme de violence leur employeuse et sa fille en février 1933. Trois médecins experts les jugèrent responsables de leurs actes, n'ayant décelé ni signes de délire ou de démence, ni trouble actuel psychique et physique au cours de leurs examens psychiatriques. Christine est condamnée à mort, Léa aux travaux forcés.

Pourtant, de nombreux éléments antérieurs au crime interpellent quant à l'état mental des sœurs ; en outre, après quelques mois d'incarcération, Christine présente un état délirant aigu où elle hallucine sa sœur morte et tente de s'arracher les yeux.

Lacan analyse le passage à l'acte des sœurs Papin dans *Motifs du crime paranoïaque* : il s'agit pour lui d'un acte sans aucun doute guidé par un vécu délirant paranoïaque, hautement pathologique. La stabilité de la structure paranoïaque, et son apparente cohérence, expliquerait selon lui ce qu'il estime – et de nombreux psychiatres après lui – être une erreur des experts.

La mission de recherche Droit et Justice s'est penchée en 2016 sur la question de l'irresponsabilité pénale, notamment en recensant les témoignages de plusieurs psychiatres sur leurs pratiques expertales.

Sept catégories d'experts sont ainsi individualisées, selon les critères utilisés pour l'irresponsabilité, à partir de l'exemple d'un sujet psychotique :

- le sujet est toujours responsable, même en cas de décompensation psychotique aigue. Ces experts considèrent que l'irresponsabilité est à proscrire pour des raisons idéologiques et morales : les sujets psychotiques doivent être considérés comme des citoyens à part entière, bénéficiant des mêmes lois que tout un chacun. D'aucuns estiment en outre qu'il est thérapeutique de responsabiliser les malades psychotiques par la confrontation à la loi.
- le sujet est responsable, sauf s'il n'a pas conscience des interdits : c'est sa capacité de jugement moral qui est l'élément déterminant de sa responsabilité.
- le sujet est responsable, sauf s'il a agi sur l'influence d'hallucinations injonctives.
- le sujet est irresponsable, sauf s'il fait preuve d'une motivation rationnelle ; un discours en apparence cohérent suffit.
- le sujet est irresponsable sauf s'il souffre d'une psychose paranoïaque : le discours paranoïaque est cohérent et d'apparence rationnelle.
- le sujet est irresponsable seulement si son infraction est en lien avec la pathologie. Cela exclut donc par exemple un vol d'argent utilitaire, quand bien même le sujet est délirant.
- le sujet est irresponsable y compris s'il souffre d'une psychose héboïdophrénique ou correctement stabilisée. L'irresponsabilité découle automatiquement de l'existence d'une pathologie, sans réflexion sur le contrôle des actes ou le discernement.

Deux écueils apparaissent à la lecture de ces témoignages d'experts.

Le premier est en définitive relativement simple à éviter : il s'agit de la question de la temporalité. L'article 122-1 précise que l'analyse de l'état psychique doit se tenir *au moment*

des faits. Une pathologie bien stabilisée, sans aucun signe de décompensation au moment des faits, ne justifie donc pas d'une abolition du discernement. De nombreux experts estiment néanmoins qu'une pathologie psychotique même stabilisée engendre chez le sujet qui en souffre une altération des schémas de pensée et peut de ce fait légitimer une altération du discernement ou du contrôle de ses actes. A contrario, le sujet en décompensation psychotique aigüe doit faire questionner systématiquement sa capacité de discernement.

Le deuxième écueil concerne la clinique psychiatrique en elle-même. L'abolition du discernement et du contrôle des actes d'un sujet psychotique, en proie à des hallucinations injonctives, ne laisse guère de place au doute. Il n'en est pas de même lorsque le délire est de structure paranoïaque – soit interprétatif, bien construit, parfois d'apparence très rationnelle – ou que des éléments de personnalité – notamment psychopathique – entrent en jeu. Les psychiatres ne sont alors pas unanimes sur le degré de responsabilité.

Le Code pénal français reconnaît le principe de l'irresponsabilité pénale et d'atténuation de la responsabilité en cas de trouble psychique ayant aboli ou altéré le discernement et le contrôle des actes.

L'appréciation de cette responsabilité incombe au magistrat sur avis de l'expert psychiatre, à qui il est demandé de se concentrer exclusivement sur l'état mental au moment des faits. Les pratiques expertales s'avèrent finalement plus qu'hétérogènes, ce qui n'est pas sans conséquence pour les sujets concernés.

4.3 Responsabilité dans l'érotomanie

4.3.1 Jules et la chanteuse

Jules est âgé de 29 ans, il est actuellement en recherche d'emploi et est récemment retourné vivre chez son père. Il est relativement isolé sur le plan social, sa vie affective est quasi inexistante ; les relations intrafamiliales sont sans particularité.

Jules souffre d'une schizophrénie paranoïde diagnostiquée lors d'un premier épisode délirant sept ans auparavant ; il a été hospitalisé à trois reprises pour des épisodes de décompensations délirantes.

Il est en rupture de traitement antipsychotique depuis plusieurs mois lorsqu'il se retrouve immobilisé à domicile dans les suites d'une lithiase rénale et d'une fracture du calcaneum concomitantes. Il est alors d'autant plus isolé, ses journées sont rythmées par les consommations de cannabis et ses activités sur internet. Jules construit progressivement un vécu délirant érotomaniaque autour d'une jeune chanteuse française : les paroles de ses chansons lui sont directement et personnellement adressées, il s'imagine une romance naissante : « *je l'aimais et je voulais qu'elle soit fidèle* ». Il commence à lui envoyer des lettres d'amour et des présents à la salle de spectacle où elle se produit habituellement : des fleurs – « *roses pour l'espérance, rouges pour la mort et blanches pour le mariage* » –, des magazines, mais également des colis au contenu plus explicite tels des préservatifs, et ses propres effets personnels : chaussettes, médailles sportives et parfum.

Il est actuellement jugé pour avoir dégradé la porte de la salle de spectacle et d'y avoir déposé une crosse de hockey accompagnée de messages insultants et menaçants à l'encontre de la chanteuse.

L'expert psychiatre conclut à un « nouvel accès délirant schizophrénique qui a pris la forme d'un épisode délirant d'allure érotomaniaque », avec « altération du sens critique, du jugement, du raisonnement et du comportement ».

Il conclut par une altération du discernement au sens de l'article 122-1 alinéa 2 du Code pénal.

4.3.2 Alice et l'interne de psychiatrie

Alice a 29 ans ; elle vit avec son mari et leurs trois enfants âgés de 3, 5 et 10 ans.

Elle est hospitalisée à plusieurs reprises entre 1990 et 1991 pour des tableaux associant symptomatologie dépressive, multiples tentatives de suicides et épisodes crépusculaires sur une personnalité de toute évidence histrionique.

Alice rencontre Vincent, l'interne du service, lors de sa première hospitalisation en psychiatrie ; c'est également lui qui assure le suivi ambulatoire et la prescription des traitements psychotropes, en partenariat avec le psychiatre libéral qui est surtout en charge de la psychothérapie. C'est ce même psychiatre libéral qui alerte Vincent de sa crainte de l'émergence d'un délire érotomane chez Alice. Vincent ne s'en inquiète pas ; en l'absence de tout élément délirant verbalisé, il estime qu'il s'agit simplement d'un transfert massif, accessible au recadrage. Elle lui propose alors de « *ne plus voir le psychiatre, mais l'homme* », ce qu'il refuse « *sous couvert de l'éthique médicale* ». Il met donc fin au suivi avec Alice, la redirigeant vers sa prise en charge libérale.

Alice est ré-hospitalisée à plusieurs reprises par la suite ; la dernière hospitalisation est marquée par des idées suicidaires importantes, notamment lorsqu'elle recroise Vincent au gré des déplacements de celui-ci lors de ses gardes. Elle évoque régulièrement son désespoir amoureux. Une prise en charge par psychothérapie est débutée.

Lors d'une première permission accordée à son domicile 48 heures après une séquence de psychothérapie, Alice noie sa petite fille de 3 ans dans son bain. Elle tente de noyer également son fils aîné mais celui-ci se débat et parvient à s'échapper. Elle tente enfin de se défenestrer, en vain, avant de rentrer à l'hôpital comme prévu par le contrat. Elle explique à son retour avoir eu les premières idéations d'homicide-suicide alors qu'elle baignait sa fille, comme une façon de « *s'opposer* » à son mari. Elle affirme également avoir pris conscience pendant la permission que « *tout était fini entre [eux]* », sans que l'on puisse déterminer si elle évoque son mari ou Vincent.

Les experts psychiatres concluront à une atténuation de sa responsabilité, dans ce contexte de trouble grave de la personnalité avec transfert érotomane et d'une possible confusion post-psychothérapie. Alice est condamnée à 10 ans de réclusion criminelle.

4.3.3 Jeanne et son collègue

Jeanne est âgée d'une soixantaine d'années. Divorcée depuis plusieurs années, elle vit seule et ne voit plus sa fille et ses petits-enfants. Elle travaillait dans une entreprise adaptée jusqu'à son licenciement il y a quelques mois.

Jeanne présente un retard intellectuel léger, séquellaire d'une méningite contractée dans sa petite enfance.

Durant plusieurs mois, Jeanne déclare vivre une relation sentimentale avec Louis, un de ses collègues de travail. Ce vécu érotomaniaque évolue rapidement vers la phase de rancune, Jeanne l'accusant même de l'avoir violentée, tout en conservant l'illusion délirante d'être aimée : « *comment gérer sa femme et sa maitresse, il était mal dans sa peau [...] je pense que je dois lui manquer* ». Elle harcèle son objet d'appels téléphoniques malveillants, et va jusqu'à dégrader le jardin et la voiture de Louis et de son épouse.

Jeanne se dit en outre persécutée par l'entreprise qui les emploie tous les deux ; elle l'accuse de l'avoir licenciée en raison de sa liaison avec Louis. Elle provoque pour se venger un incendie volontaire sur son lieu de travail à partir de palettes et de bouteilles de gaz.

Deux expertises concluent à un délire paranoïaque érotomaniaque, avec hallucinations acoustico-verbales, sur personnalité prémorbide paranoïaque sensitive : Jeanne « était atteinte au moment des faits d'un état délirant, avec une adhésion totale et un rationalisme morbide prégnant, ayant aboli son discernement et le contrôle de ses actes au sens de l'article 122-1 du Code Pénal ».

4.3.4 Analyse des vignettes cliniques

Ces trois cas d'érotomanie illustrent parfaitement les passages à l'acte inhérents aux phases évolutives chères à Clérambault.

Jules est à la phase d'*espoir* ; sur la base d'interprétations délirantes – les conversations indirectes –, il s'illusionne d'un amour idéal avec une jeune chanteuse jouissant d'une certaine célébrité, marque de son orgueil amoureux.

Jules est connu des services psychiatriques comme étant schizophrène, en rupture de traitement depuis plusieurs mois au moment des faits. Idées de référence le poussant à interpréter les paroles des chansons de son objet, symbolique plus qu'hermétique des cadeaux qu'il lui offre, conviction inébranlable dans son succès amoureux : le caractère délirant de son comportement ne fait pas de doute. Il harcèle son objet pour lui prouver l'intensité de son amour, jusqu'à apparaître extrêmement menaçant. Ses menaces s'intègrent dans la *revendication amoureuse violente*.

Les faits qui lui sont reprochés sont donc très clairement en lien avec un trouble schizophrénique décompensé sur un mode délirant. L'expert fait néanmoins le choix de ne conclure qu'à une altération du discernement et du contrôle de ses actes.

Alice est à la phase de *dépit*, désespérée de ne pouvoir vivre pleinement sa relation avec son thérapeute. Elle nourrit des idées suicidaires de plus en plus intenses à mesure de sa déception amoureuse. Transfert intense, érotomanie borderline, délire hystérique à thématique érotomaniacale ou authentique processus psychotique peuvent être discutés chez Alice, sans certitude diagnostique, du moins en l'absence de plus d'éléments cliniques.

Le meurtre de sa petite fille s'intègre à une dynamique d'homicide-suicide, où la dimension suicidaire semble primordiale. Confrontée à l'inanité de son amour fantasmé, Alice se protège d'angoisses néantisantes et dévastatrices par le suicide, mais également d'une angoisse de déplétion narcissique. Sa mort scelle un lien éternel entre elle et son objet : le jeune médecin n'oubliera jamais sa patiente, et leur *histoire*, plus de vingt ans après, a acquis une aura presque légendaire au sein de l'hôpital.

Un état confusionnel secondaire à la sismothérapie a également pu provoquer le passage à l'acte.

L'expertise d'Alice n'a pas pu être consultée ; seules les conclusions – atténuation de la responsabilité – sont connues. Le diagnostic posé par les experts n'est pas connu ; si le caractère délirant n'a pas été retenu, il semble logique que le discernement n'ait pas été aboli. Enfin, l'acte d'infanticide commis par Alice n'est pas directement rattachable au tableau érotomaniaque.

Jeanne est quant à elle à la phase de rancune. Elle accuse son objet de l'avoir rejetée après avoir profité d'elle, et cherche à se venger, comme elle cherche à se venger de son employeur qu'elle pense impliqué dans le fiasco de sa vie sentimentale.

Jeanne présente une personnalité prémorbide de type paranoïaque, actuellement grevée par un délire paranoïaque de type érotomaniaque. Elle adhère totalement à son délire. Ses actes de harcèlement et d'incendie volontaire s'intègrent parfaitement dans l'évolution de son vécu délirant. Elle se protège d'une profonde blessure narcissique par une réversion *défensive* de son amour en haine. L'expert conclut en toute logique à une abolition du discernement et du contrôle de ses actes.

Alice, Jules et Jeanne sont tous trois aliénés par un processus érotomaniaque foncièrement pathologique. Ils ne bénéficient cependant pas de la même évaluation de leur responsabilité. Ces conclusions d'expertise questionnent : Jules et Jeanne présentent un tableau clinique similaire au moment des faits qui leur sont reprochés – érotomanie délirante –, faits incontestablement en lien avec la clinique érotomaniaque, mais ils ne bénéficient pas de la même évaluation de leur degré de responsabilité.

Comme évoqué précédemment, les deux éléments cliniques les plus pourvoyeurs de désaccord entre les experts quant à un tableau de décompensation psychotique aigue sont la structure du délire – paranoïaque ou non – et l'existence de troubles de la personnalité associés, notamment psychopathique.

Jules est notoirement schizophrène, en décompensation délirante aigue au moment des faits ; aucun trouble de la personnalité ne complexifie l'analyse clinique. Ses actes délictueux sont la conséquence directe de son vécu délirant, comme ils le sont pour Jeanne. Au sens strict de l'article 122-1 du Code pénal, l'expertise aurait donc tout à fait pu être en faveur d'une abolition de son discernement.

Il en est autrement pour les sujets souffrant d'érotomanie borderline. Le contact avec la réalité est maintenu, le discernement n'est pas totalement aboli. L'érotomanie borderline doit cependant faire questionner l'altération du discernement tel que le prévoit l'alinéa 2 de l'article 122-1.

L'expertise pénale d'un sujet érotomane doit répondre à deux questions :

- les troubles psychiques du sujet au moment des faits sont-ils de nature à justifier une abolition ou une altération du discernement et/ou du contrôle de ses actes ?*
- les faits reprochés sont-ils en lien avec les dits troubles ?*

Les dissonances des conclusions expertales sont la preuve que cet exercice est bien plus complexe qu'en apparence. L'expert, pour éviter ces écueils, doit s'appuyer sur la stricte interprétation de la loi et de la clinique du sujet.

La dangerosité des érotomanes est faible, de nature psychiatrique plus que criminologique, et doit faire questionner au minimum une altération du discernement, voire l'abolition lorsque la nature délirante du trouble est prouvée.

L'ensemble de ces données cliniques, psychopathologiques et criminologiques va servir de base à l'analyse d'un cas d'érotomanie dans le chapitre qui suit.

5. CAS CLINIQUE

5.1 Ariane

Ariane, âgée d'une quarantaine d'années, a été hospitalisée et incarcérée à plusieurs reprises sur une période de 18 mois suite à des conduites de harcèlement sous-tendues par un processus érotomaniaque.

Les éléments ci-dessous sont issus des différents dossiers médicaux hospitaliers, d'échanges avec son psychiatre libéral, de quelques-unes de ses productions manuscrites et d'un enregistrement vidéo réalisé lors de l'une de ses hospitalisations.

Les prénoms ont été modifiés, y compris dans les retranscriptions des propos de la patiente.

5.1.1 Eléments biographiques

Ariane naît en 19XX, d'un père infirmier en psychiatrie et d'une mère auxiliaire de puériculture. Elle est fille unique. Ses parents se rencontrent par le biais d'une agence matrimoniale et se marient deux mois après ; son père ne souhaitait pas d'enfant et envisage le divorce à l'annonce de la grossesse. Ariane déplore le manque de « *tendresse* » entre ses parents. Sa mère lui révélera en outre qu'elle fut victime d'un viol conjugal.

Ariane fera dès ses 3 ans de nombreux allers retours entre le domicile familial et le domicile de ses grands-parents, au gré des hospitalisations de sa mère en service psychiatrique. Son père l'y place à chaque internement de son épouse ; Ariane supposera plus tard que n'ayant pas été désirée par son père, celui-ci ne souhaitait pas « *s'embarrasser* » d'elle en l'absence de sa mère. Ses grands-parents, maraîchers, possèdent des terres dans le quartier de l'hôpital psychiatrique ; elle y passera une partie de son enfance, par périodes de plusieurs semaines à plusieurs mois, séparée de ses parents mais en définitive étonnement proche géographiquement de son père qui y travaille et de sa mère qui y est hospitalisée.

Ariane souffre de la fragilité de sa mère et du manque de stabilité affective dans son enfance.

La dynamique familiale sera également rythmée par les conflits conjugaux du couple parental. Ils se séparent une première fois lorsqu'Ariane a 3 ans, puis à ses 10 ans. Son père aurait été infidèle et quitte temporairement le domicile. La séparation définitive a lieu aux 17 ans d'Ariane ; elle et sa mère quittent la maison et vivent ensemble quelques années. Ariane s'installe ensuite chez son père, avant de prendre son indépendance à 27 ans.

Ariane obtient son baccalauréat et débute l'Institut de Formation en Soins Infirmiers. L'école lui impose l'arrêt de sa scolarité pendant la deuxième année pour raisons de santé ; elle initie alors un suivi psychiatrique pour surmonter cette épreuve. Elle obtient en définitive un diplôme de secrétaire médicale.

Elle fréquente alors peu d'amis, hormis une cousine de son âge qu'elle cesse de voir lorsque celle-ci se marie. Elle n'a jamais eu de relation amoureuse et dit s'en satisfaire.

Au moment des faits elle travaille comme aide à la personne à temps partiel – compensé par l'Allocation Adulte Handicapé pour Troubles du Comportement Alimentaire – et passe son temps libre à faire de la randonnée et du vélo.

5.1.2 Antécédents somatiques et psychiatriques

Sur le plan somatique :

Il n'est pas retrouvé d'antécédent somatique notable.

Sur le plan psychiatrique :

Troubles anxieux avec difficultés d'endormissement dès l'enfance. Acutisation sous forme de troubles obsessionnels compulsifs – rituels d'ordre et de lavage – à partir de ses 10 ans. Apparition de troubles du comportement alimentaire sévères à l'âge de 16 ans, à type d'anorexie restrictive : poids minimal de 27 kgs à 21 ans.

Troubles anxieux et alimentaires stabilisés depuis plusieurs années par un suivi hebdomadaire avec le même psychiatre libéral depuis ses 24 ans. Celui-ci axe le travail psychothérapeutique sur le deuil des études et du travail d'infirmière. Il tente un travail familial dans une visée systémique, en vain : si la mère accepte de venir une fois en consultation, le père s'y refusera toujours.

Pas de consommation d'alcool ou d'autres substances psychoactives.

Sur le plan familial :

Psychose chronique chez sa mère, suivie sur le même secteur psychiatrique qu'Ariane, et hospitalisée à de très nombreuses reprises.

5.1.3 Clinique érotomaniaque

Ariane est hospitalisée en psychiatrie pour la première fois le 28 mars 20XX, en soins à la demande d'un tiers (SDT), pour troubles du comportement s'intégrant dans une symptomatologie délirante à thématique érotomaniaque.

Elle est persuadée depuis presque un an d'être aimée par Marc XXX, le poissonnier de son quartier, âgé d'une quarantaine d'années. Elle le décrit comme « *excessivement gentil* », d'une « *amabilité extrême* » et « *séduisant* ». Elle s'imagine peu à peu que leur relation va bien au-delà du simple lien entre commerçant et cliente fidèle, alors qu'elle fréquente la poissonnerie depuis plus de cinq ans ; c'est même Marc qui serait à l'origine de ce rapprochement.

Elle croit reconnaître plusieurs marques d'intérêt de sa part ; ainsi lorsqu'elle lui demande un poisson « *il s'arrang[e] toujours pour se le procurer* » et il lui donne son numéro de téléphone portable – bien qu'elle puisse reconnaître que c'est le cas également des « *autres clientes régulières pour les commandes* ». Elle interprète ses gestes commerciaux comme autant de preuves d'affection lui étant directement et exclusivement adressées.

Elle lui écrit :

« Je sais qu'on est fait pour être heureux ensemble, très heureux même. [...] depuis le 1^{er} jour jusqu'à l'an 20XX, tous les poissons et les prix des tickets que j'appréciais tellement la subtilité. Le jeu du calendrier, le saumon d'Irlande, mes chères écrevisses, et surtout les langoustines... [...] tu ne t'es pas trompé : j'ai toujours été sincère depuis ce 1^{er} jour de 20XX où l'on s'est rencontrés. »

Fruit d'une interprétation délirante ou d'une tentative de rationalisation *a posteriori*, elle se convainc qu'une amie l'a informée qu'une procédure de divorce était en cours au sein du couple.

Débutent alors des conduites de harcèlement : Ariane appelle Marc plusieurs fois par jour, elle se rend à la poissonnerie et au marché quotidiennement. Marc dépose une première main courante en janvier 20XX quand Ariane commence à se présenter à son domicile nuit et jour et à suivre son épouse et ses enfants sur le chemin de l'école.

Ariane est donc conduite aux UMP (Urgences Médico-Psychologiques) le 28 mars 20XX par les gendarmes suite à une deuxième main courante déposée par Marc. Devant les répercussions de son comportement – anorexie et insomnie majeures, intervention des forces de l'ordre – une hospitalisation sous contrainte est décidée. La demande de tiers est signée par la mère.

Les certificats de SDT font état d'un délire érotomaniac sous-tendu par une intuition centrale grevée de nombreuses interprétations. L'adhésion est complète, Ariane est convaincue que Marc lui envoie des messages codés « *qu'elle seule peut décrypter* » et qu'il lui fait des avances – il l'a même invitée à dîner. Elle banalise son comportement et les conséquences inhérentes.

Un entretien familial est organisé. Ses parents s'inquiètent de son comportement ; son père relate un épisode où il a vu Marc repousser violemment la jeune femme, jusqu'à la faire chuter au sol, après lui avoir jeté un seau d'eau au visage. La mère tient quant à elle des propos peu adaptés et peu valorisants ; elle lui assène notamment durant l'entretien « *tu finiras toute seule, aucun homme ne voudra de toi* ».

Progressivement, Ariane est en mesure de critiquer ses troubles ; concernant l'invitation à dîner, elle nuance sa conviction délirante : « *il a dit qu'un jour il préfèrerait que je lui offre un café et que ça lui ferait plus plaisir [...] j'ai pris ça pour une avance [...] c'était pas vraiment une invitation à dîner j'ai peut-être exagéré* ». Elle dit prendre conscience que les deux mains courantes déposées par Marc prouvent qu'il ne l'aime pas ; elle s'en dit néanmoins extrêmement attristée.

Devant l'amorce de critique et son acceptation des soins, une sortie d'essai est décidée le 7 avril, avec 4mg de Risperdal (Risperidone) en traitement de sortie.

Ariane est ré-hospitalisée onze jours après, du 18 au 28 avril, suite à de nouvelles plaintes de Marc à la gendarmerie. Au vu des plaintes répétées, elle quitte l'hôpital en programme de soins avec mise en place d'une injection retard par Risperdal Consta. Les troubles du comportement ne cessent pas. Ariane ne se présente pas aux consultations prévues à l'hôpital. Le programme de soins est néanmoins levé car elle poursuit le suivi avec son psychiatre libéral.

Marc poursuit ses plaintes ; il appelle le service hospitalier pour témoigner d'une aggravation progressive ces derniers mois : Ariane multiplie les allusions et les cadeaux à la poissonnerie. Elle reste plusieurs heures dans la rue devant son domicile, à l'attendre.

Le 17 août, Ariane est de nouveau hospitalisée en soins à la demande d'un tiers, signé cette fois-ci par son père. Elle ne s'alimente plus depuis quelques jours. La contrainte est infirmée le lendemain devant l'apparente critique de son comportement, Ariane s'inquiétant des conséquences judiciaires possibles et acceptant les soins.

Une mesure de contrainte sur décision d'un représentant de l'état (SDRE) est mise en place le 22 août. Le harcèlement a pris une telle ampleur que Marc a agressé Ariane alors qu'elle sonnait une énième fois à sa porte. Les conséquences physiques sont mineures, elle ne souffre que de quelques excoriations.

Au cours de l'hospitalisation, Ariane explique qu'elle a rencontré un homme par le biais des petites annonces, mais qu'ils ont rompu le week-end précédent car Ariane souhaitait préserver sa virginité. Cette rupture, associée à une violente dispute avec sa mère, semble être le facteur déclenchant de cette recrudescence du harcèlement.

Le SDRE est levé le 9 septembre.

Ariane est ré-hospitalisée du 13 au 21 septembre en SDT pour mise à l'abri, Marc menaçant à nouveau de se montrer violent. Le traitement est modifié : le Risperdal est remplacé par du Prozac (Fluoxétine) et de l'Abilify (Aripiprazole).

Le procès pour harcèlement se tient le 23 septembre : Ariane est jugée coupable avec une responsabilité atténuée ; elle est incarcérée trois semaines puis remise en liberté conditionnelle, assortie d'une interdiction de séjour dans la ville et une commune limitrophe.

Lors de sa prise en charge au SMPR (Service Médico Psychologique Régional), Ariane tient le discours habituel, malgré une présentation très « démonstrative » ; c'est Marc qui a commencé à lui faire des avances, il lui a proposé de partir en vacances en Irlande. Elle s'accroche à l'idée qu'elle va bientôt le retrouver, arguant que « l'espoir fait vivre ».

Dès la sortie d'incarcération Ariane reprend ses comportements de harcèlement : elle appelle Marc deux jours après sa sortie de prison et lui laisse des mots d'amour sur le pare-brise de sa voiture.

Elle est ré-hospitalisée le 30 octobre en SDT. Le discours délirant semble bien plus ancré que lors des précédentes hospitalisations. C'est lors de ce séjour qu'Ariane écrit le plus. La plupart sont des lettres d'amour adressées à Marc, dont voici quelques extraits :

« C'était écrit que l'on devait se rencontrer pour être très heureux ensemble »

« Je t'aime, je veux t'épouser »

« On aurait dû être ensemble, aller au salon du mariage »

« Marc,

J'ai tellement de choses à te dire que j'en rajoute encore : l'essentiel à mes yeux c'est qu'un véritable Amour si pur depuis 5 ans c'est rare. C'est pourquoi je tiens à toi. Je t'aime, la vie sans Amour n'est rien. Ma vie sans toi n'a aucun sens. Je te supplie de m'épouser comme prévu. J'ai tant d'amour à te donner ».

Certaines phrases sont répétées à l'identique, à de très nombreuses reprises :

« J'ai tellement de choses à te dire que j'en écrirais un livre »

« J'ai toujours vers moi la précieuse feuille de tilleul que tu m'as offerte »

Ces écrits font également preuve de l'enkystement des éléments délirants malgré la critique superficielle qu'elle affiche parfois :

« A. Garder mon logement

B. M'excuser auprès des XXX, c'était pathologique le harcèlement. Je l'aime + l'épouser

C. Contre-expertise psychiatrique, j'étais malade

D. Que M m'épouse ».

Elle est convaincue d'avoir eu des relations sexuelles avec lui, tout en ayant un discours très positif à l'encontre de son épouse :

« Je souhaite vivre heureuse près de toi, de tes enfants, en bons termes avec Mélanie que j'ai toujours appréciée ».

Les amorces de critique alternent avec des troubles du comportement inédits : elle tente de forcer le passage pour sortir, écrit de nombreuses lettres sur tous les supports qu'elle peut trouver – feuilles blanches, enveloppes des courriers de son avocate, notifications de soins sous contrainte... – et se montre même violente avec son père ; lors d'une sortie

accompagnée où elle veut poster une lettre destinée à Marc, elle mord la main de son père qui tentait de l'en empêcher et le bouscule violemment.

Elle se présente alors très incurie ; elle laisse notamment pourrir des aliments dans sa chambre, et ne critique pas ce comportement lorsque les soignants lui en font la réflexion.

Ariane sort le 28 novembre pour être ré-hospitalisée dès le lendemain. Un nouveau procès est prévu le 13 décembre ; elle se réjouit de cette perspective qui lui permettra de revoir Marc et espère qu'il la demandera en mariage à cette occasion. Le jugement confirme son interdiction de séjour pendant 3 ans, et la condamne à 5000 € de dommages et intérêts, une injonction de soins, ainsi qu'à 2 ans de prison avec sursis.

Ariane est alors re-sectorisée sur l'hôpital de la ville où elle a loué un nouvel appartement. Elle ne vivait plus chez elle depuis avril, hébergée successivement chez sa mère puis chez son père. Elle sort de cette septième et dernière hospitalisation sur le secteur d'origine le 14 décembre, avec pour unique traitement du Prozac.

Après deux mois de rupture de suivi, Ariane est ré-hospitalisée le 21 février 20XX, cette fois sur son nouveau secteur. Elle est admise en SDT – signé par son père – suite à une crise clastique à son domicile. La fête de la Saint-Valentin semble avoir réactivé ses troubles du comportement : elle affirme attendre un appel téléphonique de Marc, qui doit l'inviter à dîner ; elle a également repris ses comportements de filature, sans se montrer cette fois. Ariane se montre même sthénique à l'admission, accusant l'équipe de soins de compromettre ce rendez-vous : « *il va s'inquiéter si je ne suis pas chez moi* » ; son état d'agitation nécessite plusieurs jours en chambre de soins intensifs.

Les parents d'Ariane se montrent extrêmement inquiets. Sa mère, épuisée par le comportement de sa fille, se désole : « *je préférerais que ma fille soit morte* ».

Ariane ne critique pas son comportement : elle évoque une « *déception sentimentale* » et se lamente de rester à l'hôpital alors que son « *ami* » risque de l'appeler d'une minute à l'autre. Elle demande ainsi à l'équipe soignante de se faire « *intermédiaire* » et de transmettre divers courriers à Marc.

Au cours de l'hospitalisation, si elle reste persuadée que Marc lui a fait des avances, elle rationalise progressivement son propre comportement harcelant, expliquant avoir surinvesti cet homme pour échapper à « *l'emprise* » de son père et « *fuir cette*

relation infantilisante » dans laquelle il l'enferme. Ariane se déprime peu à peu : elle estime que l'absence de nouvelles de Marc prouve bel et bien qu'il ne veut plus la voir. Elle tient alors des propos suicidaires : elle estime ne pas pouvoir « *vivre sans lui* », que sa « *vie est foutue* » et que sa dernière solution est « *de se jeter sous un train* ».

Ces moments d'effondrement alternent avec des retours à sa conviction délirante inébranlable, et de demandes incessantes auprès de ses parents ou des soignants de contacter Marc.

Elle sort le 20 mars avec une prise en charge ambulatoire associant hôpital de jour, visites à domicile des infirmiers du CMP et passage quotidien d'une infirmière libérale à domicile pour assurer la bonne prise du traitement par Haldol (Halopéridol). La mesure de contrainte est levée.

Ariane se montre peu assidue à l'hôpital de jour. Sa mère informe les soignants qu'elle consomme de plus en plus d'alcool et qu'elle ne prend pas ses traitements.

Elle est de nouveau interpellée par les gendarmes le 7 avril, après avoir repris contact avec Marc. Elle est alors en demande d'hospitalisation, dans le but assumé de retarder la confrontation à la justice. Elle explique avoir eu une impulsion incontrôlable, une idée incessante dès le petit matin, c'était « *vital* » pour elle d'aller le retrouver. Elle reste persuadée qu'ils vont de nouveau être ensemble et qu'elle est l'unique fautive, ne lui ayant pas laissé suffisamment de temps.

Elle retourne voir Marc le 4 mai, une première fois en pleine nuit et à vélo, une seconde fois au petit matin. Une altercation physique a lieu : Marc la gifle, lui tire les cheveux et la jette au sol avant d'appeler les gendarmes. Elle harcèle ses parents ainsi que l'unité d'hospitalisation au téléphone depuis plusieurs jours. Elle est donc ré-hospitalisée en SDT et admise directement en chambre de soins intensifs au vu de sa sthénicité.

Le traitement neuroleptique passe sous forme retard par Haldol Décanoas. Ariane se déprime progressivement : « *ça me met le bourdon, je croyais que j'allais me marier* » et « *je me rends compte que je suis folle comme les autres* ».

La sortie est organisée le 24 mai.

En consultation, Ariane évoque de plus en plus ses idées suicidaires, elle irait régulièrement sur la voie ferrée et se plaint de la solitude. Elle est condamnée le 7 juin à deux mois de prison ferme.

Le 13 juin, Ariane est hospitalisée via la consultation médicale de suivi. Elle a, il y a quelques semaines, rencontré un homme par le biais des petites annonces. La relation a très vite dégénéré sur un mode érotomane : elle l'a harcelé au téléphone tout un week-end, nuit et jour. Il rompt tout contact lorsqu'elle se présente directement à sa porte. Elle dit chercher à tout prix à le « récupérer » et demande l'aide de sa psychiatre. Devant ses mises en danger, un soin sous contrainte est de nouveau mis en place. Ariane verbalise pour la première fois des angoisses d'abandon, tout en reconnaissant que son comportement l'éloigne de ceux qu'elle aime.

Ariane commence à faire des liens avec son histoire familiale, et notamment le viol subi par sa mère : « *c'est dommage que ce soit moi qui aille en prison et pas lui, je lui en veux* ».

Un entretien familial est organisé. Il s'avère que les parents semblent avoir eux-mêmes des repères assez flous concernant les limites : le père emmène ainsi régulièrement sa fille chez lui alors qu'elle est interdite de séjour dans la commune où il réside – elle se cache sous une couverture le temps du trajet.

Elle sort définitivement le 27 juin.

Conformément au jugement du mois de juin, Ariane est incarcérée le 1^{er} août. Son discours semble très psychiatriqué, elle nie avoir « *l'illusion délirante d'être aimée, mais c'est un TOC : je suis amoureuse d'un homme* ». Les psychiatres du SMPR repèrent une alternance entre espoir délirant – elle attend une seconde chance – et dépit dépressif avec idéations suicidaires. Elle bénéficie de remises de peine et sort le 18 septembre. Elle reprend l'hôpital de jour quotidiennement, ne semble pas déprimée, dort bien et se force à manger.

Le 2 octobre, elle quitte précipitamment l'activité d'hôpital de jour, prétextant une crise d'angoisse. L'entretien infirmier proposé à la suite la rassure, elle rentre chez elle.

Ariane se suicide le lendemain, 3 octobre 20XX. Elle avait écrit, quelques mois auparavant : « *Si je me suicide c'est à cause de Marc XXX : je ne peux pas vivre sans lui. Dites-le lui, j'ai*

trop honte de lui avoir fait du mal. Remettez-lui le portefeuille ci-joint et mon livre préféré, je lui lègue toutes mes affaires car ma garde-robe était pour lui plaire. Seul mon argent revient à mes parents, le reste est pour Marc, j'avais agencé mon appartement en fonction de lui. Ma vie n'a plus aucun sens sans lui ».

5.1.4 Manuscrit d'Ariane

Lettre manuscrite non datée, retranscrite dans son intégralité.

« SOS : je te demande pardon si je t'ai fait mal.

Je souffre atrocement : je n'ai qu'une envie : me supprimer

Marc,

En t'écrivant, je cours le risque de lourdes sanctions pénales. Mais ça m'étouffe : il faut que tu saches absolument que je t'ai toujours aimé et que je t'aime toujours véritablement. Ce dont tu as du douter, évidemment, surtout le 2 octobre, pour m'envoyer en prison.

Je te comprends. Le 2 octobre, j'étais pommée. Je t'en demande pardon. J'étais pas venue consulter les messages codés à cause de mon père qui, suite au contrôle judiciaire, m'avait emmené chez un oncle. Je n'ai pu y venir que le dimanche matin. J'ai été ridicule. Fallait que je reparte bien vite. Mon intention n'était pas de me montrer bien au contraire.

Je souffre le martyre de cette situation. Je refuse nos vies brisées à 40 ans. Je ne peux effacer 5 ans ainsi. Epouse-moi comme prévu, je t'en supplie, on a tant de bonheur à partager. Ça ne dépend que de toi, désormais.

Je vais vraiment très mal, je t'en supplie, j'ai brisé notre amour, c'est atroce, je suis telle une criminelle ! Je ne dors plus, j'ai perdu l'appétit, je suis une morte-vivante... Je t'en supplie, sauve-nous, je t'en supplie, je t'en supplie...

J'ai toujours été sincère sur mes sentiments, malgré mon attitude incohérente. Je t'en demande pardon, j'étais pommée. En effet, depuis avril, je ne suis pas rentrée habiter chez moi, allant chez ma mère puis chez mon père. J'y ai perdu mes repères, c'était une erreur. Mes parents voulaient ainsi me protéger du harcèlement, c'est l'inverse qui s'est produit. Je t'en demande pardon. Je consultais juste mon téléphone. Je réalise que je me serais bien mieux débrouillée seule chez moi. De plus, chez mes parents j'étais forcée de manger de la viande, c'était pas mon habitude, j'y ai perdu ma personnalité.

Je souffre atrocement notre séparation. J'ai envie d'une vie heureuse avec toi, de toutes les couleurs, pleine de joie et de soleil.

J'ai tellement de choses à te dire que j'en écrirais un livre...

J'aurais aimé être aidée pour trouver les mots qu'il faut, j'ai fait de mon mieux. Ici à l'hôpital, les médecins n'ont pas compris du tout le problème de notre histoire : pour eux, je suis érotomane donc une folle qui cherche à détruire un couple. Ce n'est pas du tout le cas, bien entendu, donc on ne peut pas m'aider pour ma lettre. Depuis mars on me prend pour une érotomane. J'avais juste besoin qu'on m'aide à ne plus te harceler, ils ne m'ont pas aidé comme il fallait.

J'espère que tu mesures le risque que je prends en t'envoyant cette lettre. Tu es toute ma vie donc peu m'importe de risquer la prison si cette lettre est mon seul espoir que tu reviennes vers moi.

Ariane.

*A l'hôpital donc ils n'ont rien compris, mon avocate non plus et mon père encore moins. Ça m'a déstabilisée ce manque de soutien, d'être considérée comme quelqu'un qui détruirait un couple. Pour eux vous étiez de dangereux adversaires, j'étais perdue dans cette histoire.
De plus d'avril à*

PS : je n'ai pas pu poster cette lettre + tôt, c'est pas évident de sortir de l'hôpital.

C'est dramatique que je sois obligée de t'envoyer cette lettre car si mon père m'avait laissé mes clefs de voiture, je serais venue le samedi soir consulter les messages codés, et aussi jeudi et vendredi où j'étais coincée chez mon oncle. Je ne me serais pas pointée dimanche matin, surtout que j'étais sous contrôle judiciaire ! Je comprends le choc que ça a du vous faire, j'ai été inconsciente. J'aurais dû attendre le dimanche soir.

Je n'avais pas mon libre-arbitre chez mon père car il me supprimait les clefs de voiture + le vélo tous les soirs. C'était ennuyeux pour les messages codés à consulter. J'en étais malade les jeudi, vendredi et samedi sans connaître les messages codés. C'est pour cela que je m'y suis précipitée dimanche matin.

J'étais perturbée car mon père était sans cesse sur mon dos à me surveiller. J'aurais jamais agi ainsi sinon.

C'est à cause de mon père qui me surveillait sans cesse que j'étais si perturbée fin septembre. J'avais pas mes clés de voiture. Je pouvais pas aller et venir comme je voulais. C'est là que j'ai fait des bêtises. J'avais pas mon libre-arbitre. J'aurais dû te le dire par SMS, tu aurais compris. Le jeudi soir j'aurais eu la voiture, je serais allée voir les messages codés, j'aurais pu violer mon contrôle judiciaire en me pointant dimanche. On serait ensemble. C'est à cause de mon père et je vais perdre mon logement ! J'aurais eu mon libre-arbitre tout le mois de septembre, j'aurais agi différemment. J'aurais pu consulter tous les soirs les messages codés, j'aurais été sereine.

C'est à cause de mon père qui m'a empêché d'aller consulter tes messages codés en me supprimant vélo et voiture.

C'est à cause de mon père je te le jure, sinon je ne serais jamais allée dimanche matin !

C'est à cause de mon père c'est évident que je serais allée dès le jeudi soir consulter les messages codés.

C'est à cause de mon père qui ne voulait pas me donner mes clefs de voiture. Je suis une fille intelligente. Jamais j'aurais risqué la prison. J'étais privée de mon libre-arbitre chez mon père, c'est ça qui m'a conduit à faire des bêtises, car je me suis rebellée.

C'est à cause de mon père

Je réalise soudain l'atrocité de la situation. Je suis une fille intelligente, jamais j'aurais risqué la prison. Je te le jure. Je suis loin d'être folle. C'est mon père qui me prend pour une malade. Je serais pas allée dimanche matin si j'avais pu y aller jeudi soir. C'est pas normal cette situation : on devrait être ensemble et j'aurais pas été en prison et je tiens à mon logement. Je te prie de me croire : je suis une fille intelligente. C'est mon père qui me traite comme une malade.

Je t'en supplie, si tu tiens un tant soit peu à moi de me croire : j'aurais pu consulter comme je voulais des messages codés, je ne serais pas allée dimanche matin. Je te supplie de me croire. A présent, je t'en supplie de faire quelque chose avant mardi : sauver notre couple et sauver mon logement. Je t'en supplie, je suis une fille intelligente, c'est d'avoir été sous l'emprise de mon père qui m'a déstabilisée. C'est atroce de réaliser ça maintenant. Je savais bien que quelque chose clochait, que j'étais pas dans mon état normal.

Je t'en supplie, jamais je ne me serais pointée le dimanche matin si j'avais eu mon libre-arbitre de venir le soir précédant.

En fait j'ai été privée de mon libre arbitre tant que j'étais chez mon père. C'est à présent que je réalise. Ce n'était pas moi dans le fond cette harceuse. Je suis quelqu'un d'équilibré normalement. Ça ne me ressemblait pas.

Je compte sur toi pour mardi, je t'en supplie : sauver notre couple et sauver mon logement. Il faut me croire, tu m'as connue équilibrée et discrète. C'est ainsi que je suis dans le fond. C'est vivre chez mon père qui n'allait pas.

Je t'en supplie, c'est trop atroce. Cette lettre est notre chance : sauver notre couple et sauver mon logement.

Je t'en supplie... je n'en dors plus la nuit, même assommée de Tercian, je ne dors pas. J'ai pas d'appétit non plus. C'est trop atroce. J'ai mal partout, j'ai envie de hurler et de tout casser !

Je m'excuse pour le coup de fil de vendredi 28, j'étais chez mon père, encore, décidément chez lui ça ne va pas.

Je suis une fille intelligente, jamais je n'aurais risqué la prison après la mise sous contrôle judiciaire. Ça ne me ressemblait pas cette attitude.

Cette lettre est notre seule chance... je t'en supplie... je suis une fille intelligente quand je suis bien entourée. Avec ma mère j'aurais jamais fait toutes ces bêtises. Ou même seule chez moi, j'aurais eu mon libre-arbitre, j'aurais agi intelligemment.

Je t'en supplie, c'est trop grave : normalement on aurait du diner ensemble le 16 octobre si j'avais eu mon libre-arbitre.

J'ai été privée de mon libre-arbitre en habitant chez mon père

C'est la raison pour laquelle j'ai fait que des bêtises.

Je te l'assure, c'est la vérité.

Normalement on devrait être ensemble.

Ça n'est pas moi cette harceuse qui mérite la prison et de perdre par-dessus tout l'Homme qu'elle aime et son logement !

Je n'étais plus moi-même, c'est affreux !

Je comprends que tu m'aies laissée tomber dans ce cas.

Je suis une fille intelligente, si je suis allée en prison c'est pas pour m'amuser, c'est que j'étais perturbée.

C'est vraiment à cause de mon père qui ne me laissait pas de libre-arbitre que j'ai été déstabilisée.

Jamais j'aurais dû me comporter comme je l'ai fait cette semaine du 1^{er} octobre : n'ayant pas vélo ou auto à disposition, je n'étais pas libre du tout de mes mouvements.

Je suis pas folle du tout, c'est l'emprise de mon père sur moi qui m'a déstabilisée. Je te prie de me croire.

On aurait du diner ensemble le 16 octobre si libérée de l'emprise de mon père je n'avais pas été déstabilisée toute la semaine.

C'est vraiment à cause de l'emprise de mon père sur moi que j'étais si déstabilisée. Depuis la mi-juillet je vivais chez lui, c'était une grave erreur. Normalement, je suis une fille sensée, bien équilibrée telle que tu m'appréciais. Je ne suis pas une folle qui harcèle les gens pour le plaisir. Retrouvant mes repères chez moi, je suis une fille bien.

C'est pourquoi j'ai besoin de retrouver mon logement, depuis avril, je n'y ai pas habité. Il me manque et je ne supporte pas l'idée qu'au tribunal on peut me le supprimer.

Si je n'avais pas révoqué mon contrôle judiciaire, on aurait diné ensemble le 16 et j'aurais gardé mon logement.

Je le répète, c'est à cause de mon père qui a trop d'emprise sur moi. »

5.2 Discussion

5.2.1 Discussion diagnostique et étiologique

Ariane vit un véritable choc idéo-affectif : l'amour lui apparaît brutalement, en « *ce premier jour de 20XX où l'on s'est rencontrés* ». Dès lors, elle ne doutera plus un seul instant des sentiments de Marc à son égard et de vivre avec lui « *un véritable Amour si pur depuis 5 ans* ».

Ariane n'a aucune hallucination visuelle ou acoustico-verbale ; la base de son délire est imaginative, puis s'y greffent d'innombrables interprétations favorables. Tout est prétexte à nourrir son illusion délirante : chaque geste de Marc est une déclaration ; chaque prix, chaque poisson a une signification qu'elle seule peut comprendre – ainsi le saumon d'Irlande lui fait comprendre que Marc veut l'y inviter pour les vacances.

Marc jouit de toutes les qualités à ses yeux : gentil, aimable et séduisant, il est l'homme idéal et romantique qui l'emmènera jusqu'à l'autel. Son attachement pour lui demeure constant. Elle évoquera deux autres hommes, sans jamais verbaliser de sentiments pour le premier, et se détachant en quelques jours du second pour revenir vers son objet privilégié.

Ariane se soucie peu de l'épouse de Marc, qu'elle ne considère aucunement comme une rivale ; elle réaménage la réalité en se convaincant de leur divorce imminent.

L'amour délirant d'Ariane reste longtemps discret, puis s'exprime de plus en plus bruyamment. Elle lui offre des fleurs, le suit dans tous ses déplacements, lui écrit d'innombrables lettres d'amour ; en un mois d'hospitalisation, elle noircit 48 pages manuscrites, ornées de cœurs et griffonnées jusque dans les marges – « *j'en écrirais un livre* ».

Ni les hospitalisations ni les incarcérations ne parviennent à mettre un terme à ce harcèlement. Ariane interprète en sa faveur le comportement paradoxal de Marc, quelles qu'en soient les circonstances. Elle lui donne même raison : elle aurait dû lui laisser le temps de conclure son divorce, elle s'est montrée trop empressée, Marc a « *eu raison de [la] remettre à [sa] place en allant au commissariat* ».

Cet espoir délirant alterne avec des phases de dépit suicidaire : « *je suis mal, très mal, au bord de la folie, du suicide* ». Ariane ne critique pas ses troubles, elle ne remet pas en cause

son histoire amoureuse avec Marc, mais prend peu à peu conscience que leur « *relation* » n'a pas d'avenir. Elle rationalise ce constat en se culpabilisant d'avoir fait fuir Marc par son attitude de séduction active. Cette culpabilité nourrit de fortes idées suicidaires ; les rationalismes incessants – « *il n'est pas prêt mais dans le fond il tient quand même à moi* » – laissent néanmoins présager des résurgences d'espoir.

La phase de rancune n'est pas clairement constituée chez Ariane. Elle va néanmoins montrer une certaine véhémence contre les tiers considérés comme obstacles : « *de terribles incidents nous séparent* » ; son « *mauvais* » psychiatre hospitalier l'a « *dézinguée* », tandis que son père « *ne croit pas à [leur] idylle, il fait tout pour la démolir* ».

L'ossature du délire érotomaniaque selon Clérambault, à savoir le postulat fondamental et la conduite paradoxale, sont bien identifiables chez Ariane. Le choix d'objet n'est pas classique, le prestige social de Marc n'étant pas évident ; à moins que son statut d'homme inséré socialement, travaillant à son propre compte et père de famille, apparaisse à Ariane comme prestigieux comparativement à sa propre précarité sociale et affective. Le classique platonisme n'est pas retrouvé, Ariane évoquant, certes rarement, sa sexualité fantasmée avec Marc ; cet élément n'est néanmoins pas indispensable au tableau érotomaniaque.

Ariane traverse plus ou moins simultanément les trois phases évolutives. Si son délire alterne majoritairement entre espoir et dépit, il est possible d'individualiser quelques éléments de rancune.

L'érotomanie d'Ariane recouvre les critères de l'érotomanie primaire de Clérambault.

Le début en est précisément datable, le caractère délirant du choix de l'objet repose sur un mécanisme exclusivement imaginaire. Il n'est retrouvé aucune autre thématique délirante. L'attention reste fixée sur le même objet pendant la quasi-totalité du vécu délirant, sans autre évolution que la diachronie classique.

Les antécédents psychiatriques d'Ariane – troubles obsessionnels et troubles du comportement alimentaire – pourraient remettre en cause la pureté du syndrome érotomaniaque. La clinique érotomaniaque est néanmoins suffisamment classique pour qu'ils ne soient considérés qu'en tant que troubles comorbides. Le diagnostic d'érotomanie primaire – ou trouble délirant persistant – peut donc être retenu.

Les différents psychiatres qui ont été amenés à prendre en charge Ariane ne sont pas tous en accord avec ce diagnostic. Un trouble grave de la personnalité, de type hystérique ou obsessionnelle, a été évoqué à plusieurs reprises au cours des soins.

Un délire hystérique a été questionné chez Ariane au vu de sa démonstrativité et de la thématique érotisée de son délire.

Le diagnostic différentiel s'appuie sur l'analyse des critères sémiologiques en faveur d'un substratum hystérique :

- le mode d'entrée du délire : le début est brutal dans la psychose hystérique, assujetti à un événement déclenchant dans l'histoire du sujet – événement traumatique récent non retrouvé chez Ariane.

- les caractéristiques du délire : de type oniroïde, le délirium hystérique ne réalise pas le tableau complet de l'érotomanie – chez Ariane, les critères cliniques sont tous retrouvés, hormis le platonisme qui est loin d'être indispensable au diagnostic. Il n'est retrouvé en outre aucun épisode d'allure crépusculaire.

- la personnalité pré-morbide : Ariane ne présente a priori aucun trait de personnalité hystérique avant l'épisode délirant actuel.

La dimension sexualisée des troubles ne peut en aucun cas suffire à poser ni même évoquer le diagnostic d'hystérie : les enjeux relationnels et sexuels ne sont pas pathognomoniques des troubles névrotiques. Sa démonstrativité relève plus de l'exaltation amoureuse et d'une présentation hypomaniaque – classiques de l'érotomanie – que d'un théâtralisme hystérique.

Le diagnostic de délire hystérique ne semble donc pas s'accorder avec la clinique présentée par Ariane.

La dimension obsessionnelle peut également être discutée chez Ariane.

Ses antécédents de troubles obsessionnels compulsifs dans l'enfance, puis de troubles du comportement alimentaire, sa hantise du changement – elle vit très mal le déménagement forcé –, sa rigidité de pensée mais surtout ses obsessions idéatives concernant Marc peuvent évoquer un trouble obsessionnel.

L'analyse plus poussée de la clinique rejette néanmoins cette hypothèse ; si la proximité symptomatique entre trouble obsessionnel et psychose n'est plus à prouver, un certain

nombre de critères, restés stables depuis Esquirol jusqu'au DSM-5, permettent de faire le diagnostic différentiel :

- la conscience morbide du trouble : l'obsessionnel a généralement un bon niveau d'insight, du moins au tout début de la maladie. Ariane ne critiquera ni ne doutera jamais de son amour délirant, ni à l'éclosion du délire ni après plusieurs mois d'évolution.

- le caractère intrusif : l'obsessionnel n'a pas de maîtrise sur la survenue de ses obsessions. Ariane est également victime de la fixation amoureuse : elle évoque ses ruminations, des « *impulsions incontrôlables* », mais dont elle ne critique à aucun moment une quelconque attribution interne.

- la détresse et la lutte anxieuse : Ariane ne souffre pas de ses obsessions, elle souffre des obstacles qui la séparent de Marc. Elle ne met en place aucun rituel conjuratoire, elle ne s'épuise pas psychiquement dans une lutte anxieuse contre les obsessions.

Les éléments pseudos-délirants, s'ils peuvent exister chez le sujet obsessionnel, ne sont que de courte durée, tandis qu'Ariane conserve les mêmes ruminations idéatives durant toute la durée de son vécu érotomane. De même les troubles obsessionnels compulsifs de l'enfant sont bien souvent ponctuels et ne préjugent pas de la structure psychique future. L'incurie d'Ariane, notamment lors des hospitalisations – accumulation de fruits pourris dans sa chambre, refus de se laver – peut s'interpréter comme un mouvement d'agressivité sadique-anale, ou en tant que symptôme psychotique.

Enfin l'absolue inefficacité des rappels à la loi ne témoigne pas en faveur d'un trouble obsessionnel, où la classique soumission à l'autorité ne permettrait pas une telle évolution médico-légale.

Il s'agit donc tout au plus chez Ariane de pseudos-obsessions psychotiques accompagnées de quelques traits de personnalité obsessionnelle. Le symptôme obsessionnel intervient comme mécanisme de défense, permettant de contenir la menace de morcellement psychotique.

Le symptôme ne signe pas la structure, disait Bergeret. Une analyse clinique fouillée permet ainsi de se dégager d'un cortège symptomatique d'allure névrotique, au profit d'une structure et d'un fonctionnement fondamentalement psychotiques chez Ariane.

5.2.2 Discussion psychopathologique

La fonction défensive du délire est évidente chez Ariane, notamment en tant que délire compensateur de profondes failles narcissiques, remontant à l'enfance. Enfant non désirée par son père, enfant potentiellement issue d'un viol conjugal, enfant transportée entre le foyer parental et celui de ses grands-parents au rythme des décompensations d'une mère malade : Ariane ne se construit pas sur des bases sécurisées. Cela se traduit par ses troubles anxieux obsessionnels puis par ses troubles du comportement alimentaire ; troubles alimentaires qui l'empêcheront de se réaliser professionnellement. La petite fille se rêvant vétérinaire finit par travailler six heures par semaine comme aide à domicile, renoncement total à son ambition, qui la conduira vers une psychothérapie de plusieurs années.

En plus des déboires de sa vie professionnelle, l'échec de sa vie amoureuse et sociale lui pèse, elle déplore son « *absence de confiance en [s]oi* » dont elle fait elle-même un facteur de « *non responsabilité* » dans ses conduites harcelantes. Alors qu'elle a « *tellement l'habitude des échecs* », la relation – certes illusoire – avec Marc la revalorise : paré de toutes les qualités, un homme idéal est prêt à quitter sa femme pour elle.

Ariane se renarcissise grâce au délire érotomane. « *Je suis une fille intelligente, je suis une fille bien* » répète-elle à l'envi dans ses lettres ; le seul usage du substantif *fille* en lieu et place de *femme* – plus adapté pour une adulte de 40 ans – suffit néanmoins à mesurer la superficialité et la fragilité de cette nouvelle estime d'elle-même.

Lorsque le délire protecteur s'effondre, sa profonde béance narcissique rejaillit immédiatement : « *finalement, je me disais que c'était presque trop beau pour moi d'être aussi heureuse* », « *je me rends compte que je suis une folle comme les autres* ». La critique est rare et reste centrée uniquement sur les faits de harcèlement ; il est bien trop dangereux pour elle de se confronter à l'inanité de sa situation amoureuse, et à la l'angoissante identification à sa mère psychotique.

La conflictualité œdipienne est également prégnante chez Ariane. Son père semble jouer un rôle central dans le processus psychopathologique de son érotomanie. Les seuls mouvements hétéro-agressifs chez Ariane ont d'ailleurs pour cible son père : elle se montre à une occasion violente à son égard, allant jusqu'à le mordre ; quelques mois plus tard, lors

d'une crise clastique à son domicile, elle brise électivement les objets lui ayant été offerts par ses parents.

Ariane se sent « *infantilisée* » par son père ; lorsqu'elle vit seule, il vient à son domicile tous les jours pour assurer l'entretien de son logement mais également pour la faire manger. Il signe la majorité des demandes de tiers lors des hospitalisations sous contrainte, et l'héberge quelques mois à son propre domicile pour s'assurer qu'elle ne réitère pas ses comportements harcelants – sans le moindre effet ceci dit. Ce séjour chez son père semble troubler Ariane : « *privée de [s]on libre arbitre* », « *déstabilisée* », « *dévaloris[ée]* », elle martèle dans ses lettres : « *c'est à cause de mon père* ».

Ariane, dans un fonctionnement très projectif, rationalise ses troubles du comportement en accusant un persécuteur, unique responsable de tous ses maux. L'interprétation stricte de ses écrits semble un peu trop facile, mais ouvre néanmoins des pistes de réflexion au fur et à mesure des tentatives d'élaboration d'Ariane.

Elle décrit une relation d'« *emprise* » avec son père et tente d'expliquer son comportement : « *je voulais sortir de ma régression lorsque j'habitais chez mon père, et j'ai trouvé le moyen en harcelant le monsieur* ». Enième rationalisme, l'érotomanie d'Ariane et ses conduites de harcèlement ayant débuté plusieurs mois avant ce séjour chez son père – et plusieurs années après avoir vécu avec lui comme jeune adulte.

Le terme de régression interroge toutefois sur ce que cette nouvelle cohabitation *forcée* avec son père a pu raviver chez elle. La figure paternelle portée par son père apparaît – dans le discours d'Ariane, lui-même assujetti à celui de sa mère – bien peu sécurisante : il aurait violé sa mère, l'aurait trompée, abandonne Ariane aux grands parents, quitte le foyer familial à plusieurs reprises.

Les limites sont floues voire confuses au sein du complexe familial : le couple parental est également un couple soignant-soigné, le foyer d'Ariane se partage entre ses grands-parents, ses parents, puis sa mère et son père. Cette porosité dans les frontières se remarque aussi une fois Ariane adulte : lors d'une hospitalisation, sa mère l'emmène en permission sans autorisation préalable – faisant craindre une fugue aux soignants – et son père la conduit chez lui cachée sous des couvertures, malgré l'interdiction pénale de s'y rendre.

Cette « *absence de cadre* » – et d'interdits – qu'Ariane déplore elle-même, la dimension sexualisée de la narration familiale, l'omniprésence du père dans le quotidien et le discours d'Ariane, sont des éléments évocateurs d'un climat familial incestuel. L'investissement

massif de Marc, lui-même père de famille, pourrait être une défense contre des fantasmes œdipiens intolérables car plus ou moins inscrits dans la réalité.

Si son père est omniprésent dans son discours, c'est loin d'être le cas de sa mère, dont elle ne parle quasiment jamais. Celle-ci est pourtant très présente auprès d'Ariane, et l'héberge elle-même quelques semaines après une hospitalisation.

La mère d'Ariane tient un discours plus que dénigrant à l'égard de sa fille, que ce soit lors d'échanges informels avec les soignants : « *elle me pompe* », « *je préférerais que ma fille soit morte* », ou lors d'entretiens familiaux dédiés : « *tu es un cochon, tu vis dans une porcherie [...] tu finiras seule, aucun homme de voudra de toi* ». Ariane, enfant, n'a jamais pu introjecter l'image de sa mère, trop fréquemment absente au gré de ses hospitalisations. Les attaques dévastatrices de cette mère incorporée, fusionnée, résonnent comme de funestes prédictions, voire comme injonction maternelle de partager son destin pathologique. Sa mère la nourrit comme elle la détruit ; l'objet érotomaniaque échoue à faire tiers, tout comme le père échoue dans la réalité. Ariane s'abîme, comme sa mère l'a prévu, dans la solitude aliénante, l'incurie, puis le suicide.

Comme fréquemment chez les érotomanes, l'apparent conflit œdipien intervient comme écran à une relation mère-fille plus qu'angoissante et destructrice. L'objet de l'érotomane, dans sa bienveillance maternelle, vient contrer les attaques ravageuses d'une mère *dévorante*.

L'espoir harcelant d'Ariane alterne avec des effondrements de dépit suicidaire. Confrontée aux preuves du rejet de Marc – pas d'appels téléphoniques comme attendu, multiples plaintes – Ariane se déprime sur un mode mélancoliforme. L'humiliation narcissique se nourrit d'idées de culpabilité et de dévalorisation : « *j'ai trop honte de lui avoir fait du mal* ». Ariane lie sa survie au maintien de la relation idéalisée à Marc : « *le but de ma vie c'est de t'épouser. Sinon, j'en mourrai* ». La recrudescence de ses conduites anorexiques peut être interprétée comme un équivalent suicidaire ; elle déclare lors des hospitalisations : « *je vais me laisser mourir* ».

Sa survie psychique est bel et bien en jeu ; lorsqu'elle sent son délire lui échapper, les angoisses psychotiques de morcellement resurgissent, elle est « *comme mutilée de partout* ».

Le suicide d'Ariane est son ultime *défense* contre l'anéantissement psychique qui la guette depuis des mois.

5.2.3 Discussion criminologique

Les troubles du comportement et les passages à l'acte d'Ariane s'intègrent parfaitement au sein des trois phases évolutives du délire érotomaniaque.

Lorsqu'elle est portée par son espoir amoureux, Ariane se montre extrêmement harcelante envers Marc, dans d'authentiques comportements de stalking :

- tentatives de communication : lettres, appels téléphoniques, messages sur la voiture
- tentatives de rapprochement : à son domicile et sur son lieu de travail
- conduites de filature et de surveillance : le suit dans tous ses déplacements, fait le guet devant son domicile et devant la poissonnerie
- cadeaux : lui offre plusieurs présents à la poissonnerie.

Il n'est pas retrouvé de comportement agressif ou violent chez Ariane pouvant justifier d'un sentiment de peur chez Marc. Néanmoins, celui-ci semble – en toute logique – vivre comme une menace implicite les comportements de filature de son épouse et de ses enfants.

Ses comportements intrusifs s'étendent sur une durée de plusieurs mois, provoquant chez Marc des comportements défensifs violents, reflets de l'impact du harcèlement sur son propre équilibre psychique.

Ce stalking en règle s'intègre dans la *revendication amoureuse extrême*, nécessaire au fragile équilibre psychique d'Ariane. Elle a besoin de ce lien permanent à Marc. Chaque hospitalisation la sépare de son objet et enferme Ariane dans le dépit et une dépressivité suicidaire. Ni les hospitalisations sous contrainte, ni les incarcérations n'ont d'effet dissuasif. Ses rares mouvements hétéro-agressifs sont dirigés envers des tiers ; ce processus de triangulation permet de protéger l'idéalisation de son objet.

Le premier persécuteur se trouve être son propre père. Dans ses nombreux manuscrits, Ariane le dénonce comme responsable de son échec amoureux : « *c'est à cause de mon père* », répète-elle à de très nombreuses reprises. Son unique passage à l'acte hétéro-agressif a d'ailleurs pour objet son père. Elle le bouscule et le mord violemment au cours d'une promenade en dehors du service d'hospitalisation. En apparence, ce geste s'inscrit dans un désaccord sur une lettre qu'elle veut poster, ce à quoi il s'oppose. Les motivations de cet acte violent sont probablement plus profondes : son père est considéré comme obstacle à sa relation amoureuse. Il est le persécuteur qui entrave son épanouissement amoureux et qui concentre son agressivité, dans une dynamique de triangulation.

Son psychiatre hospitalier est également investi dans le rôle de tiers-obstacle : il est un « *mauvais psy* » qui ne cherche ni à la comprendre, ni à l'aider, mais à l'enfermer.

L'image de l'objet reste ainsi intacte et Marc ne souffrira jamais de l'agressivité d'Ariane.

L'investissement de son père comme figure persécutrice a probablement été majoré par son statut de tiers lors des hospitalisations sous contrainte. Le père fait alors authentiquement obstacle aux projets amoureux d'Ariane, quand bien même il le fait dans un but de protection. La violence dont a fait preuve Ariane vis-à-vis de son père semble d'une moindre gravité. La littérature internationale offre néanmoins quelques exemples aux issues plus dramatiques : Hinckley, Poddar... Ce risque – certes faible – de passage à l'acte à l'encontre du persécuteur désigné par la triangulation doit être pris en compte dans la prise en charge des érotomanes. Une fois identifié comme persécuteur, le père d'Ariane aurait pu être soustrait à son rôle de tiers dans les demandes d'hospitalisation, afin de ne pas nourrir la rancune d'Ariane et de le protéger de ses mouvements agressifs.

Le diagnostic d'érotomanie délirante ne fait pas de doute chez Ariane. L'expertise psychiatrique pénale est donc indispensable au magistrat, et doit répondre aux questions suivantes :

- l'examen du sujet révèle-t-il des anomalies mentales ou psychiques ? Dans l'affirmative, les décrire et préciser à quelles affections elles se rattachent.

A la lecture de son dossier, Ariane semble souffrir d'un trouble délirant persistant de type érotomaniaque, évoluant depuis plusieurs mois, et alternant entre les phases d'espoir et de dépit.

- l'infraction qui lui est reprochée est-elle en relation avec de telles anomalies ?

Il existe un lien direct entre le trouble érotomaniaque et les faits de harcèlement qui lui sont reprochés. Ariane est convaincue de partager une relation amoureuse avec un commerçant de son quartier, qu'elle harcèle de ses déclarations passionnées.

- le sujet présente-t-il un état dangereux ?

Ariane ne présente pas de facteurs de dangerosité psychiatrique – pas de problématique addictive ou de comportement antisocial antérieur – ni de facteurs prédictifs de violence propres à l'érotomanie – pas de trouble de la personnalité du cluster B, pas de pluralité des objets, pas d'éléments en faveur d'une érotomanie secondaire.

- le sujet est-il accessible à la sanction pénale ?

Ariane ne semble pas, du fait de l'intensité de sa pathologie et de l'absence de critique, accessible à une sanction pénale – ce qui sera d'ailleurs confirmé par l'absence totale d'effet dissuasif de ses deux incarcérations.

- le sujet est-il curable ou réadaptable ?

Ariane nécessite un suivi psychiatrique régulier. Sa pathologie érotomaniaque peut être stabilisée sous couvert d'un suivi psychothérapeutique et d'un traitement antipsychotique adaptés.

- le sujet était-il atteint au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant soit aboli son discernement ou le contrôle de ses actes au sens des dispositions de l'article 122-1 alinéa 1 du Code Pénal, soit altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes au sens des dispositions de l'article 122-1 alinéa 2 du Code Pénal ?

Au moment des faits, Ariane présentait un état délirant avec adhésion totale et rationalismes morbides, ayant pour conséquence, à la seule lecture de son dossier, une abolition de son discernement et du contrôle de ses actes au sens de l'article 122-1 alinéa 1 du Code pénal.

Les experts et les magistrats ayant rencontré Ariane ont néanmoins conclu à une simple altération de son discernement.

L'érotomanie d'Ariane s'achève sur son suicide. Elle verbalisait depuis plusieurs mois des idées suicidaires. Celles-ci n'ont néanmoins jamais été associées à des velléités d'homicide-suicide ; Ariane n'a jamais eu de fantasme d'union éternelle avec Marc. Son suicide est un acte de désespoir et de solitude.

L'histoire d'Ariane est une illustration tout à fait classique de l'érotomanie : un tableau clinique pur et néanmoins sujet à de multiples questionnements diagnostiques ; une réflexion psychopathologique riche et complexe, pouvant nourrir l'indispensable travail psychothérapeutique ; une évolution classique : harcèlement amoureux, agressivité mineure et conclusion suicidaire.

CONCLUSION

Le délire érotomane se développe autour d'une idée princeps : le sujet est aimé par l'objet, qui le premier a été épris et le premier a fait des avances. L'ensemble de la symptomatologie concourt à renforcer ce postulat fondamental, et à contrer tout élément de la réalité qui ne serait pas congruent avec le roman d'amour délirant. Toute manifestation d'indifférence ou de rejet sera réinterprétée comme irréfutable preuve d'amour. Cette lutte incessante avec la réalité protège le postulat délirant, lui-même indispensable à l'équilibre psychique du sujet.

Confronté à des angoisses archaïques de néantisation, le sujet s'illusionne d'une relation idéale dans laquelle l'objet le protège de cette menace d'effondrement et le renarcisse. Le délire intervient comme solution défensive, prémunissant le sujet d'une confrontation destructrice à l'épreuve de réalité. L'objet délirant est le garant de la survie psychique de l'érotomane. Les passages à l'acte violents s'intègrent totalement dans cette dynamique de défense contre la perte de l'objet.

Dans un premier temps, le sujet est susceptible de se montrer violent dans sa revendication amoureuse passionnelle. Puis, lorsque la réalité s'impose malgré tout au sujet, le passage à l'acte revêt une dimension défensive, dans le but de rétablir l'illusion d'une relation amoureuse fusionnelle. Le sujet rejeté peut déplacer sa rancune vers un tiers, créant une situation de triangulation qui protège l'idéalisation de l'objet. L'érotomane peut également s'en prendre directement à son objet : un objet mort ne risque plus d'abandonner le sujet, il lui reste éternellement fidèle, tandis que l'homicide-suicide permet une union éternelle dans la mort. Les violences demeurent néanmoins rares dans l'érotomanie, et doivent systématiquement questionner le degré de responsabilité pénale de ces sujets en proie à d'authentiques vécus délirants. Le suicide, ultime défense contre l'anéantissement psychique, constitue in fine la modalité de passage à l'acte la plus fréquente chez les érotomanes.

L'impérieuse nécessité du maintien de la relation à l'objet doit être prise en compte dans la prise en charge thérapeutique de tout patient érotomane. La rupture brutale du lien à l'objet ne peut qu'engendrer une recrudescence des angoisses du sujet, et ainsi favoriser le risque de passage à l'acte défensif visant à rétablir l'illusion de possession. Dans la réalité si cela est

possible, ou fantasmatiquement, l'objet à toute sa place dans le processus thérapeutique et notamment dans le long travail de désillusion.

Esquirol recommandait en son temps un déplacement affectif habile sur une tierce personne ; il touchait du doigt la notion fondamentale du cadre thérapeutique de l'érotomanie. L'introduction du tiers est indispensable, afin de se dégager du paroxysme passionnel dans lequel est pris l'érotomane. Le classique cadre thérapeutique duel ne fait que déplacer le transfert érotomaniaque de l'objet vers le thérapeute. Les psychanalystes modernes, chacun à leur façon – le psychodrame analytique de Kestemberg, le cadre pluriel de Dalle – participent à ce travail de dépoliarisation sujet-objet, tout en offrant au patient la possibilité d'un multi-transfert viable et sécurisant. L'articulation entre lieux de soins extérieurs, hospitalisation temps plein et prises en charge groupales permet également un travail autour des espaces transitionnels, entre réalité délirante et réalité extérieure.

Cette étude de l'érotomanie renforce l'hypothèse diagnostique d'un syndrome érotomaniaque évoluant chez l'auteur de la lettre citée en introduction. Le transfert érotomaniaque n'est pas rare dans la relation patient-psychiatre. Il ne doit cependant pas être banalisé, ni même occulté : le patient, déjà suivi en psychiatrie et développant des idéations érotomaniaques à l'encontre de son thérapeute, est susceptible de présenter un certain nombre des caractéristiques identifiées précédemment comme facteurs de risques de passages à l'acte hétéro-agressifs – pathologie psychiatrique antérieure, abus de substances, trouble de la personnalité – mais est également susceptible d'un passage à l'acte suicidaire.

Outre la gestion de son contre-transfert, et des questionnements teintés de culpabilité sur ce qui a pu, chez soi, provoquer ou du moins favoriser un tel transfert, l'objet-thérapeute aura tout intérêt à instaurer une certaine distance, s'extrayant de la relation duelle par le biais de la triangulation autour d'espaces soignants, sans pour autant rompre brutalement et totalement tout lien avec le patient.

BIBLIOGRAPHIE

ABRAHAM, Nicolas et TOROK, Maria. Introjecter-incorporer. Deuil ou mélancolie. *Nouvelle revue de psychanalyse*, 1972, vol. 6, p. 111-122.

BALL, Benjamin. *De la responsabilité partielle des aliénés*. Lefrancois, 1888.

BALL, Benjamin. *La folie érotique*. Baillière, 1888.

BÉNÉZECH, Michel. La responsabilité pénale du malade psychotique ou bipolaire en intercrise. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. Elsevier Masson, 2015. p. 129-135.

BERGERET, Jean, et al. *La personnalité normale et pathologique*. Dunod, 1974.

BERRIOS, German E. et KENNEDY, Noel. Erotomania : a conceptual history. *History of Psychiatry*, 2002, vol. 13, no 52, p. 381-400.

BOULEY, Denis, MASSOUBRE, Catherine, et al. Les fondements historiques de la responsabilité pénale. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. Elsevier Masson, 2002. p. 396-405.

BOURGEOIS, Marc-Louis. Le harcèlement, nouvel enjeu (psychojudiciaire) des relations humaines. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. Elsevier Masson, 2004. p. 550-553.

BOURGEOIS, Marc-Louis, et BÉNÉZECH, Michel. La dioxis (stalking), le harcèlement du troisième type. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. Elsevier Masson, 2002. p. 316-321.

BRÜNE, Martin. Erotomantic stalking in evolutionary perspective. *Behavioral sciences & the law*, 2003, vol. 21, no 1, p. 83-88.

CLÉRAMBAULT, Gaëtan Gatian. Les psychoses passionnelles. *Œuvres psychiatriques*. PUF, 1942.

COLLACOTT, Richard A. et NAPIER, E. M. Erotomania and Fregoli-like state in Down's syndrome : dynamic and developmental aspects. *Journal of Intellectual Disability Research*, 1991, vol. 35, no 5, p. 481-486.

DALLE, Benoît, EDEL, Yves, et FERNANDEZ, Alejandro. " *Bien que mon amour soit fou* " : *Érotomanies, du regard à une écoute*. Institut Synthelabo, 1998.

DE PORTUGAL, Enrique, GONZÁLEZ, Nieves, HARO, Josep M., et al. A descriptive case-register study of delusional disorder. *European Psychiatry*, 2008, vol. 23, no 2, p. 125-133.

ELLIS, Peter, et MELSOP, Graham. De Clérambault's syndrome – a nosological entity? *The British Journal of Psychiatry*, 1985, vol. 146, no 1, p. 90-93.

ENOCH, Morgan David, et TRETOWAN, William Henry. *Uncommon psychiatric syndromes*. Butterworth Heineman, 1967.

ESQUIROL, Étienne. *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*. Baillière, 1838.

FERDIÈRE, Gaston. *L'érotomanie*. Doin, 1937.

FINET, André, et al. *Le code de Hammurabi*. Cerf, 2002.

FOUILHOUX, Natacha, KAHVEDJIAN, Agop, et PETITJEAN, François. Érotomanie et harcèlement. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. Elsevier Masson, 2004. p. 574-576.

FREUD, Sigmund. Psychologie collective et analyse du moi. *Essais de psychanalyse*, 1921.

FREUD, Sigmund. Le Président Schreber. Remarques psychanalytiques sur un cas de paranoïa décrit sous forme autobiographique. *Cinq psychanalyses*, 1911, p. 379-478.

FRÍAS, Álvaro, PALMA, Cárol, FARRIOLS, Núria, et al. Sexual feelings toward the therapist among patients with borderline personality disorder : a case of erotomaniac delusional disorder. *Archives of sexual behavior*, 2015, vol. 44, no 1, p. 3.

GAGNÉ, Pierre et DESPAROIS, Lucie. L'érotomanie male : un type de harcèlement sexuel dangereux. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 1995, vol. 40, no 3, p. 136-141.

GARNIER, Paul. *La folie à Paris: étude statistique clinique et médico-légale*. Baillière, 1890.

GOLDSTEIN, Robert L. De Clérambault in court : A forensic romance. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 1978, vol. 6, no 1, p. 36-40.

GOLDSTEIN, Robert L. Erotomania in men. *The American journal of psychiatry*, 1986.

GOLDSTEIN, Robert L. More forensic romances : De Clérambault's syndrome in men. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry & the Law*, 1987.

GORI, Roland. L'enfant mort des passions. *Cliniques méditerranéennes*, 2004, no 2, p. 45-58.

GUIGNARD, Laurence. Discerner la folie des criminels au XIXe siècle. *Hypothèses*, 2000, vol. 3, no 1, p. 95-102.

GUIGNARD, Laurence. Sonder l'âme des criminels : expertise mentale et justice subjective au tournant des années 1860. *Revue d'Histoire des Sciences Humaines*, 2010, no 1, p. 99-116.

GUYONNET, Damien et TIXIER, Gérard. *Les paranos : mieux les comprendre*. Ed. Payot & Rivages, 2009.

HARMON, Ronnie B., ROSNER, Richard, et OWENS, Howard. Obsessional harassment and erotomania in a criminal court population. *Journal of Forensic Science*, 1995, vol. 40, no 2, p. 188-196.

HAUSTGEN, Thierry. À propos du centenaire de la psychasthénie (1903) : Les troubles obsessionnels-compulsifs dans la psychiatrie française: revue historique. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. Elsevier Masson, 2004. p. 427-440.

HINTZEN, Annelie K., WILHELM-GÖBLING, Claudia, et GARLIPP, Petra. Combined delusional syndromes in a patient with schizophrenia : erotomania, delusional misidentification syndrome, folie à deux and nihilistic delusion. *German Journal of Psychiatry*, 2010, vol. 13, no 2, p. 96-99.

JEAMMET, Philippe. Le passage à l'acte. *Imaginaire & Inconscient*, 2005, no 2, p. 57-63.

JORDAN, Harold W. et HOWE, Gray. De Clerambault Syndrome (Erotomania): a review and case presentation. *Journal of the National Medical Association*, 1980, vol. 72, no 10, p. 979.

JOVELET, Georges. De l'érotomanie à l'hérotomanie. *L'information psychiatrique*, 2010, vol. 86, no 8, p. 703-708.

KAPSAMBELIS, Vassilis. La position érotomaniaque. *Revue française de psychanalyse*, 2011, vol. 75, no 3, p. 783-796.

KAPSAMBELIS, Vassilis. *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte*. PUF, 2011.

KELLY, Brendan D. Erotomania. *CNS drugs*, 2005, vol. 19, no 8, p. 657-669.

KENNEDY, Noel, MCDONOUGH, Michael, KELLY, Brendan, *et al.* Erotomania revisited : Clinical course and treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 2002, vol. 43, no 1, p. 1-6.

KESTEMBERG, Jean. À propos de la relation érotomaniaque. *Revue française de psychanalyse*, 1962, vol. 5, p. 533-604.

KOVÁCS, Attila, VÖRÖS, Viktor, et FEKETE, Sándor. Suicide attempt and melancholic depression in a male with erotomania : case report. *Archives of Suicide Research*, 2005, vol. 9, no 4, p. 369-372.

KRAEPELIN, Emil. Manic depressive insanity and paranoia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1921, vol. 53, no 4, p. 350.

LACAN, Jacques. Conférence à Yale University, 24 novembre 1975. Cité par Françoise Fonteneau, *op. cit.*, 1976, p. 181.

LACAN, Jacques. *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*. Thèse de doctorat, 1932. Seuil, 1980.

LACAN, Jacques. Motifs du Crime Paranoïaque, le Crime des Sœurs Papin. *Minotaure*, Décembre 1933, p. 25-28.

LAFAYE, Caroline, LANCELEVÉE, Camille, et PROTAIS, Caroline. *L'irresponsabilité pénale au prisme des représentations sociales de la folie et de la responsabilité des personnes souffrant de troubles mentaux*. [Thèse de doctorat]. Mission de recherche Droit et Justice. 2016.

LAFORGUE, Edouard-Jules. *L'érotomanie et sa prise en charge: quels enjeux thérapeutiques lorsque l'objet est un médecin?* [Thèse de doctorat] Université de Nantes. 2014.

LAGACHE, Daniel. Erotomanie et jalousie. In : *Les hallucinations verbales et autres travaux cliniques*. *Œuvres I*, 1938, p. 173-204.

LAGACHE, Daniel. Passions et psychoses passionnelles. In : *Les hallucinations verbales et autres travaux cliniques*. *Œuvres I*, 1936, p. 135-154.

LAURENT, Émile. *L'amour morbide : étude de psychologie pathologique*. Société d'éditions scientifiques, 1891.

LEFEBVRE, Alex et NAGIEL, Laetitia. Je t'aime, toi non plus. *Cahiers de psychologie clinique*, 2002, no 2, p. 81-92.

LEGIFRANCE. *Code pénal* [en ligne]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20180822>

LEGRAND DU SAULLE, Henri. *La folie devant les tribunaux*. Savy, 1864.

LEONG, Gregory B. De Clérambault syndrome (erotomania) in the criminal justice system : another look at this recurring problem. *Journal of Forensic Science*, 1994, vol. 39, no 2, p. 378-385.

LEONG, Gregory. B. et SILVA, J. A. The physician as erotomaniac object. *Western journal of medicine*, 1992, vol. 156, no 1, p. 77.

LETUVEE, Sylvain. *De la relation érotomaniaque comme solution délirante*. [Maîtrise de psychopathologie]. Université Paris X Nanterre. 2000-2001.

MAGNAN, Victor. *Des anomalies, des aberrations et des perversions sexuelles*. Progrès médical, 1885.

MALEVAL, Jean-Claude. *Logique du délire*. Masson, 2000.

MELOY, J. Reid. Demographic and clinical comparison of obsessional followers and offenders with mental disorders. *Am J Psychiatry*, 1995, vol. 152, no 2, p. 258-263.

MELOY, J. Reid. Erotomania, triangulation, and homicide. *Journal of Forensic Science*, 1999, vol. 44, no 2, p. 421-424.

MELOY, J. Reid. Nondelusional or borderline erotomania. *American Journal of Psychiatry*, 1990, vol. 147, no 6, p. 820-820.

MELOY, J. Reid. Stalking (obsessional following) : A review of some preliminary studies. *Aggression and Violent Behavior*, 1996, vol. 1, no 2, p. 147-162.

MELOY, J. Reid. Stalking : An old behavior, a new crime. *Psychiatric Clinics of North America*, 1999, vol. 22, no 1, p. 85-99.

MELOY, J. Reid. *The psychology of stalking : Clinical and forensic perspectives*. Academic Press, 1998.

MELOY, J. Reid. Unrequited love and the wish to kill : diagnosis and treatment of borderline erotomania. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 1989, vol. 53, no 6, p. 477.

MELOY, J. Reid. *Violent attachments*. Jason Aronson Inc., 1997.

MELOY, J. Reid, GOTHARD, Shayna. Demographic and Clinical Comparison of Obsessional Followers and Offenders With Mental Disorders. *Am J Psychiatry*, 1995, vol. 152, p. 258-263.

MENZIES, Robin. P., FEDOROFF, J. Paul, GREEN, Christopher M., et al. Prediction of dangerous behaviour in male erotomania. *The British Journal of Psychiatry*, 1995, vol. 166, no 4, p. 529-536.

MILLAUD, Frédéric. *Le passage à l'acte: aspects cliniques et psychodynamiques*. 2^{ème} édition. Masson, 2009.

MILLER, Laurence. Stalking: Patterns, motives, and intervention strategies. *Aggression and Violent Behavior*, 2012, vol. 17, no 6, p. 495-506.

MORALI, Alexandre, et BÉNÉZECH, Michel. Syndrome de Klinefelter, érotomanie délirante et harcèlement sexuel : l'influence du traitement hormonal. À propos d'une observation originale. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. Elsevier Masson, 2010. p. 448-453.

MULLEN, Paul E., PATHÉ, Michele, et PURCELL, Rosemary. *Stalkers and their victims*. Cambridge University Press, 2000.

MULLEN, Paul E. et PATHÉ, Michele. Stalking and the pathologies of love. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1994, vol. 28, no 3, p. 469-477.

MULLEN, Paul E. et PATHÉ, Michele. The pathological extensions of love. *The British Journal of Psychiatry*, 1994, vol. 165, no 5, p. 614-623.

NACHT, Sacha et RACAMIER, Paul-Claude. *La théorie psychanalytique du délire*. Presses Universitaires de France, 1958.

PATHE, Michele et MULLEN, Paul E. The impact of stalkers on their victims. *The British Journal of Psychiatry*, 1997, vol. 170, no 1, p. 12-17.

PERRIER, François. De l'érotomanie. In : *Le désir et la perversion*. Seuil, 1967, p. 127-151.

PORTEMER, Alphonse Edmond. *De l'érotomanie au point de vue médico-légal*. [Thèse de doctorat], 1902.

RACAMIER, Paul-Claude. De l'objet-non-objet. Entre folie, psychose et passion. *Nouvelle Revue de psychanalyse*, 1980, no 21, p. 235-242.

RACAMIER, Paul-Claude. Délire d'adulte, délire d'enfant : hier et aujourd'hui. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 1989, vol. 37, p. 86-92.

RAOULT, Patrick Ange. Clinique et psychopathologie du passage à l'acte. *Bulletin de psychologie*, 2006, no 1, p. 7-16.

RUDDEN, Marie, SWEENEY, John, et FRANCES, Allen. Diagnosis and clinical course of erotomanic and other delusional patients. *The American journal of psychiatry*, 1990, vol. 147, no 5, p. 625.

SAKELLARIOU, Dimitris. Le transfert érotomaniaque. *Psychanalyse*, 2006, no 2, p. 5-25.

SCHLESINGER, Louis B. Celebrity stalking, homicide, and suicide : A psychological autopsy. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 2006, vol. 50, no 1, p. 39-46.

SEEMAN, Mary V. Delusional loving. *Archives of general psychiatry*, 1978, vol. 35, no 10, p. 1265-1267.

SEGAL, Jonathan H. Erotomania revisited : from Kraepelin to DSM-III-R. *The American journal of psychiatry*, 1989, vol. 146, no 10, p. 1261.

SEGLAS, Jules. Une amoureuse de prêtre. *Journal de psychologie normale et pathologique*, 1922, pp 720-732.

SENON, Jean-Louis. L'expertise psychiatrique pénale : audition publique de la Fédération Française de Psychiatrie selon la méthode de la Haute Autorité de Santé. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. Elsevier Masson, 2007. p. 599-607.

SENON, Jean-Louis, et MANZANERA, Cyril. Réflexion sur les fondements du débat et des critiques actuels sur l'expertise psychiatrique pénale. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. Elsevier Masson, 2006. p. 818-827.

SERIEUX, Paul et CAPGRAS, Joseph. *Les folies raisonnantes : le délire d'interprétation*. Alcan, 1909.

SIGNER, Stephen F. "Les psychoses passionnelles" reconsidered : a review of de Clérambault's cases and syndrome with respect to mood disorders. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 1991, vol. 16, no 2, p. 81.

TAYLOR, Pamela, MAHENDRA, B., et GUNN, John. Erotomania in males. *Psychological Medicine*, 1983, vol. 13, no 03, p. 645-650.

TRÉLAT, Ulysse. *La folie lucide étudiée au point de vue de la famille et de la société*. Kraus Reprint, 1861.

WEST, Sara G. et FRIEDMAN, Susan Hatters. These boots are made for stalking : Characteristics of female stalkers. *Psychiatry (Edgmont)*, 2008, vol. 5, no 8, p. 37.

ZONA, Michael A., SHARMA, Kaushal K., et LANE, John. A comparative study of erotomaniac and obsessional subjects in a forensic sample. *Journal of Forensic Science*, 1993, vol. 38, no 4, p. 894-903.

NOM : TIREL

PRENOM : Marine

Titre de Thèse :

DU PASSAGE A L'ACTE DANS L'EROTOMANIE

RESUME

L'érotomanie, ou l'illusion délirante d'être aimé, a connu de nombreuses mutations au travers de l'histoire psychiatrique : entité psychiatrique autonome avec Clérambault, sous-type de trouble délirant persistant dans la nosographie internationale, les travaux les plus récents militent désormais pour la reconnaissance d'une érotomanie non délirante.

La réputation de dangerosité de l'érotomanie est ancienne, s'appuyant sur les risques de violences selon la phase évolutive du délire : Espoir harcelant, Dépit suicidaire, Rancune homicide. Le passage à l'acte intervient comme mécanisme défensif visant à préserver l'illusion délirante de la possession de l'objet à travers une union éternelle jusque dans la mort. Cette impérieuse nécessité du lien à l'objet, vitale pour le sujet, est à prendre en compte tant dans la prise en charge que dans l'évaluation expertale de la responsabilité.

MOTS-CLES

EROTOMANIE ; DELIRE ; FONCTION DEFENSIVE DU DELIRE ; PASSAGE A L'ACTE ; STALKING ; SUICIDE ; VIOLENCE ; EXPERTISE ; RESPONSABILITE