



HAL
open science

Actualités du concept de jalousie morbide

Benjamin Ronin

► **To cite this version:**

Benjamin Ronin. Actualités du concept de jalousie morbide. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-00744478

HAL Id: dumas-00744478

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00744478>

Submitted on 23 Oct 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : thesebum@ujf-grenoble.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

ACTUALITES DU CONCEPT DE JALOUSIE MORBIDE

THESE PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT

Monsieur Benjamin RONIN

Né le 21 mars 1979 à Angers

Thèse soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de Grenoble*

Le 18 octobre 2012

Devant le jury composé de :

Président du jury :

Monsieur le Professeur Thierry BOUGEROL

Membres :

Monsieur le Professeur Gaëtan GAVAZZI

Monsieur le Docteur François PAYSANT

Monsieur le Docteur Jérôme LEBAUD (directeur de thèse)

**La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
2011-2012

Nom	Prénom	Intitulé de la discipline universitaire
ALBALADEJO	Pierre	Anesthésiologie-réanimation
ARVIEUX-BARTHELEMY	Catherine	Chirurgie générale
BACONNIER	Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
BAGUET	Jean-Philippe	Cardiologie
BALOSSO	Jacques	Radiothérapie
BARRET	Luc	Médecine légale et droit de la santé
BAUDAIN	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
BEANI	Jean-Claude	Dermato-vénéréologie
BENHAMOU	Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
BERGER	François	Biologie cellulaire
BLIN	Dominique	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
BOLLA	Michel	Cancérologie; radiothérapie
BONAZ	Bruno	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BOSSON	Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
BOUGEROL	Thierry	Psychiatrie d'adultes
BRAMBILLA	Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
BRAMBILLA	Christian	Pneumologie
BRICAULT	Ivan	Radiologie et imagerie médicale
BRICHON	Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
BRIX	Muriel	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CAHN	Jean-Yves	Hématologie
CARPENTIER	Françoise	Thérapeutique; médecine d'urgence
CARPENTIER	Patrick	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
CESBRON	Jean-Yves	Immunologie
CHABARDES	Stephan	Neurochirurgie
CHABRE	Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
CHAFFANJON	Philippe	Anatomie
CHAVANON	Olivier	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
CHIQUET	Christophe	Ophtalmologie
CHIROSEL	Jean-Paul	Anatomie
CINQUIN	Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
COHEN	Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
COUTURIER	Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
CRACOWSKI	Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique

DE GAUDEMARIS	Régis	Médecine et santé au travail
DEBILLON	Thierry	Pédiatrie
DEMATTEIS	Maurice	Addictologie
DEMONGEOT	Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DESCOTES	Jean-Luc	Urologie
ESTEVE	François	Biophysique et médecine nucléaire
FAGRET	Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
FAUCHERON	Jean-Luc	Chirurgie générale
FERRETTI	Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
FEUERSTEIN	Claude	Physiologie
FONTAINE	Eric	Nutrition
FRANCOIS	Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GARBAN	Frédéric	Hématologie; transfusion
GAUDIN	Philippe	Rhumatologie
GAVAZZI	Gaetan	Gériatrie et biologie du vieillissement
GAY	Emmanuel	Neurochirurgie
GRIFFET	Jacques	Chirurgie infantile
HALIMI	Serge	Nutrition
HOMMEL	Marc	Neurologie
JOUK	Pierre-Simon	Génétique
JUVIN	Robert	Rhumatologie
KAHANE	Philippe	Physiologie
KRACK	Paul	Neurologie
KRAINIK	Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
LANTUEJOUL	Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
LEBAS	Jean-François	Biophysique et médecine nucléaire
LEBEAU	Jacques	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECCIA	Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
LEROUX	Dominique	Génétique
LEROY	Vincent	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
LETOUBLON	Christian	Chirurgie générale
LEVY	Patrick	Physiologie
LUNARDI	Joël	Biochimie et biologie moléculaire
MACHECOURT	Jacques	Cardiologie
MAGNE	Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MAITRE	Anne	Médecine et santé au travail
MAURIN	Max	Bactériologie-virologie
MERLOZ	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique

MORAND	Patrice	Bactériologie-virologie
MORO-SIBILOT	Denis	Pneumologie
MOUSSEAU	Mireille	Cancérologie
MOUTET	François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlogie
PALOMBI	Olivier	Anatomie
PASSAGIA	Jean-Guy	Anatomie
PAYEN DE LA GARANDERIE	Jean-François	Anesthésiologie-réanimation
PELLOUX	Hervé	Parasitologie et mycologie
PEPIN	Jean-Louis	Physiologie
PERENNOU	Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PERNOD	Gilles	Médecine vasculaire
PIOLAT	Christian	Chirurgie infantile
PISON	Christophe	Pneumologie
PLANTAZ	Dominique	Pédiatrie
POLACK	Benoît	Hématologie
PONS	Jean-Claude	Gynécologie-obstétrique
RAMBEAUD	Jean-Jacques	Urologie
REYT	Emile	Oto-rhino-laryngologie
RIGHINI	Christian	Oto-rhino-laryngologie
ROMANET	Jean-Paul	Ophtalmologie
SARAGAGLIA	Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SCHMERBER	Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
SELE	Bernard	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
SERGENT	Fabrice	Gynécologie-obstétrique
SESSA	Carmine	Chirurgie vasculaire
STAHL	Jean-Paul	Maladies infectueuses; maladies tropicales
STANKE	Françoise	Pharmacologie fondamentale
TIMSIT	Jean-François	Réanimation
TONETTI	Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TOUSSAINT	Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
VANZETTO	Gérald	Cardiologie
VUILLEZ	Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
WEIL	Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ZAOUI	Philippe	Néphrologie
ZARSKI	Jean-Pierre	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie

**Maître de Conférence des Universités - Praticien Hospitalier
2011-2012**

Nom	Prénom	Intitulé de la discipline universitaire
BONNETERRE	Vincent	Médecine et santé au travail
BOTTARI	Serge	Biologie cellulaire
BOUTONNAT	Jean	Cytologie et histologie
BRENIER-PINCHART	Marie-Pierre	Parasitologie et mycologie
BRIOT	Raphaël	Thérapeutique; médecine d'urgence
CALLANAN-WILSON	Mary	Hématologie; transfusion
CROIZE	Jacques	Bactériologie-virologie
DERANSART	Colin	Physiologie
DETANTE	Olivier	Neurologie
DUMESTRE-PERARD	Chantal	Immunologie
EYSSERIC	Hélène	Médecine légale et droit de la santé
FAURE	Julien	Biochimie et biologie moléculaire
GILLOIS	Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
GRAND	Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
HENNEBICQ	Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
HOFFMANN	Pascale	Gynécologie-obstétrique
LABARERE	José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
LAPORTE	François	Biochimie et biologie moléculaire
LARDY	Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
LARRAT	Sylvie	Bactériologie-virologie
LAUNOIS-ROLLINAT	Sandrine	Physiologie
MALLARET	Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MAUBON	Danièle	Parasitologie et mycologie
MC LEER (FLORIN)	Anne	Cytologie et histologie
MOREAU-GAUDRY	Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MOUCHET	Patrick	Physiologie

PACLET	Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PASQUIER	Dominique	Anatomie et cytologie pathologiques
PAYSANT	François	Médecine légale et droit de la santé
PELLETIER	Laurent	Biologie cellulaire
RAY	Pierre	Génétique
RIALLE	Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SATRE	Véronique	Génétique
STASIA	Marie-Josée	Biochimie et biologie moléculaire
TAMISIER	Renaud	Physiologie

A toi Sandrine

A mon père

A ma mère

A mes amis

Remerciements

A Monsieur le Professeur Thierry Bougerol

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse et je tiens tout particulièrement à vous témoigner ma grande reconnaissance pour vos remarques constructives personnelles et cliniques concernant mes différents travaux dans votre service. Je tiens également à vous remercier vivement pour votre disponibilité et vos conseils rassurants concernant mon engagement dans les moments importants de mon internat de psychiatrie.

A Monsieur le Professeur Gaëtan Gavazzi

Je suis très honoré que vous ayez accepté de faire partie de mon jury de thèse. Je vous suis très reconnaissant d'avoir pris le temps de me rencontrer et d'avoir témoigné de l'intérêt à mon travail lors de nos entretiens. J'ai beaucoup apprécié votre vision de la médecine et votre sens clinique.

A Monsieur le Docteur François Paysant

Je suis très honoré de votre présence au sein de mon jury de thèse et suis particulièrement touché de l'intérêt que vous avez porté à mon travail et par vos encouragements.

A Monsieur le Docteur Jérôme Lebaud

Je vous suis très reconnaissant de m'avoir accompagné tout au long de ce travail de thèse. Je vous remercie chaleureusement pour vos conseils avisés, votre sens clinique et votre patience sans bornes.

A monsieur le Docteur David Szekely que je tiens à remercier pour ses précieux conseils et nos échanges cliniques enrichissants.

A monsieur le Docteur Marc Dubuc et madame Maljournal pour leur soutien et leur écoute.

“O, beware jealousy!
It is the green-ey’d monster, which doth mock
The meates it feeds on.”

Shakespeare, *Othello*. Acte III, scène III.

Table des matières

RESUME	p.4
INTRODUCTION	p.5
PREMIERE PARTIE : LA JALOUSIE NORMALE	p.6
<u>I-Eléments de définition</u>	p.6
<u>1-Définition et étymologie</u>	p.6
<u>2-Jalousie et envie</u>	p.7
<u>3-Amour oblatif et captatif</u>	p.8
<u>II-Caractéristiques de la jalousie amoureuse</u>	p.8
<u>III-Jalousie amoureuse et construction sociale</u>	p.9
<u>1-Jalousie, passion et émotions</u>	p.9
<u>2-Jalousie amoureuse et fidélité</u>	p.9
<u>IV-Jalousie et théorie socio-biologique</u>	p.12
<u>1-Jalousie sexuelle et émotionnelle</u>	p.12
<u>2-Corrélation neuroanatomique</u>	p.12
DEUXIEME PARTIE :	
JALOUSIE MORBIDE, PSYCHIATRIE ET PSYCHANALYSE	
DANS LA PREMIERE MOITIE DU 20^e SIECLE	p.15
<u>I-Aspects nosographiques et cliniques classiques du concept de jalousie morbide</u>	p.15
<u>1-A. Mairet-« La Jalousie : Etude Psychophysiologique.1908 »</u>	p.16
1-1 Le délire systématisé de jalousie	p.16
1-2 L'hyperesthésie jalouse de Mairet	p.18
<u>2-K. Jaspers-« Le Délire de Jalousie : Développement de la Personnalité ou Processus.1910 »</u>	p.19
2-1 Délire de jalousie processuel	p.20
2-2 Délire de jalousie et développement de la personnalité	p.21
<u>3-De Clérambault -« Le Délire Passionnel de Jalousie.1921 »</u>	p.22

<u>4-D. Lagache-« La Jalousie Amoureuse.1947 »</u>	p.23
4-1 Jalousie réactionnelle	p.23
4-2 Jalousie par développement de la personnalité	p.24
4-3 Jalousie et altération processuelle	p.24
4-4 Classification nosographique et résumé	p.26
<u>5-H. Ey-« Etude n°18 : Jalousie Morbide.1950 »</u>	p.27
5-1 Conception dichotomique de la jalousie morbide	p.27
5-2 Reprise de la classification de Jaspers et apport théorique	p.28
<u>6-Résumé des conceptions psychiatriques de la jalousie morbide de la première moitié du 20^e siècle</u>	p.31
<u>II-Apport théorique des conceptions psychanalytiques sur la jalousie et le délire de jalousie</u>	p.32
<u>1-Sigmund Freud</u>	p.32
<u>2-Mélanie Klein</u>	p.34
<u>3-Jacques Lacan</u>	p.36
3-1 La dimension imaginaire de la jalousie	p.36
3-2 La dimension symbolique de la jalousie	p.37
TROISIEME PARTIE :	
REVUE DE LA LITTERATURE PSYCHIATRIQUE CONTEMPORAINE SUR LA JALOUSIE MORBIDE	p.38
<u>I-Données épidémiologiques et prévalence de la jalousie morbide</u>	p.39
<u>1-Données épidémiologiques et prévalence dans la population générale</u>	p.39
<u>2-Prévalence dans la population psychiatrique</u>	p.40
<u>3-Données épidémiologiques dans la population psychiatrique</u>	p.41
<u>II-Facteurs prédisposant à la jalousie morbide</u>	p.42
<u>1-Troubles sexuels</u>	p.42
<u>2-Facteurs conjugaux et sociaux</u>	p.42
<u>III-Jalousie morbide et pathologies organiques</u>	p.43

<u>1-Troubles neurologiques</u>	p.43
<u>2-Troubles neurodégénératifs</u>	p.46
<u>IV-Jalousie morbide et toxiques</u>	p.47
<u>V-Jalousie morbide et alcoolisme</u>	p.48
<u>VI-Jalousie morbide obsessionnelle</u>	p.50
<u>VII-Jalousie morbide, troubles de la personnalité et théorie de l'attachement</u>	p.54
<u>VIII-Aspects médico-légaux</u>	p.55
<u>1-Evaluation du risque de violence</u>	p.56
<u>2-Risques associés à la jalousie morbide</u>	p.56
2-1 Actions de confirmation, harcèlement	p.56
2-2 Suicide	p.57
2-3 Homicide et victimes	p.57
<u>3-Crime passionnel</u>	p.58
<u>4-Evaluation clinique de la jalousie morbide</u>	p.59
<u>IX-Traitement et prise en charge de la jalousie morbide</u>	p.60
<u>1-Hospitalisation</u>	p.60
<u>2-Traitement</u>	p.60
<u>3-Interventions psychosociales</u>	p.61
<u>4-Pronostic</u>	p.61
DISCUSSION	p.62
CONCLUSION	p.65
BIBLIOGRAPHIE	p.67

Résumé

Nous avons souhaité montrer au cours de ce travail le fait que la jalousie morbide était et reste encore de nos jours un concept qui interroge la psychiatrie moderne par ses aspects cliniques et nosographiques, par les risques de passage à l'acte médico-légaux qu'elle fait peser sur le partenaire et par sa difficulté de prise en charge. Sa prévalence sous la forme d'un délire paranoïaque de jalousie décrit par le DSM 4 reste inconnue bien qu'évaluée à moins de 1% de la population. Dans le cadre de psychoses fonctionnelles, elle reste accessible à une prise en charge systématique mais soulève des difficultés diagnostiques considérables lorsqu'elle ne prend pas la forme d'idées délirantes d'infidélité. Ces autres formes cliniques de jalousie morbide ne sont pas complètement décrites renvoyant les psychiatres et les cliniciens contemporains aux difficultés rencontrées par les auteurs classiques du début du 20^e siècle pour les définir. La jalousie excessive et irrationnelle, qui ne semble se différencier de la jalousie normale que par une simple différence de degrés, n'est représentée par aucune classification psychiatrique internationale et apparaît néanmoins représenter une proportion non négligeable de patients souffrant de jalousie morbide. C'est cette forme de jalousie morbide qui reste l'enjeu principal de la psychiatrie moderne d'un point de vue nosographique et thérapeutique. Et l'enjeu est de taille car la passion amoureuse est l'apanage de l'homme.

Introduction

Qu'est ce que la jalousie morbide ? Nous serions tentés de considérer qu'elle représente une forme extrême, une forme pathologique de la jalousie normale. Mais à partir de quel degré de jalousie pourrait-on avancer que la jalousie devient morbide ? Ces questions en appelle une autre : qu'est ce que la jalousie normale ?

La jalousie est une passion que chaque être humain a déjà au moins une fois dans sa vie rencontrée, vécue ou subie. Partant de cette constatation, nous nous sommes intéressés au concept de jalousie morbide afin de savoir quelles différences cliniques pouvaient exister entre le normal et le pathologique. A partir de quand la jalousie cesse d'être normale pour basculer dans la pathologie psychiatrique ? Existe-t-il des formes cliniques de jalousie morbide ? Existe-t-il des pathologies psychiatriques qui sont plus à même de témoigner d'une jalousie morbide ?

Toutes ces questions nous ont amené à percevoir que le concept de la jalousie morbide est éparpillé dans toute l'évolution des idées psychiatriques et particulièrement lié à quelques questions générales que sont les états passionnels, les délires chroniques et le crime passionnel. De nos jours, la psychiatrie se penche toujours sur le sujet et il semble que de nombreuses questions concernant la jalousie et la jalousie morbide restent ouvertes. Cette thèse a donc pour objet de mettre en lumière l'approche actuelle de la psychiatrie contemporaine face à ce concept de jalousie morbide et de faire le lien avec la conception qu'en avaient les classiques.

Nous décrirons tout d'abord les caractéristiques de la jalousie normale afin de mettre en relief la suite de l'exposé de notre travail sur la jalousie morbide. Ensuite, nous nous attarderons sur les travaux cliniques et nosographiques psychiatriques des auteurs classiques et sur les théories psychanalytiques portant sur la jalousie morbide. De cette base clinique, nous entreprendrons une revue de la littérature contemporaine sur la question de la jalousie morbide et les différentes approches psychiatriques, neurologiques, psychothérapiques et médico-légales qui en émanent. Enfin, nous discuterons à la lumière de ces nouvelles données la place de la jalousie morbide dans les classifications psychiatriques actuelles et les questions auxquelles elles renvoient.

PREMIERE PARTIE : LA JALOUSIE NORMALE

Avant de développer le concept de la jalousie morbide, il nous semble opportun de mettre en lumière ce qu'on entend par « jalousie normale ». C'est ce que nous allons voir dans cette première partie, étape nécessaire à la compréhension de notre travail.

Pour Sigmund Freud la jalousie « *appartient à ces états affectifs que l'on peut qualifier de normaux au même titre que le deuil* » [22 p.271]. Elle se compose « *essentiellement du deuil, de la douleur causée par l'objet d'amour que l'on croit avoir perdu, et de l'humiliation narcissique, pour autant que ce dernier élément se laisse séparer des autres ; elle comprend encore des sentiments hostiles dirigés contre le rival qui a été préféré, et un apport plus ou moins grand d'autocritique qui veut rendre responsable le moi propre de la perte d'amour* » [22 p.271]. Même si elle qualifiée de normale, la jalousie n'est pas, selon lui, pour autant rationnelle. Nous aurons l'occasion de revenir sur ce caractère irrationnel de la jalousie, par son lien avec la passion amoureuse et par son aspect imaginaire développé dans les théories psychanalytiques.

I-ELEMENTS DE DEFINITION

1-Définition et étymologie

La définition moderne de la jalousie donnée par le Petit Robert est la suivante :

1. *Sentiment mauvais qu'on éprouve en voyant un autre jouir d'un avantage qu'on ne possède pas ou qu'on désirerait posséder exclusivement ; c'est l'inquiétude qu'inspire la crainte de partager cet avantage ou de le perdre au profit d'autrui.*

La deuxième définition se rapporte à la situation amoureuse :

2. *C'est un sentiment douloureux que font naître, chez celui qui l'éprouve, les exigences d'un amour inquiet, le désir de possession exclusive de la personne aimée, la crainte, le soupçon ou la certitude de son infidélité.*

La jalousie peut se rencontrer dans de nombreux domaines (jalousie de fortune, d'honneur) mais c'est dans l'amour qu'elle est la plus intense, en raison du caractère constamment conjectural de la possession et du don. On voit à travers ces définitions que la jalousie est une crainte liée à la

possession de l'autre, à son exigence d'exclusivité et à l'existence d'une rivalité sous jacente. C'est un mauvais sentiment.

La jalousie n'a pas toujours eu cette signification négative et s'appliquait, en dehors de toute situation de compétition ou de rivalité dans le sens de « zèle pour, d'attachement pour, d'attachement passionné à ». Le terme « jaloux » apparaît au 12^e siècle, dans la poésie des troubadours et dérive de *gelos* ou *gilos* provenant de l'ancien provençal et dérivant lui-même du terme latin *zelosus* et du grec *zêlos*. Le mot *gelos* passe ensuite en français dans les textes non populaires. Le « a » de jaloux serait dû à l'influence de « *jal* », « coq » en ancien français ; le coq pouvant servir d'emblème de la jalousie. Du français, le mot passe dans toutes les langues d'Europe et lors de sa transmission, la jalousie perd sa connotation initiale et positive de zèle, d'ardeur, de noble passion, pour prendre un sens plus péjoratif. En Italien, *gelosia*, apparaît au 16^e siècle et désigne la persienne d'une fenêtre qui permet au mari soupçonneux ou à l'amant de voir sa maitresse sans être vu ce qui passera dans le langage courant en France au 17^e siècle. En suédois, « *svartsjuk* », qui signifie littéralement « chaussettes noires » fait référence à une ancienne expression populaire liant la jalousie avec le fait de porter des chaussettes noires. En allemand moderne, le mot jalousie, *Eifersucht*, garde malgré tout sa signification originelle de passion, d'ardeur, de zèle [40,62].

Il est intéressant de noter que dans la jalousie-zèle, la situation ne met en jeu que le jaloux avec l'objet de la jalousie, c'est une relation duelle mettant en avant l'amour du sujet pour l'objet. Dans le sens moderne, la jalousie-rivalité, la situation devient triangulaire, plus complexe, et le désir d'évincer, de détruire le rival s'intrique à l'attitude positive visant l'être aimé.

2-Jalousie et envie

Il convient à ce niveau de distinguer envie et jalousie qui s'emploient dans le langage courant avec un sens voisin. Sans rentrer dans les distinctions sémantiques et grammaticales, nous pouvons pour illustrer notre propos citer une des maximes de La Rochefoucauld : « *la jalousie est en quelque manière juste et raisonnable, puisqu'elle ne tend qu'à conserver un bien qui nous appartient ; au lieu que l'envie est une fureur qui ne peut souffrir le bien des autres* » [39 p.22]. Pour d'Alembert « *on est jaloux de ce qu'on possède et envieux de ce que possèdent les autres* » [17 p.483]. Ainsi, la vraie jalousie est-elle celle rencontrée dans la relation amoureuse où c'est une personne, en tant qu'objet le plus fort et le plus authentique qui devient l'enjeu de notre possession. Comme le fait remarquer Lagache, la jalousie n'exclut pas l'envie, dans le sens où l'amoureux jaloux, par la crainte de perdre l'objet de sa possession, se met fictivement dans la situation de l'envieux et envie les succès réels ou fictifs de son rival.

3-Amour oblatif et captatif

Une autre distinction est importante à faire et concerne la relation amoureuse et le type d'amour entre les deux partenaires. L'amour est dit oblatif quand il se donne et est vécu comme un don désintéressé, quand il se satisfait dans le sentiment d'appartenir à l'autre dans un acte d'offrande ; dans ce cas, il n'y a pas de jalousie possible. Il en est bien différemment dans le cas de l'amour captatif où l'amour est vécu comme un droit de propriété. Ce dernier laisse ouvert la possibilité infinie d'une frustration, d'une atteinte à ce droit de possession. Dans ce cas, l'amour captatif n'est pas vécu comme une relation entre deux êtres mais comme une relation entre soi et un partenaire qui peut échapper. Dans ces deux cas, le sujet et l'objet font un tout, le couple tend à perdre sa constitution duelle. Ces types idéaux d'amour ne sont pas des réalités concrètes et représentent des formes limites à l'intérieur desquelles se trouvent des situations où coexistent ces deux formes en proportion variable. Mais c'est bien l'aspect captatif de l'amour qui favorise et entraîne la jalousie.

II-CARACTERISTIQUES DE LA JALOUSIE AMOUREUSE

La jalousie amoureuse contient la souffrance liée à la privation, à la perte de l'objet d'amour mais aussi la colère de l'amour-propre blessé, liée à l'irritation que lui cause la joie du rival. Nous pouvons pour illustrer ces propos citer La Rochefoucauld : « *il y a dans la jalousie plus d'amour propre que d'amour* » [17 p.484] et Nietzsche : « *celui qui aime veut posséder à lui tout seul la personne qu'il désire, il veut avoir un pouvoir absolu tant sur son âme que sur son corps, il veut être aimé uniquement et habiter l'autre, y dominer comme ce qu'il y a au monde de plus élevé et de plus admirable* » [17 p.484]. La jalousie amoureuse est une frustration d'amour et un dépit profond.

Pour Spinoza, « *celui qui s'imagine que la femme qu'il aime se prostitue à un autre ne s'attriste pas de l'obstacle que cette infidélité peut dresser entre sa passion et lui, mais il est forcé d'unir à l'image de ce qu'il aime, l'image du sexe et des excréments de cet autre. A cette vue, il prend cette femme en haine, et c'est la jalousie qui consiste en un trouble de l'âme obligée d'aimer et de haïr à la fois le même objet* » [17 p.484]. La jalousie est de plus un mélange d'amour et de haine où la proportion de haine peut être plus grande que la composante amoureuse. Selon Ey, la jalousie dissimule la répartition exacte des sentiments d'amour et de haine entre le sujet, l'objet et le rival dans la figure triangulaire de la situation fondamentale.

Enfin, la jalousie amoureuse est un mélange de conviction et de doute. Selon Ey, il est de l'essence de ce sentiment d'être une adhésion profonde, obsédante à la croyance qu'il existe un motif de jalousie et d'autre part de ne constituer qu'une série d'approximations hypothétiques, de suppositions sans fin. Le jaloux est avide de certitudes. Il poursuit la preuve sans l'atteindre, sans

jamais pouvoir l'atteindre. La jalousie a un caractère angoissant et vertigineux que La Rochefoucauld a bien noté : « *la jalousie se nourrit dans les doutes: c'est une passion qui cherche toujours de nouveaux objets d'inquiétudes et de nouveaux tourments* » [17 p.485].

III-JALOUSIE AMOUREUSE ET CONSTRUCTION SOCIALE

Après avoir décrit la jalousie amoureuse, penchons nous sur le fait que la jalousie amoureuse puisse être décrite comme une construction sociale. Elle est dépendante des modifications conceptuelles des passions et des émotions ainsi que des changements culturels de nos sociétés occidentales [52].

1-Jalousie, passion et émotions

Au 17^e siècle, la jalousie était considérée comme une passion qui avait un rôle dans l'expression et le maintien de valeurs individuelles et sociales bien qu'étant rejetée en société et pouvant conduire à la folie. Pour P. Mullen, la jalousie amoureuse, loin du zèle de la Renaissance ou d'une noble passion, s'apparente de nos jours à une pathologie véhiculant ses émotions destructrices. Elle s'oppose vivement à la conception du libéralisme individuel et de son libre marché des biens, des idées et des individus par sa tentative d'imposer les exigences d'un individu sur un autre et par sa demande d'exclusivité affective et de fidélité. La jalousie est perçue de nos jours comme la marque d'une immaturité, d'un sentiment d'insécurité, d'une instabilité psychoaffective.

Au cours de la Renaissance, la jalousie amoureuse est, nous l'avons vu, associée au zèle, l'ardeur et la dévotion. La citation de St Augustin, « *qui non zealat non amat* » (qui n'est pas jaloux n'aime pas) exprime bien plus l'enthousiasme de l'amour, sa dévotion, que la possession de l'autre et la suspicion [52]. Le côté sombre de la jalousie était bien connu comme le montre Shakespeare dans Othello en 1694 : « *ils ne sont pas jaloux pour une raison mais parce qu'ils sont jaloux. La jalousie ? Un monstre qui s'engendre lui-même et se nourrit de soi* » [52]. A l'époque où les sociétés étaient fondées sur un code d'honneur, la jalousie avait un rôle dans la préservation de l'estime sociale. Là où la fidélité est un impératif social et moral, la jalousie est perçue dès lors comme protectrice de l'intégrité familiale.

La perception sociale de la jalousie amoureuse dépend aussi de l'évolution de la conceptualisation des émotions en général. D'un côté les émotions sont perçues comme des réactions conditionnées ou non par des stimuli où la raison, les jugements, la conscience n'ont aucune place. De l'autre, les émotions sont structurées et ne se distinguent que par la conscience que l'individu a de celles-ci. Dans ce cas, l'aspect cognitif prime sur la biologie, l'instinct, les réponses automatiques.

Dans l'antiquité, la passion infecte l'individu, elle est externe à l'individu mais la raison lui permet de la maintenir dans une dimension sociale et morale. L'image de Cupidon qui tire sa flèche dans le cœur de l'amoureux passionné en est un exemple. Au 16^e siècle, la passion et les émotions comme nous les connaissons ont pratiquement disparu : la raison, l'esprit rationnel peuvent dominer les émotions. Au 17^e siècle, des conceptions diverses se développent. Pour Hume, par exemple, la passion se base sur la théorie des humeurs mais la raison a un rôle à jouer. Shakespeare considère la jalousie comme une passion qui consume l'individu, qui est entretenue par un sens de l'honneur mais qui est basée sur l'erreur. En cela il devient subversif vis-à-vis des impératifs sociaux et éthiques associés à la jalousie. Il transpose le rôle social de la passion dans le développement, sur la base d'une vulnérabilité, d'une erreur individuelle. Une fois en route, la jalousie amoureuse décrite par Shakespeare est indépendante de la raison jusqu'à sa fatale conclusion. Pour Calderon, un contemporain espagnol de Shakespeare, la jalousie en tant que passion est justifiée et rationnelle, à la fois moralement admirable et dangereuse. La passion est perçue comme brutale, s'exprimant par des accès violents incontrôlables, déclenchée par un événement au contact de l'objet et projetant l'individu dans l'action. La raison pouvait néanmoins gouverner la réponse et dans ce cas, celle-ci pouvait être mesurée et efficace. Pour les chrétiens, la raison prenait sa source dans le divin et avait l'avantage sur la passion d'être modifiable par l'expérience. La jalousie, en tant que passion était à éviter et la raison se devait d'être cultivée.

L'approche de la passion se modifie au cours du 18^e siècle par l'influence des philosophes européens. Les passions ne sont désormais plus des réactions, elles prennent leur source dans des dispositions préexistantes et surviennent dans le cadre d'une relation à l'objet. La raison se met au service de la passion en influençant le choix d'objet et en permettant de faciliter son expression.

Au 19^e siècle les émotions acquièrent leur caractère transitoire et organique. Elles cessent d'être constituées de sentiments et de désirs durables pour prendre la forme de réactions involontaires, indépendantes de la morale et des valeurs personnelles. La raison, dans son rôle restreint, permet à l'individu d'éviter les situations ou les comportements qui pourraient déclencher ces émotions désagréables et de minimiser leurs conséquences tragiques. En parallèle, et de façon indépendante à la pensée scientifique de l'époque, les écrivains du 19^e siècle redessinent la carte des passions comme en témoignent les écrits sur la jalousie amoureuse de Proust (« A la recherche du temps perdu ») ou de Tolstoï (« La sonate à Kreutzer ») où la jalousie prend la forme d'une intention raisonnée où les jugements et l'imagination occupent une place centrale.

2-Jalousie amoureuse et fidélité

La jalousie amoureuse dépend des pratiques sexuelles d'une société, de la conception de la fidélité et de la culture [52].

La jalousie amoureuse a longtemps été une prérogative masculine. Dans les sociétés où le code d'honneur régnait, l'infidélité y était sanctionnée socialement et moralement et la jalousie était liée à l'atteinte d'un prestige social. La notion de propriété est importante dans la jalousie amoureuse comme en témoigne les obligations pour la femme adultère de verser des compensations financières au mari trompé (au 18^e siècle en Angleterre). Le mariage permettait d'asseoir cette propriété. A la fin du 18^e siècle, surtout parmi les couches sociales aisées, l'amour devient une condition importante pour courtiser et se marier. L'idéal de fidélité prôné (de fidélité féminine tout particulièrement), tend à augmenter les angoisses jalouses et à rejeter la jalousie en tant que susceptible de détruire la relation amoureuse et de menacer la stabilité familiale. Au 19^e siècle, la jalousie amoureuse cesse d'être une prérogative masculine et devient le problème de la femme. Le mythe du « grand amour » apparu au 19^e siècle était en pratique spécifique au sexe. Les femmes se devaient d'être fidèles. Pour les hommes, les transgressions de cet idéal de monogamie étaient considérées comme triviales et ne méritaient pas qu'on y prête plus d'attention que cela et méritaient encore moins de jalousie. Les femmes sont de ce fait encouragées (car perçues comme émotionnelles, impulsives et moins raisonnables que l'homme) à dépasser leur faiblesse au nom de la préservation de la famille. La jalousie amoureuse n'est dès lors plus l'expression d'un honneur bafoué mais la faiblesse, le manque de caractère de la femme : la jalousie est à éviter et à garder pour soi afin de préserver la famille. C'est dans ce contexte de famille, de mariage, où il s'agit d'élever des enfants, que progressivement, la jalousie va refaire son apparition au cours du 20^e siècle, car l'infidélité sexuelle représente une menace pour la stabilité de la famille.

Dans cette évolution, il est à noter que la libération sexuelle de 1968 a été une période unique dans la conception de la fidélité prônant un amour passionné et enthousiaste aveugle aux contraintes sociales mondaines.

A côté de ce rapide survol de la jalousie amoureuse dans nos sociétés occidentales, penchons nous sur quelques cultures où la jalousie n'existe pas. Parmi les Todas, par exemple, une tribu d'Inde du sud qui est à la fois polygame et polyandre, les couples sont sujets à l'union libre. L'adultère n'est pas censuré et il n'existe d'ailleurs aucun mot dans leur langue pour la définir. Dans cette culture, c'est la jalousie qui doit être éradiquée (à la différence de l'infidélité dans nos sociétés) et un membre de la tribu se sent offensé quand on préfère à son épouse une autre femme. Les Todas ne connaissent pas la jalousie dans le sens occidental du terme. Chez les Dobu, peuple mélanésien habitant au large de la Nouvelle-Guinée, la fidélité n'est pas exigée entre mari et femme mais aucun Dobu n'admet, en dehors d'une relation sexuelle, qu'un homme et une femme passent du temps ensemble. Chez les indiens Zuni résidant dans une réserve au Nouveau Mexique, l'infidélité est uniquement perçue comme le désir de changer de mari [2].

IV-JALOUSIE ET THEORIE SOCIO-BIOLOGIQUE

1- Jalousie sexuelle et émotionnelle

Selon les psychiatres darwinistes et les psychologues évolutionnistes, la jalousie amoureuse a un rôle primordial pour la survie génétique. Elle permet, pour l'homme, d'empêcher l'infidélité de la partenaire afin d'être sûr que les enfants soient bien les siens et permet donc à celui-ci de transmettre son patrimoine génétique. Les hommes jaloux, comme les mâles de l'espèce animale empêchent l'intrusion d'un rival et sont ainsi plus susceptibles d'élever leur propre descendance. L'ensemble des réactions inhérentes à la jalousie amoureuse seraient déterminées génétiquement, afin donc de prévenir l'infidélité du partenaire. Pour les femmes, la jalousie est en lien, non pas avec la transmission de ses gènes mais avec sa survie. La fonction de la jalousie serait pour la femme de maintenir son « pourvoyeur » à ses côtés afin de ne pas assumer seule le fardeau de la procréation.

Les femmes susciteraient intentionnellement la jalousie afin d'intensifier l'engagement de leur partenaire, pour renforcer leur confiance en elles ou pour tester la solidité de leur union. Quant aux hommes, ils ont recours à d'autres tactiques pour conserver leur partenaire : vigilance et attention accrues au partenaire et recours à la violence.

Il existerait de plus des différences dans le type de jalousie exprimé par un homme ou par une femme, ce que de nombreuses recherches ont mis en évidence. La jalousie amoureuse peut être divisée en deux types : la jalousie sexuelle et la jalousie émotionnelle. Quand on demande à des hommes et à des femmes d'imaginer leur partenaire impliqué dans une relation sexuelle avec un autre (infidélité sexuelle) ou tombant amoureux de quelqu'un d'autre (infidélité émotionnelle), les résultats mettent en évidence une détresse plus importante chez les hommes en cas d'infidélité sexuelle et plus importante chez les femmes en cas d'infidélité émotionnelle [16].

2- Corrélation neuroanatomique

La jalousie sexuelle de l'homme est connue pour être une cause de violence envers la partenaire et ceci devant la menace de la perte d'exclusivité affective du partenaire. Des chercheurs ont étudié dès lors chez le macaque quels pouvaient être les réseaux neurologiques impliqués dans cette violence. En condition de challenge, le singe, témoin d'une possible union de sa femelle avec un rival, montrait une activation importante du cerveau moyen et notamment au niveau du sillon temporal supérieur et de l'amygdale droite, pouvant être reliée à une vigilance sociale plus importante et à l'anxiété [61].

Par la suite, chez l'homme, des différences entre les sexes concernant une infidélité sexuelle ou émotionnelle ont été mises en évidence au niveau neuroanatomique par l'imagerie à résonance

magnétique fonctionnelle. Il existe une activation de régions cérébrales distinctes chez les hommes et les femmes selon le type d'infidélité. Les hommes présentent plus d'activation que les femmes des régions impliquant les comportements sexuels et l'agressivité comme l'amygdale et l'hypothalamus. Les femmes, quant à elles, montrent plus d'activation au niveau du sillon temporal postérieur et supérieur. Ces résultats suggéreraient que les hommes et les femmes, dans le cadre d'une jalousie amoureuse, utilisent des modules neuropsychologiques différents [68].

A partir de ce que nous venons de voir, la jalousie amoureuse est une émotion complexe, une passion survenant par paroxysmes, par crises, et survenant dans le cadre d'un amour captatif qui ne peut pas être considéré comme pathologique du seul fait de sa violence. En quoi donc la jalousie, la passion jalouse est-elle normale ?

La jalousie est normale quand elle naît d'une réaction à une situation d'infidélité certaine ou plausible et quand elle est contenue par la situation elle-même qui l'a engendrée. Quand l'anxiété, les réactions d'échec, le découragement et le désir de vengeance se présentent comme un ensemble de réactions compréhensibles et proportionnelles aux dimensions même de la situation vitale catastrophique. Même quand le partenaire est trompé et qu'il se trouve au comble de l'émotion, la jalousie garde dans son expression, ses nuances et même ses excès une forme de souffrance qui se déroule entièrement sur le plan de la conscience et emprunte à son organisation passionnelle les lois de ses déterminations. C'est là que se situe la frontière de la jalousie normale. En effet nous savons que la passion amoureuse, la passion jalouse peuvent entraîner des comportements violents allant jusqu'au crime mais la passion étant l'apanage de l'homme, il convient de la considérer comme normale bien qu'excessive car elle est compréhensible. Elle n'est pas anormale en tant qu'elle constitue une constante psychologique dans un groupe social donné et en particulier dans le notre car elle s'intègre dans un ensemble de valeurs et de normes et qu'elle est solidaire des conventions et des engagements explicites ou implicites des époux et des amants. Le fait que la jalousie passionnelle, excessive, soit considérée comme normale dépend du fait que notre société condamne l'infidélité. Elle n'est pas non plus anormale du fait qu'elle soit un conflit, même avec la réalité, le conflit étant un attribut essentiel de l'existence biologique et humaine et qu'il n'est pas anormal que les désirs de la personne se heurtent au refus de la réalité. Mais définir la jalousie normale par la négation de l'anormalité n'apporte pas les réponses attendues et nécessaires à la définition de la jalousie normale, passionnelle ou non. Du fait de l'existence d'un conflit avec la réalité, la jalousie peut basculer dans le normal et le pathologique. Ce qui importe avant tout, c'est la direction que prend la jalousie amoureuse ainsi que son devenir. C'est la possibilité que la jalousie devienne normative, c'est-à-dire constitutive de nouvelles normes, d'un équilibre nouveau. La passion amoureuse, même dans ses excès implique chez

le passionné une forte capacité d'investissement et quelques aptitudes à prendre des risques. Comment refuser une valeur fonctionnelle aux conduites jalouses si elles sont assez puissantes et habiles pour sauver ce qui paraissait perdu ? Même si l'issue de la jalousie n'est pas aussi heureuse, elle est encore normative lorsqu'elle aboutit à l'acceptation oblique de l'indépendance du partenaire ou à la reprise de la sienne propre. Une nouvelle norme peut faire sortir de l'expérience vécue : assez d'élan pour s'engager, assez d'élan pour se dégager. Nous verrons qu'il en est tout autrement en ce qui concerne la jalousie morbide.

La santé psychique n'exclut ni l'émotion, ni la passion. Etre sain n'est pas être par nature ou par expérience immunisé contre la jalousie. C'est au contraire être capable d'en courir les risques, à condition d'être en mesure d'en guérir par une évolution personnelle. La jalousie amoureuse semble malgré tout échapper à une définition ainsi qu'à des limites précises et c'est l'émergence de la psychologie et de la psychiatrie du 19^e siècle qui a permis d'étudier systématiquement et de classer comme phénomènes morbides les comportements et les états mentaux associés à la jalousie. C'est ce que nous allons voir.

DEUXIEME PARTIE : JALOUSIE MORBIDE, PSYCHIATRIE ET PSYCHANALYSE DANS LA PREMIERE MOITIE DU 20^e SIECLE

I- ASPECTS NOSOGRAPHIQUES ET CLINIQUES CLASSIQUES DU CONCEPT DE JALOUSIE MORBIDE

Le concept de jalousie morbide est éparpillé dans l'évolution des idées psychiatriques classiques et lié en particulier à la question des états passionnels et des délires chroniques.

Au 19^e siècle, les psychiatres décrivent les types cliniques d'états de jalousie et les rattachent à des entités nosographiques. La jalousie morbide est longtemps assimilée, par les auteurs classiques, à la monomanie affective d'Esquirol qui en donne la description suivante: « *Affection dans laquelle le délire est borné à un seul objet ou à petits nombres d'objets, avec exaltation et prédominance d'une passion gaie ou triste ; le plus souvent les monomaniaques ne déraisonnent pas, mais leurs affections, leur caractère sont pervertis ; par des motifs plausibles, par des explications très bien raisonnées, ils justifient de l'état actuel de leurs sentiments et excusent la bizarrerie, l'inconvenance de leur conduite. C'est ce que les auteurs ont appelé monomanie raisonnante, mais que je voudrais nommer monomanie affective* » [17 p.490]. Pour Moreau de Tours, « *un monomaniaque est fou parce qu'il est sous l'emprise d'une croyance erronée et parce qu'il hait son ennemi ou celui qu'il regarde comme tel. Sa haine, sa jalousie sont la conséquence naturelle de son erreur. Que si l'on objecte que, son erreur détruite, ses sentiments haineux, jaloux, peuvent subsister encore, nous répondrons sans contester qu'il n'y a point de haine véritable, mais plutôt une sorte de réminiscence des impressions produites par les sentiments dont l'individu est affecté. Entre cette réminiscence et la haine véritable, la même différence existe entre la sensation d'un son que l'on entend et le souvenir, la réminiscence de cette sensation* » [17 p.490].

Pour les psychiatres de cette époque, il existe une simple différence d'intensité entre passion normale et pathologique. La jalousie morbide est assimilée à la forme extrême de la passion, c'est une « folie partielle », une monomanie, un délire pouvant passer par toutes les phases cliniques de la passion: d'une simple méfiance à l'exaltation la plus violente pouvant conduire à l'homicide.

C'est à la fin du 19^e siècle que la jalousie morbide tend à s'isoler en tant qu'entité clinique avec la description du délire systématisé de jalousie par Bombarda qui y voyait le terrain de la

paranoïa : « sont des paranoïaques, certains jaloux, méfiants, faisant sans raison à leur femme une vie de martyre de la foi conjugale » [17 p.494].

En 1908, le délire de jalousie est décrit précisément par Mairet qui en dégage les différentes phases et les caractères. La jalousie morbide s'isole de la passion pathologique pour intégrer la paranoïa. C'est ce que nous allons voir en reprenant le fil de l'étude de Mairet sur la jalousie.

1- A. MAIRET- « La Jalousie, Étude Psychophysique. 1908 »

Pour Mairet, la jalousie amoureuse relevait d'abord de la peur de perdre un bien, l'idée de possession est sous jacente et renvoie à la notion de l'amour captatif que nous avons évoqué précédemment. A la différence de la passion jalouse, la jalousie morbide n'a pas selon Mairet comme point de départ, la brutale réalité, mais le doute. C'est sur ce doute fondamental qu'il s'appuie pour décrire le délire systématisé de jalousie qu'il considère, comme Bombarda dix ans avant lui, exiger le terrain de la paranoïa.

1-1 Le délire systématisé de jalousie

Pour reprendre la conception de Mairet : « *Le délire systématisé de jalousie est caractérisé par l'idée fixe de jalousie, née d'un doute, poursuivie dans le doute avec pour point de départ un motif futile. A ce doute inaugural succède la recherche d'une confirmation par la quête d'une preuve patente* » [17 p.494].

Le début du délire de jalousie est donc marqué par l'apparition de l'idée fixe de jalousie qui naît d'un doute ayant un point de départ futile. Ce doute suppose et crée une perplexité fondamentale en même temps qu'une certitude approximative selon une ambivalence maximale dans cette forme pathologique.

Par exemple, le doute qui s'installe dans la pensée du patient peut être la conséquence d'une remarque anodine faite par une voisine sur l'amabilité d'un tiers envers sa femme, remarque à laquelle il ne prête pas initialement attention et qui lui reviendra plus tard à l'esprit comme ayant une signification désobligeante. Un autre exemple peut être celui du retour à domicile à l'improviste d'un patient qui, ne trouvant pas sa femme à la maison et voyant le lit non défait, s'imagine qu'elle n'a pu

coucher que dans le lit du propriétaire. Ou, enfin, celui d'une femme mariée depuis plus de vingt ans se demandant un jour si se sont bien les affaires de son mari qui l'empêche de rentrer déjeuner à midi à leur domicile.

Une fois ce doute installé et après avoir éprouvé passagèrement de la honte, le patient en proie à ce doute cherche à le confirmer. Il s'adresse dès lors aux détails et faits les plus futiles et les moins démonstratifs pour obtenir l'impossible confirmation de son doute. Par exemple, un patient chez qui le doute était né de la découverte d'une tâche suspecte sur le lit conjugal, confirme ses craintes de l'infidélité de sa femme en entendant un voisin demander à celle-ci de lui ramener des légumes du marché.

Il existe à l'occasion de ce délire de jalousie, un malaise envahissant et indéfiniment progressif qui s'amplifie, qui s'étend. Le thème délirant s'enrichit progressivement au travers des expériences de la vie quotidienne.

Le délire de jalousie est un véritable délire d'interprétation où le doute et l'idée de jalousie devenus fixes, tout est mis en œuvre pour arriver à prouver l'infidélité. Le patient se livre dès lors à une série d'investigations. Pour citer Mairet : *« il semblerait, qu'un homme qui comme le monomane, a acquis la conviction de son infortune conjugale, conviction telle que les raisons les plus péremptoires qu'on peut lui donner de l'inanité de son idée ne saurait ébranler celle-ci, il semblerait, dis-je, qu'un pareil homme n'ait pas besoin de preuves plus patentes de son malheur que celles sur lesquelles il fait reposer cette idée. Il n'en est rien cependant ; ne possédant pas de preuves palpables de l'infidélité de son conjoint, ces preuves il voudrait les avoir et met tout en œuvre pour les obtenir »* [17 p.494].

Les investigations, les conduites de vérifications auxquelles se prête le délirant jaloux pour confirmer ses certitudes sont variées : il surveille son partenaire dans les moindres faits et gestes, flaire ses vêtements, examine son linge à la recherche de tâches suspectes, les fait analyser, ouvre le courrier et va jusqu'à y supposer une cryptographie cachée qui démontrerait l'infidélité du partenaire.

Aux côtés de ces investigations et conduites de vérifications multiples, il se livre à des mesures de contrôle diverses et extrêmes pour mettre fin à sa perplexité et à son sentiment d'infortune. Le délirant jaloux suit sa femme dans tous ses mouvements, lui défend de parler à quiconque, l'oblige à le suivre dans ses déplacements et va même jusqu'à l'enfermer ou à l'attacher. Mairet cite le cas d'un homme présentant un délire de jalousie qui, couché auprès de sa femme, craignant qu'elle ne l'endorme avec un narcotique pour aller rejoindre son amant, mettait derrière la porte une table chargée de vaisselle afin qu'à la moindre tentative il soit réveillé. Un autre jetait de la cendre devant la porte de sa chambre pour s'assurer que personne n'était entré pendant la nuit. Enfin, il donne l'exemple d'un homme qui, ayant attaché sa femme au lit avec une courroie, se réveillait la nuit et

palpait les cuisses de celle-ci et « *s'il les trouvait fraîches, pensait immédiatement qu'elle avait profité de son sommeil pour courir à la débauche* » [17 p.495].

Selon Mairet, l'évolution de ce délire se fait selon deux modes. Soit avec la persistance unique de l'idée délirante de jalousie : c'est le cas de la monomanie de jalousie pure qui correspond au délire systématisé progressif de Bombarda. Dans ce cas, l'idée fixe de jalousie persiste avec une intensité croissante. Le délire est permanent, reste indéfiniment ce qu'il est et l'éloignement du conjoint ne fait pas disparaître le délire mais atténue seulement son activité. Soit, au délire de jalousie, s'ajoute des idées de persécution : c'est le cas de la monomanie de jalousie avec délire de persécution où le délirant jaloux se comporte comme un persécuté-persécuteur. L'évolution est dans ce cas moins bonne que le type précédent, entraînant plus souvent une démence. Les idées de persécution sont de toutes sortes avec recours aux autorités fréquentes mais, selon Mairet, à la différence du persécuté ordinaire, les idées de persécutions s'agencent, se cristallisent autour de l'idée fixe de jalousie qui est le pivot du délire. Le délirant jaloux dans ce cas, accuse l'épouse de l'empoisonner et le complice de se moquer ouvertement de lui.

Le délire de jalousie devient donc par l'apport des descriptions cliniques de Bombarda et de Mairet un délire qui se différencie d'une passion pathologique. C'est un délire qui est systématisé, relativement cohérent, progressif et qui se développe en secteur sur un terrain de personnalité paranoïaque. Dans le cas du délire de jalousie, ce délire d'interprétation naît d'un doute, d'une idée fixe de jalousie. Il est intéressant de noter que l'évolution est globalement stable avec maintien du délire de jalousie tel quel, sous la forme d'un délire de jalousie pur, ou s'associant à des idées de persécution se développant malgré tout en secteur et dont l'évolution est plus péjorative. Il est intéressant de noter que ce délire décrit au début du 19^e siècle est le type même du délire paranoïaque que nous connaissons.

Après avoir décrit et isolé le délire de jalousie sous sa forme systématisée, Mairet résume les acquisitions de la période clinique psychiatrique de son temps et ajoute le type clinique de l'hyperesthésie jalouse.

1-2 L'hyperesthésie jalouse de Mairet

Pour Mairet, l'hyperesthésie jalouse est une autre forme de jalousie morbide, distincte du délire systématisé de jalousie, qui, n' « *atteignant pas le degré de la monomanie* », se place entre celle-ci et « *la jalousie physiologique dont elle ne se distingue que par une réactivité sentante plus facile et plus grande* » [17 p.492].

Ces patients, arborant une jalousie morbide du type de l'hyperesthésie jalouse seraient des sujets avec une personnalité psychopathique, des sujets hyperémotifs ou anxieux qui réaliseraient ce que Mairret appelle le type du « jaloux constitutionnel ». C'est la « *mise en activité facile et l'intensité des vibrations* » [17 p.492] qui sont pour lui les caractères constants de cette forme de jalousie morbide.

L'évolution de l'hyperesthésie jalouse est rémittente avec des exacerbations, des paroxysmes de causes diverses. Dans ce cas, l'idée prévalente de jalousie se développe en secteur mais ne prend pas la forme d'un délire systématisé de jalousie bien qu'un délire puisse survenir brusquement et disparaître de même. Mairret donne l'exemple d'une de ses patientes qui, couchée à côté de son mari, et ayant rêvé qu'il la trompait, se réveillait angoissée et lui faisait une scène comme si son rêve avait été l'expression de la réalité.

Cette nouvelle forme de jalousie morbide décrite et instaurée par Mairret dans la nosographie psychiatrique semble donc être une réaction jalouse intense, mise en jeu facilement, et survenant chez des personnes porteuses d'un véritable complexe d'infériorité et d'un sentiment de frustration. L'hyperesthésie jalouse, dont les pathogénies sont diverses, lui permet de couvrir aux côtés du délire systématisé de jalousie pur et de celui associé à des idées de persécution le vaste champ de la jalousie morbide et de remplacer ainsi l'ancienne notion de passion pathologique.

La synthèse de Mairret sur la jalousie morbide couronne la période clinique en ce début de 20^e siècle. En 1910, deux ans plus tard, l'étude de Jaspers « *Le délire de jalousie : développement de la personnalité ou processus* » inaugure la période psychopathologique à suivre.

2- K. JASPERS - « Le Délire de Jalousie : Développement de la personnalité ou Processus. 1910 »

Son étude repose sur quatre observations exemplaires: deux de ces cas sont pour lui des jalousies délirantes par développement de la personnalité, les deux autres sont des jalousies délirantes secondaires à l'altération processuelle de la personnalité.

Cette distinction est à l'origine de toute la théorie psychopathologique de Jaspers où la notion de processus s'oppose radicalement au développement de la personnalité.

Pour lui, le processus est une altération nouvelle du psychisme, qui survient au cours de la vie d'une manière non compréhensible. Il oppose ainsi les délires compréhensibles, par développement de

la personnalité, et les délires non compréhensibles, par altération processuelle de la personnalité. Dans cette théorie des processus, il distingue les processus physico-psychotiques et le processus psychique.

Les processus physico-psychotiques sont dus à des maladies cérébrales organiques ou correspondent au groupe des démences précoces. Leur contenu psychique correspond à une vie mentale désagrégée.

Le processus psychique, quant à lui, représente une rupture dans le développement de la personnalité, mais cette rupture est de durée assez courte et n'empêche pas une évolution ultérieure compréhensible de la personnalité.

Voyons dès à présent quelles sont les caractéristiques cliniques que Jaspers attribue au délire de jalousie quand il est conditionné par un processus.

2-1 Délire de jalousie processuel

Dans ce cas, pour Jaspers :

1. « Il s'agit de personnes un peu particulières qui montrent un certain entêtement et sont assez excitables sans d'ailleurs que l'on puisse les distinguer des milliers de personnes présentant les mêmes traits ;
2. Le délire de jalousie, bientôt suivi d'idées de persécution, se déclare dans un laps de temps relativement court ne dépassant pas un an environ ;
3. Cette formation délirante est accompagnée de symptômes divers : inquiétudes (« n'as-tu rien entendu? »), idées délirantes d'être observé, illusion de la mémoire, symptômes somatiques interprétés ;
4. Ces malades s'entendent à relater d'une manière très expressive le fait de leur empoisonnement et les états effrayants qui ont suivi. On n'a aucun point d'appui pour affirmer les hallucinations ;
5. On ne trouve aucune cause extérieure au déclenchement de tout le processus (à savoir ni modification quelconque des circonstances de la vie, ni le plus mince accident) ;
6. Dans le cours ultérieur de la vie (observé à 7 et 18 ans dans ces cas), il n'y a aucune adjonction de nouvelles idées délirantes, mais le sujet garde son délire ancien, ne l'oublie pas. Il considère son contenu comme la clef de sa destinée et traduit sa conviction par des actes. Il est possible et vraisemblable que se parachèvent les idées délirantes, mais cela se limite à antedater certaines données de l'époque fatale relativement courte et du temps qui l'a précédée. Le sujet n'est pas réticent ;
7. La personnalité demeure, autant qu'on puisse en juger, non perturbée et il n'est pas question d'un affaiblissement démentiel quelconque. Il y a eu un dérangement délirant

qu'on peut concevoir comme localisé en un point et la personnalité ancienne l'élabore rationnellement avec ses sentiments et ses instincts anciens ;

8. Ces personnalités présentent un complexe de symptôme que l'on peut rapprocher de l'hypomanie : conscience de soi jamais défaillante, irritabilité, tendance à la colère et à l'optimisme, dispositions qui à la moindre occasion se renversent en leur contraire, activité incessante, joie d'entreprendre » [40 p.108].

Pour Lagache, dans ces observations de Jaspers, il s'agit non pas de schizophrénie mais de paraphrénie. Les deux autres cas de jalousie délirante décrits par Jaspers lui paraissent ressortir du développement de la personnalité.

2-2 Délire de jalousie et développement de la personnalité

Dans le cas du développement de la personnalité, les caractéristiques du délire de jalousie s'opposent presque point par point aux caractéristiques processuelles :

1. Il s'agit d'individus jaloux dont les tendances remontent à la jeunesse. Il y a fréquemment des anomalies instinctives sexuelles ;
2. Il y a eu un développement lent des symptômes, selon un mode analogue au progrès normal de la vie, tel qu'il est manifesté depuis l'enfance ;
3. Le tableau délirant apparaît de façon compréhensible à l'occasion d'événements susceptibles en effet d'irriter la passion du sujet ;
4. Les idées délirantes apparues sont ranimées lors de nouvelles occasions et, avec le temps, s'oublent en partie, en partie se transforment. Seule la tendance persiste à des explosions nouvelles lors d'occasion appropriées ;
5. Les épisodes aigus n'entraînent aucun bouleversement durable ;
6. On peut déduire la vie entière d'une prédisposition personnelle univoque. [40 p.38]

Il faut noter que ces descriptions cliniques du délire de jalousie par Mairet et Jaspers sont de véritables progrès et sont indissociables d'un point de vue historique de la maturation du concept de paranoïa qu'on retrouve à la même époque en France avec Sérieux et Capgras ainsi qu'en Allemagne. La finesse sémiologique de l'école française complète les progrès de la nosographie accomplis par l'école allemande. C'est précisément dans l'ouvrage de Lagache « *La Jalousie Amoureuse* » de 1947 que se repère l'aboutissement de ces deux écoles. Nous y viendrons, après avoir passé en revue l'apport de De Clérambault, dont Lagache a particulièrement étudié les thèses, dans le délire de jalousie.

3- DE CLERAMBAULT - « le Délire Passionnel de Jalousie. 1921 » [25]

Clérambault instaure dans la nosographie française de l'époque le groupe des délires passionnels, qu'il divise en trois figures (le délire de revendication, le délire de jalousie et l'érotomanie). L'isolement de ce groupe vient distinguer au sein du champ de la paranoïa les formes dites passionnelles des formes dites interprétatives. Clérambault fournit peu d'indications concernant le délire passionnel de jalousie, développant son travail majoritairement sur l'érotomanie, mais voyons initialement ses considérations fondamentales sur les délires passionnels communes au délire passionnel de jalousie :

« Le passionnel soit érotomane, soit revendicateur soit même jaloux, a dès le début de son délire un but précis, son délire met en jeu d'emblée sa volonté, et c'est là justement un trait différentiel : le délirant interprétatif vit dans un état d'expectation, le délirant passionnel vit dans un état d'effort. Le délirant interprétatif erre dans le mystère, inquiet, étonné et passif, raisonnant sur tout ce qu'il observe et cherchant des explications qu'il ne découvre que graduellement ; le délirant passionnel avance vers un but, avec une exigence consciente, complète d'emblée, il ne délire que dans le domaine de son désir : ses cogitations sont polarisées, de même que l'est sa volonté, et en raison de sa volonté » [25 p.342]. Il poursuit en soulignant que « le mode d'extension du délire sera donc spécial. Tout travail imaginatif ou interprétatif étant restreint, pour ainsi dire, à l'espace qui s'étend entre l'objet et le sujet, le développement des conceptions se fera non pas circulairement, mais en secteur ; si les vues vont s'élargissant avec le temps, c'est en restant dans ce même secteur dont l'angle d'ouverture ne change pas » [25 p.342]. Enfin, Clérambault ajoute qu'« un trait fondamental des délires passionnels, c'est l'Effort : la volonté entre en jeu dès le premier moment, et tous les caractères ultérieurs du délire (précision du début, extension polarisée, graphorrhée, initiatives, etc.) sont en relation avec ce trait initial et constant, l'Effort » [25 p.424].

Ces délires passionnels comportent tous le même noyau affectif à savoir la constitution paranoïaque (orgueil, méfiance, psychorigidité et fausseté du jugement), le complexe d'avidité et de frustration. Ce qui de plus, les caractérise, c'est l'exaltation, l'hyperesthésie pouvant aller jusqu'à l'hypomanie, la véhémence, l'allure revendicatrice commune.

Clérambault faisant reposer les délires passionnels sur un postulat générateur, et tout particulièrement sur celui de l'orgueil sexuel dans l'érotomanie (l'objet a commencé et aime le plus), il laisse quelques remarques sur le délire de jalousie : l'idée prévalente de jalousie subordonne tous les

phénomènes psychiques et toutes les conduites du patient à un postulat fondamental, « ce n'est pas moi qu'il aime, c'est un/une autre », qui devient une conviction inébranlable.

Pour lui, le délire passionnel de jalousie ne survient qu'à propos d'un objet déjà possédé et qui occupe déjà une grande place dans le psychisme du sujet. De plus, il est en rapport avec une blessure affective préexistante qui donne à l'interprétation sa fécondité immédiate.

Clérambault nous laisse à penser que la jalousie morbide, en tant qu'état passionnel se fonde non pas sur une base interprétative étroite mais bien sur une base affective très large et très profonde. De plus, il semble vouloir admettre, par sa classification nosographique, une coupure du délire de jalousie avec la psychose paranoïaque. Ce n'est pas le cas de Lagache qui conclut dans sa thèse de 1947 à la structure paranoïaque des états de jalousie quel que soit le contexte ou l'évolution de la jalousie.

4- D. LAGACHE - « La Jalousie Amoureuse. 1947 » [40]

Cette étude qui s'appuie sur 51 observations de patients hospitalisés pour une jalousie morbide représente une synthèse qui tente d'éclairer tous les aspects de la jalousie amoureuse, aussi bien psychologiques que pathologiques, et d'en dégager la structure commune par un abord phénoménologique. Pour décrire la jalousie morbide, Lagache se base sur le schéma jaspérien, qui a pour lui une signification formelle, en utilisant les réactions de la personnalité, le développement de la personnalité et l'altération de la personnalité. Pour faciliter la compréhension de ce chapitre, nous relèverons dans chacune de ces trois catégories les remarques importantes et les conclusions de Lagache.

4-1 Jalousie réactionnelle

Il la caractérise par les points suivants :

1. La réaction ne serait pas née sans l'événement (elle peut être immédiate ou survenir après une période plus ou moins longue de maturation) ;
2. Le contenu est en rapport compréhensible avec l'évènement originel bien qu'il faille faire intervenir des mécanismes extra conscients ;
3. L'évolution dépend de l'événement et des rapports de la réaction avec lui. [40 p.13]

Ces cas de jalousie morbide sont des réactions sthéniques, revendicatrices ou expansives au sens de Kretschmer et correspondent au type clinique de l'hyperesthésie jalouse. Malgré tout ce que la sthénie passionnelle peut apporter d'excès, la jalousie réactionnelle reste rationnelle et fondée sur des rapports réels, elle n'est pas délirante.

4-2 Jalousie par développement de la personnalité

Pour Lagache, ces jalousies morbides par développement de la personnalité sont toutes du ressort de la paranoïa. Il apporte dans ce cadre les conclusions suivantes :

1. « Dans la plupart des cas, l'anamnèse révèle une prédisposition, souvent sous la forme d'un caractère sthénique, dominateur, avec propension au sentiment d'injustice subie, ou tout au moins d'indices d'une telle disposition sous la forme des traits de la série paranoïaques ;
2. Pendant un long espace de temps, souvent plusieurs années, ces sujets vivent une situation objectivement ou non insatisfaisante ; le plus souvent cette frustration est éprouvée dans la vie conjugale, mais il s'y ajoute des frustrations dans le domaine de la vie professionnelle et des ambitions personnelles, qui sont transposées en jalousie par un mécanisme de déplacement ;
3. L'état de jalousie se développe d'une manière généralement insidieuse et progressive jusqu'à des paroxysmes dans lesquels, aux aspirations déçues, font suite des réactions revendicatrices et agressives » [40 p.102].

Ce qui différencie ces jalousies morbides de la jalousie réactionnelle et passionnelle est l'erreur délirante, imperméable à l'expérience et au raisonnement. Lagache se rallie à l'opinion de ses prédécesseurs : ces délires de jalousie par développement de la personnalité sont du type clinique du délire de revendication. La restriction qu'il fait cependant est que le mode de début de ces délires n'est pas aussi rapide que les classiques l'ont bien admis.

4-3 Jalousie et altération processuelle

Il s'agit de psychoses paranoïdes, c'est-à-dire de psychoses incomplètement accessibles à l'interprétation compréhensive et qui ne sont pas en continuité complète avec la personnalité antérieure à la maladie. Ce sont des délires polymorphes. Lagache reprenant la notion de processus de Jaspers, y ajoute les caractéristiques suivantes :

1. « Au point de vue pathogénique, impossibilité d'une interprétation compréhensive à partir des événements ou du caractère antérieur à la maladie, comme c'est le cas dans les réactions et les développements de la personnalité ;
2. Au point de vue clinique, absence d'affaiblissement démentiel et altération de l'ensemble du psychisme : inquiétude, expérience délirante d'être observé, illusions de la mémoire, interprétation de symptômes somatiques, idées d'empoisonnement ;
3. Au point de vue évolutif, constitution rapide en moins d'un an, absence d'expériences délirantes nouvelles ; le sujet considère le délire comme la clef de sa destinée et traduit sa conviction par des actes; il n'est pas réticent et présente un complexe symptomatique rappelant l'hypomanie » [40 p.108].

Au sein des altérations processuelles, Lagache distingue trois sous divisions que nous allons voir successivement.

4-3-1 Premier groupe : jalousies contemporaines ou postérieures aux altérations processuelles de la personnalité

Les caractéristiques des processus de ce premier groupe sont les suivantes :

1. « Constitution rapide du délire dans un délai de moins de trois mois ;
2. Début par altération non compréhensible de la conscience de soi avec inquiétude, impression d'être observé, interprétation de troubles somatiques, idées de persécution ;
3. Idées d'empoisonnement avec récit sensationnel des troubles digestifs ;
4. Jalousie psychologiquement et logiquement peu compréhensible : grande imprécision des soupçons et des preuves, trouble foncier de la perception du monde et de la partenaire ;
5. Pas de déficience intellectuelle ;
6. Du point de vue évolutif, peu d'expériences délirantes nouvelles, mais conviction persistante que le malade traduit par ses actes » [40 p.121].

L'analyse phénoménologique d'un autre cas de ce groupe permet d'ajouter que la jalousie morbide peut être étrangère à la personnalité et anachronique avec projection du thème dans le passé. Bien entendu, ces jalousies morbides se confondent avec l'évolution de psychoses schizophréniques. Il s'agit de jalousies morbides qui ne procèdent ni de la personnalité du sujet, ni de la réalité.

4-3-2 Deuxième groupe : une jalousie liée à la personnalité et aux circonstances a préexisté à la psychose et reparaît d'une manière anachronique au milieu d'un tableau clinique de processus

Dans ce groupe de 2 cas, la jalousie morbide, symptôme d'un délire schizophrénique, est anachronique et tournée vers le passé.

4-3-3 Troisième groupe : une jalousie en continuité apparente avec la personnalité inaugure un processus dans lequel elle se perd

La jalousie morbide inaugure le processus sous la forme d'un délire passionnel (lié à un développement de la personnalité au sens de Jaspers) et devient ensuite processuelle, c'est-à-dire non compréhensible au sens de Jaspers.

L'ensemble de ces jalousies morbides liées à l'altération de la personnalité ne sont pas, pour l'auteur, des jalousies pures du fait du polymorphisme des thèmes délirants et de la présence d'hallucinations psychosensorielles multiples.

4-4 Classification nosographique et résumé

Pour Lagache, les jalousies morbides regroupent les délires de jalousie (délires paranoïques d'interprétation, de revendication et délires paranoïdes) et les jalousies passionnelles morbides avec composante de jalousie réactionnelle. Il distingue les jalousies morbides pures qui sont représentées par les délires paranoïques et les jalousies passionnelles morbides réactionnelles et les jalousies associées que sont les délires paranoïdes. La jalousie morbide est pour lui paranoïaque et la majeure partie de ses cas sont des délires de jalousie liés au développement de la personnalité au sens de Jaspers, se développant donc de façon compréhensible avec la personnalité du patient. Il inclut dans le concept de jalousie morbide les délires paranoïdes, qu'il met cependant à part des jalousies morbides pures et met l'accent sur l'aspect peu compréhensible de ces délires où la jalousie se noie dans la symptomatologie associée et se distinguant de la personnalité du patient. Enfin, il intègre aux côtés des délires paranoïques, les jalousies morbides du ressort de la réaction de la personnalité, véritables réactions passionnelles excessives à une situation précise et se développant en lien avec la personnalité du patient mais gardant un aspect compréhensible et non délirant. Ce dernier type de jalousie morbide est aussi de structure paranoïaque, comme en témoigne les réactions sensitives de Kretschmer ou l'hyperesthésie jalouse.

Pour Lagache, le concept de jalousie morbide est profondément lié à la paranoïa. La jalousie est morbide quand elle est excessive bien que rationnelle (non délirante) et en lien avec la personnalité paranoïaque du sujet dans le cas des réactions de la personnalité. Ou bien elle est irrationnelle et délirante mais liée à la personnalité du patient comme dans la majorité des cas des délires paranoïques. Nous verrons que les caractères excessifs et irrationnels de la jalousie morbide posent de nombreux problèmes encore de nos jours dans la définition et la limite du concept de jalousie morbide.

Pour H.Ey, qui a repris dans son étude de la jalousie morbide, comme Lagache, la classification de Jaspers, la jalousie morbide se fonde essentiellement sur le caractère irrationnel (le caractère excessif tend à disparaître). Pour lui, la jalousie morbide est toujours délirante.

5- Henri EY- « Etude n°18: Jalousie Morbide. 1950 » [17]

5-1 Conception dichotomique de la jalousie morbide

Henri Ey introduit le concept de jalousie morbide en montrant tout d'abord en quoi la jalousie passionnelle est normale. Celle-ci est normale nous dit-il quand elle naît d'une situation effective d'infidélité, qu'elle est pour ainsi dire contenue par la situation qui l'a engendrée. La situation objective d'infidélité permet dans ce cas de comprendre que tout ce qui vient de cette jalousie ne dérive pas de la structure affective du sujet, qu'il n'y a donc pas de délire. Les critères « structuraux » de cette passion normale qui lui confèrent une physionomie spéciale sont l'anxiété, les réactions d'échecs, le découragement et le désir de vengeance. Les réactions à la situation d'infidélité sont compréhensibles et proportionnelles aux dimensions même de la situation vitale catastrophique pour le patient. Les émotions, aussi intenses soient-elles gardent dans leur expression et leur nuance une forme de souffrance qui se déroule entièrement sur le plan de la conscience et empruntent à son organisation passionnelle les lois de ses déterminations (résignation ou violence).

Cette description l'amène à décrire les situations les plus délicates à repérer cliniquement et à critiquer les conceptions de Lagache puis de Jaspers.

5-1-1 L'infidélité est réelle mais la jalousie est pathologique

Comme disait de Clérambault : « *Plût au ciel, Monsieur, qu'il suffise d'être cocu pour n'être point malade !* » [17 p.489].

En reprenant les conceptions de Lagache qui considère comme nous l'avons précédemment vu que ces situations sont des jalousies morbides liées à des réactions de la personnalité (la jalousie ne serait pas née sans l'événement ; le contenu est en rapport compréhensible avec l'évènement bien qu'il faille faire intervenir des mécanismes extra conscients ; l'évolution dépend de l'évènement et des rapports de la réaction avec lui), Ey critique cette conception de réaction de la personnalité face à ces situations de jalousie qui ne semblent dès lors pas être pathologiques. Il admet cependant qu'il existe un facteur caractériel aussi important qu'un facteur circonstanciel ainsi que le recours permanent, dans

des observations de ce genre, au concept d'hyperémotivité diffuse (qui nous rappelle l'hyperesthésie jalouse de Mairé).

Chez ces jaloux, pour Ey, c'est le critère de débordement émotionnel qui est essentiel. Tout se passe comme si le seuil de l'émotion se trouvait anormalement bas de telle sorte que le sujet ne puisse dominer sa situation catastrophique et qu'il se laisse submerger par elle. Pour lui, ces situations ne sont pas de simples réactions de la personnalité mais bien des réactions inadéquates à une infidélité même patente.

5-1-2 Inversement, un jaloux peut être un jaloux pathologique alors qu'il ne vit pas la situation d'infidélité comme réelle mais seulement comme possible ou virtuelle

C'est alors la structure même de la personnalité et parfois le délire connexe qui font porter le diagnostic de jalousie pathologique ou morbide.

Pour Ey, ces deux situations de jalousie morbide sont les plus délicates à diagnostiquer. Même si le délire n'est pas manifesté, il est latent dans la structure même de la jalousie. La jalousie morbide est toujours délirante soit qu'elle vive la situation d'infidélité sans fondement réel soit qu'elle projette dans une situation réelle les exigences des fantasmes imaginaires et inconscients.

Ainsi, pour lui, la jalousie morbide existe dans une simple dichotomie : elle comprend classiquement les délires de jalousie et un petit secteur de réactions émotionnelles jalouses qui se développent dans l'histoire de certaines personnalités morbides.

5-2 Reprise de la classification de Jaspers et apport théorique

Dans cette étude sur la jalousie morbide, Ey reprend la classification de Jaspers : jalousie délirante comme développement de la personnalité et jalousie délirante déterminée par une altération processuelle de la personnalité.

5-2-1 Jalousie délirante liée au développement anormal de la personnalité

Ey reprend et s'appuie sur les conclusions de Jaspers et de Lagache pour formuler les siennes. Lorsque due au développement de la personnalité, la psychose présente selon Jaspers les caractères que nous avons déjà cités: le développement lent des symptômes, selon un mode analogue au progrès normal de la vie, tel qu'il est manifesté depuis l'enfance ; les épisodes diffus n'entraînent aucun bouleversement diffus durable ; on peut déduire la vie entière d'une prédisposition personnelle univoque. Pour Lagache, il s'agit d'individus dont les dispositions à la jalousie remontent à la jeunesse

(il existe souvent des anomalies instinctives et spécialement sexuelles). Le tableau clinique apparaît de façon compréhensible à l'occasion d'événements susceptibles d'irriter la passion du sujet (pas d'idées de persécution ou d'empoisonnement). Les idées délirantes ainsi apparues sont ranimées lors de nouvelles occasions et avec le temps s'oublent en partie, en partie se transforment : seule subsiste la tendance à des explosions nouvelles lors d'occasions appropriées. Lagache a pu mettre en évidence des antécédents héréditaires chez ces malades mais il écarte l'idée d'une hérédité similaire. Les traits de caractère jaloux remontent à l'enfance mais sont intriqués à d'autres traits d'arriération affective (fixation à la mère, conflit avec la mère, rivalité fraternelle, conflit œdipien, etc.) pour constituer un ensemble caractériel complexe. Il existe souvent des dispositions paranoïaques ou hypersthéniques ainsi que des traits du caractère sensitif de Kretschmer. C'est sur ce terrain que se développe le délire après un travail de maturation de la prédisposition.

Comme nous l'avons déjà vu et qu'Henri Ey met en avant, pour Lagache, l'élaboration progressive du délire obéit aux règles suivantes :

1. Dans la plupart des cas, l'anamnèse révèle une prédisposition, souvent sous la forme d'un caractère sthénique, dominateur, avec propension au sentiment d'injustice subie, ou tout au moins d'indices d'une telle disposition sous la forme de traits de la série paranoïaque ; mais il ne s'agit pas d'une prédisposition univoque comprenant explicitement la jalousie ;
2. Pendant un long espace de temps, souvent plusieurs années, ces sujets vivent une situation objectivement ou non insatisfaisante, le plus souvent cette frustration est éprouvée dans le domaine de la vie conjugale, mais il s'y ajoute des frustrations dans le domaine de la vie professionnelle et des ambitions personnelles qui sont transposées en jalousie par un mécanisme de déplacement ;
3. L'état de jalousie se développe d'une manière généralement insidieuse et progressive jusqu'à des paroxysmes dans lesquels aux aspirations déçues font suite des réactions revendicatrices et agressives.

Le noyau psychologique du développement de ces jalousies réside dans la transposition de l'avidité frustrée et blessée en revendication agressive.

Ey se base sur les affirmations de ses prédécesseurs et critique l'aspect compréhensible de ces jalousies morbides liées à un développement de la personnalité (compréhensibles comme le sont les monomanies d'Esquirol ou les délires paranoïaques systématisés) et comme réduction à un développement psychogénétique. Selon lui, à la base de ces délires liés au développement de la personnalité, il existe de tels bouleversements de la structure formelle de la vie psychique du malade que ces états sont incompréhensibles (au sens de Jaspers) et rentrent plus volontiers dans ce que Jaspers appelle processus psychique. Pour Ey, les délires de jalousie sont des phénomènes hétérogènes

quant au développement de la personnalité. Il s'oppose en cela à Jaspers et à Lagache. Ces délires de jalousie, paranoïaques, sont pour Ey, mieux expliqués par une atteinte processuelle (au sens de Jaspers) au même titre que pour les délires de jalousie de la schizophrénie.

5-2-2 Jalousie délirante secondaire à l'altération processuelle de la personnalité

Logiquement, pour Ey, la jalousie délirante secondaire à l'altération de la personnalité ne diffère des délires de jalousie précédents que par leur caractère nettement plus processuel, par la fréquence, l'intensité et la durée des expériences primaires.

Il met en avant les exemples cliniques donnés par Lagache dans les délires de jalousie par altération processuelle qui en décrit 10 cas et que nous avons évoqués pour formuler ses conclusions et justifier son point de vue. Pour rappel, Lagache décrit un premier groupe avec états de jalousie contemporains des altérations de la personnalité où il y a constitution rapide du délire, des idées d'empoisonnement, une imprécision des soupçons et des preuves et une déformation de la perception du moment et des personnages de la situation triangulaire qui se confondent. Le deuxième groupe est caractérisé par le fait qu'après un processus psychotique d'altération de la personnalité se forme une jalousie anachronique tournée vers le passé. Dans le troisième groupe, la jalousie morbide inaugure le processus. D'abord analogue à un délire passionnel (ou paranoïaque, en raison de sa clarté et dont Jaspers ou Lagache parlent comme d'un simple développement de la personnalité), elle devient ensuite nettement processuelle.

Ce dernier groupe lui permet d'appuyer ses critiques. Selon Ey, on ne peut séparer délire-développement et délire-processus car le délire-développement est déjà processus dans la mesure même où il est délire. Il insiste sur la profonde unité des délires de jalousie qu'ils soient issus d'un développement ou d'un processus. Tous les délires sont pour Ey des processus au sens de Jaspers.

En reprenant les conceptions jaspersiennes de processus, Ey induit un déplacement dans la conception des processus psychiques et des processus physico-psychotiques.

Le processus psychique est une transformation, une conversion du sens de l'existence, une greffe parasitaire unique qui constitue un changement de direction qui modifie définitivement la personnalité.

Une fois la nouvelle direction prise, elle dure et le sujet développe sa personnalité sur cette nouvelle base comme dans le cas d'un simple développement de la personnalité. Cette transformation totale a quelque chose d'hétérogène. Bien qu'elle se développe comme un enchaînement fortement articulé. Il y a un travail délirant qui ne cesse pas d'être une déviation fondamentale de la trajectoire de la personne. Ce processus psychique de Jaspers, pour Ey, constitue en quelque sorte le modèle de la

psychose paranoïaque (alors qu'elle était considérée par Jaspers comme incompréhensible, comme schizophrénique) [19].

Le processus physico-psychotique se caractérise par un bouleversement qui accentue l'hétérogénéité de l'orientation nouvelle et qui, au lieu d'être pour ainsi dire univoque, est chaotique car il manifeste l'irruption de multiples et nouveaux facteurs hétérogènes, et il se développe pour ainsi dire pour son propre compte. De ce fait, il est réfractaire aux relations de compréhension. C'est à ce type de processus, pour Ey, que correspond l'évolution schizophrénique (alors que Jaspers y voyait une origine organique).

Ainsi, pour Henri Ey l'hyperesthésie est un état passionnel déjà pathologique et dérive de la personnalité de l'individu.

A ses côtés, dans le concept de jalousie morbide, le délire systématisé de jalousie est un processus psychique, une anomalie du développement de la personnalité, un bouleversement, un déraillement. La nature de ce délire est processuelle et sa structure formelle est incompréhensible aux yeux de l'observateur qui, selon Ey, les interprète parfois très au-delà de la compréhension commune. Ainsi, la paranoïa représentée par le délire systématisé de jalousie et qui est issu pour Jaspers et Lagache du développement de la personnalité vient se fondre, pour Ey, avec les altérations de la personnalité par processus au même titre que les psychoses schizophréniques.

6- Résumé des conceptions psychiatriques de la jalousie morbide de la première moitié du 20^e siècle

Dans sa conception de la jalousie morbide, Mairet inclut le délire systématisé de jalousie, délire paranoïaque relativement cohérent, et l'hyperesthésie jalouse, qu'il place entre le délire systématisé et la jalousie normale. L'hyperesthésie semble se différencier de la jalousie normale par un caractère excessif et passionnel chez des patients hyperémotifs et anxieux.

Jaspers distingue des jalousies morbides réactionnelles, des jalousies délirantes liées au développement de la personnalité, compréhensibles dans l'évolution de la personnalité, se rapprochant des délires paranoïaques et des jalousies délirantes liées à une altération processuelle de la personnalité que l'on peut rattacher aux psychoses schizophréniques.

De Clérambault distingue dans le champ des paranoïas le délire passionnel de jalousie, où délire paranoïaque et caractéristiques passionnelles coexistent.

Lagache, reprenant la classification de Jaspers, fait une description psychologique et phénoménologique des états de jalousies et considère que la jalousie morbide pure est paranoïaque, qu'elle soit excessive et non délirante dans le cas des réactions passionnelles à une situation précise ou délirante en lien avec la personnalité.

Ey considère que toutes les jalousies morbides sont délirantes et s'oppose aux conceptions de jalousie morbide comme réaction de la personnalité, qu'il considère comme passionnelle normale. Il considère l'hyperesthésie jalouse, morbide, comme liée au développement de la personnalité et fusionne les délires de jalousie (paranoïaques et schizophréniques) dans un même cadre d'altération processuelle de la personnalité en refusant l'idée d'un développement psychogénétique d'une jalousie morbide par développement de la personnalité.

Nous constatons au travers de ces différentes conceptions classiques de la jalousie morbide qu'il n'y a pas d'homogénéité dans la description psychiatrique et psychopathologique du concept. Pour la plupart des auteurs cependant, la jalousie morbide est liée à la psychose paranoïaque et même dans ses formes excessives et passionnelles, moins fréquentes, les traits de personnalité paranoïaques sont mis en avant.

Quels sont, à cette même époque, les apports théoriques de l'approche psychanalytique sur le concept de jalousie morbide ? C'est ce que nous allons voir en présentant successivement la conception de Freud, de Klein, puis de Lacan sur la jalousie.

II-APPORT THEORIQUE DES CONCEPTIONS PSYCHANALYTIQUES SUR LA JALOUSIE ET LE DELIRE DE JALOUSIE

1- Sigmund FREUD [22]

Freud distingue, dans le cadre de l'analyse, des cas de jalousie renforcées qui peuvent être réparties en trois couches ou trois étapes de la jalousie: la jalousie concurrentielle ou normale, la jalousie projetée et la jalousie délirante.

La jalousie normale que nous avons évoquée dans l'introduction, même si elle est appelée normale, n'a rien, pour Freud, de rationnelle. Rationnelle sous entend qu'elle soit issue de relations actuelles, qu'elle soit proportionnée aux circonstances réelles et qu'elle soit dominée sans réserve par le moi conscient. Pour lui, « *la jalousie normale s'enracine profondément dans l'inconscient, perpétue*

les toutes premières motions de l'affectivité infantile et remonte au complexe d'Œdipe ou au complexe fraternel de la première période sexuelle » [22 p.271]. Dans cette jalousie, la douleur est causée par la femme aimée et la haine du rival mais se renforce aussi par la haine de la femme en tant que rivale pour l'homme inconsciemment aimé. L'homosexualité est donc déjà latente et inconsciente dans la jalousie concurrentielle.

La jalousie projetée, ou deuxième couche de jalousie, provient de la propre infidélité du sujet dont il fait preuve dans la vie, de ses propres impulsions à l'infidélité qu'il dénie et qui dès lors subissent un refoulement. Les tentations constantes exercent une pression si forte sur l'individu, du fait de la fidélité exigée par le mariage, qu'il a recours à un mécanisme inconscient pour se soulager. La projection sur le partenaire amoureux, auquel il doit fidélité, de ses propres impulsions à l'infidélité permet un soulagement voire même un acquittement vis-à-vis de sa conscience.

Par ce mécanisme, le jaloux se sert de ce qu'il perçoit chez l'autre et décèle les motivations inconscientes analogues de son partenaire qu'il peut par la réflexion lui reprocher. Freud insiste sur le fait que la jalousie qui tire son origine d'une telle projection a un caractère presque délirant, mais qui ne résiste pas au travail analytique qui découvre les fantasmes inconscients d'infidélité chez le jaloux lui-même.

La jalousie délirante, bien plus grave, provient elle aussi de tendances à l'infidélité qui ont été refoulées mais dans ce cas, les objets des fantasmes sont du même sexe que le sujet. Selon Freud, la jalousie délirante correspond à une homosexualité en fermentation et peut prétendre légitimement tenir sa place parmi les formes classiques de la paranoïa. C'est en fait, une tentative de défense contre une motion homosexuelle trop forte qui peut être transcrite (chez l'homme) par la formule « je ne l'aime pas, c'est elle qui l'aime ». Dans ce cas de délire de jalousie les trois couches de la jalousie seront retrouvées et jamais seulement celle de la troisième. Freud illustre cette dernière couche de jalousie par le cas d'un jeune homme présentant une paranoïa de jalousie pleinement formée dont l'objet était l'épouse à la fidélité irréprochable.

« Cette crise de jalousie tirait son matériel de l'observation des plus petits indices par où se trahissait aux yeux du sujet, là où un autre n'eut rien remarqué, la coquetterie tout à fait inconsciente de sa femme. Tantôt elle avait frôlé de sa main par mégarde le monsieur qui se tenait à côté d'elle, tantôt elle avait trop penché son visage vers lui et avait arboré un sourire plus amical que si elle avait été seule avec son mari. Il montrait pour toutes ces manifestations de l'inconscient de son épouse une attention extraordinaire et s'entendait à les interpréter toujours correctement, de sorte qu'il avait toujours raison et pouvait invoquer l'analyse pour justifier sa jalousie. A proprement parler son anormalité se réduisait à ceci qu'il observait l'inconscient de sa femme et lui accordait une importance beaucoup plus grande qu'il ne serait venu à l'idée de tout autre » [22 p.274].

Freud fait ensuite le parallèle entre le paranoïaque persécuté et le comportement du jaloux, mettant en avant qu'ils projettent au dehors sur autrui ce qu'ils ne veulent pas percevoir en eux-mêmes. Le jaloux reconnaît l'infidélité de sa femme au lieu de la sienne propre et en prenant conscience, sous un agrandissement énorme, de l'infidélité de celle-ci, il réussit à maintenir inconsciente sa propre infidélité. Pour lui, la jalousie, qui n'est pas l'apanage d'un seul sexe, a une base sexuelle liée à l'Œdipe. Le délire de jalousie serait une défense contre l'homosexualité.

2- Mélanie KLEIN [35]

Pour Mélanie Klein, l'explication sur l'origine de la jalousie normale et de ses exagérations pathologiques est plus complexe de celle avancée par Freud. La jalousie ne surviendrait pas de façon autonome. Elle dépendrait de la survenue préalable dans le développement de l'enfant, de l'envie, un dérivé de l'instinct de mort. Ainsi, la jalousie morbide serait-elle en lien avec ce sentiment infantile qu'est l'envie. Quelle distinction fait Klein entre envie et jalousie ?

L'envie est la souffrance de voir quelqu'un d'autre posséder ce qu'on désire pour soi-même, c'est un sentiment de colère qu'éprouve un sujet quand il craint qu'un autre ne possède quelque chose de désirable, que lui n'a pas, et n'en jouisse. Pour Klein, « *l'envie implique une relation du sujet à une seule personne et remonte à la toute première relation exclusive avec la mère* » [35 p.18]. Pour elle, l'envie est directement reliée à l'envie du sein maternel et inclut un potentiel destructeur de cet objet : « *l'impulsion envieuse tend à s'emparer de cet objet ou à l'endommager* » [35 p.18].

La jalousie, elle, est la crainte de perdre ce que l'on possède, c'est le sentiment qu'éprouve l'homme ou la femme d'être privé de la personne aimée par quelqu'un d'autre. Pour Klein, ce sentiment prend ses origines dans la relation primordiale à la mère, à la possession par l'enfant du sein maternel et à la peur de perdre ce bien.

Selon elle, « *l'envie à l'égard du sein maternel et l'apparition de la jalousie sont directement liés. La jalousie se fonde sur la rivalité avec le père, soupçonné et accusé de s'être emparé du sein maternel et de la mère. Cette rivalité marque les stades initiaux du complexe d'Œdipe* » [35 p.40].

A la différence de l'envie qui est une relation duelle entre l'enfant et la mère (le sein maternel), la jalousie « *comporte une relation avec deux personnes au moins et concerne principalement l'amour que le sujet sent comme lui étant dû, amour qui lui a été ravi, ou pourrait l'être, par un rival* » [35 p.18]. L'envie vécue à l'égard du sein se trouve intégralement transposée dans la situation œdipienne.

La jalousie se fonde donc sur les caractéristiques de l'envie et surviendrait après elle dans le cadre du complexe d'Œdipe. Pour l'enfant, cet amour, ce bien ôté de lui-même, n'est autre que le sein maternel. Et l'autre qui s'est emparé du bon sein de la mère, de l'être aimé, c'est le père. La jalousie est donc selon Klein, inhérente à la situation œdipienne, dont « *l'évolution est fortement influencée par les vicissitudes de la première relation exclusive à la mère* » [35 p.40], et s'accompagne de haine et de désir de mort. Si ces derniers sont intenses dit Klein, la jalousie et l'envie, qui influencent l'évolution du complexe d'Œdipe, ne seront pas atténuées et auront tendance à perdurer dans la vie future de l'individu. « *Si l'envie n'est pas trop importante, la jalousie qui accompagne la situation œdipienne peut devenir un moyen pour la translaborer. Lorsque apparaissent les sentiments de jalousie, l'hostilité se porte non pas tant sur l'objet originel (le sein maternel) que sur ses rivaux, le père ou les frères et sœurs, et introduit aussi un effet de dispersion* » [35 p.42].

Ainsi, dans une certaine mesure, la jalousie supplante l'envie : « *la translaboration de l'envie au moyen de la jalousie constitue aussi une défense importante contre l'envie. La jalousie apparaît bien plus acceptable et donne moins lieu à la culpabilité que l'envie primaire qui détruit le premier bon objet* » [35 p.42].

Pour résumer les choses ainsi, l'objet premier pour l'enfant (le sein maternel) est un objet de besoin. L'envie relève de la phase orale, elle apparaît avec le désir de l'enfant de s'emparer du sein maternel, de l'endommager. L'enfant voulant un sein inépuisable, il se met donc à le haïr et à l'envier. Progressivement, avec l'aide de sa mère, le sein maternel, objet de l'envie destructrice, devient un objet de désir que l'enfant va pouvoir, tout aussi progressivement, transférer sur un autre objet. La jalousie œdipienne, plus acceptable et moins ravageuse, viendra ensuite se substituer à l'envie dans une rivalité avec le parent soupçonné de s'être approprié l'objet, à savoir, le sein maternel. Ainsi, l'intensité de la jalousie œdipienne dépend de l'intensité de l'envie de l'enfant pour le sein de sa mère.

Dans la jalousie pathologique, morbide, l'objet reste dans le registre du besoin et son absence n'assure plus l'autoconservation. Le statut de l'objet, qui est fonction du moment traumatique lié à la fixation de l'enfant, est primordial quant à la forme que prendra l'expression de la jalousie. Plus grande est l'envie, plus grande est la jalousie. Du sein maternel au territoire, au sentiment de possession du partenaire, le pas sera vite franchi: cela pourra se traduire pathologiquement chez l'homme par la peur qu'on lui prenne sa femme [21,39].

3- Jacques LACAN [37, 38]

Pour Lacan, la jalousie est structurée autour de l'axe imaginaire et de l'axe symbolique.

3-1 La dimension imaginaire de la jalousie

La jalousie se constitue sur l'envie, au cours du stade du miroir, du complexe d'intrusion et fait suite à l'expérience de l'*Invidia* que Lacan a exposé au travers du cas de l'enfant sevré qui voit son frère de lait appendu au sein de sa mère. C'est l'envie qui constitue le plus fondamentalement la jalousie. Au commencement de la jalousie est l'envie.

Lacan se réfère à un passage de saint Augustin dans lequel celui-ci parle du petit enfant regardant son frère pendu au sein de sa mère, le regardant *amare conspectu*, « *d'un regard amer qui le décompose et fait sur lui-même l'effet d'un poison* » [37 p.98].

Cet enfant, au stade du sevrage blêmit, est envieux, en voyant son petit frère jouir de l'objet au temps où, lui-même est dans un processus de séparation d'avec la mère. Ce sentiment d'être en dehors est un traumatisme pour l'enfant qui n'a pas encore, à cette période, d'image de lui-même. Cette scène du petit frère qui tête renvoie à l'enfant quelque chose qui s'est joué antérieurement entre lui et sa mère. L'envie violente éprouvée à l'égard du petit frère est celle dans laquelle le sujet se trouve lorsqu'il n'a pas encore renoncé à la jouissance totalisante, celle de ne faire qu'un avec la mère. Cette violence n'est rien d'autre que la mise en scène de la violence de l'Autre. Cet autre soi-même qu'est le petit frère a le mérite d'être à la fois soi-même et à la fois un autre, d'être cet autre séparé alors que soi-même le refuse encore.

Pour Lacan, l'envie se distingue de la jalousie, la précède et signerait un premier mode d'accès à l'objet, étape nécessaire pour que du désir advienne et donc que l'objet existe. Auparavant, l'enfant croit, quand il voit le sein appartenir au petit frère, qu'il s'agit de posséder, que l'autre possède plus que lui. Et nous l'avons vu précédemment, quand on ne possède pas, on veut détruire cet objet, le bon sein, jusqu'au moment où, par un travail psychique, l'objet peut être reconnu, accepté, comme n'étant ni à l'un ni à l'autre.

Dans cette scène de l'*Invidia*, l'objet est appréhendé dans la mesure où le sujet en est privé. C'est dans ce moment que se constitue le moi du sujet, par le jeu du miroir, de l'identification mentale au petit frère. C'est le début de la sociabilité. Il y a identification au petit frère, à une image de l'autre comme semblable, qui relève du stade du miroir, et qui se double d'agressivité, celle du meurtre imaginaire du petit frère. La dimension imaginaire de cette rivalité comporte une identification à cet autre. L'intrusion du petit frère a un rôle traumatisant et pour le sujet se joue son devenir psychique, ainsi que son abord de la réalité. C'est dans cette expérience cruciale, d'une portée générale, qu'il y a prise de conscience de l'objet désiré, en tant que tel, à savoir que l'autre est en train de posséder le

sein maternel. Le sujet se trouve menacé au plus intime de son être car ce qui se relève à lui, c'est son manque fondamental. C'est ce manque fondamental qui va organiser sa position de sujet désirant.

Pour Lacan « *la jalousie dans son fond représente non pas une rivalité vitale mais une identification mentale* » [37 p.94] et c'est dans l'identification à l'autre que le sujet se trouve interrogé sur sa position de sujet. La jalousie est une expérience fondatrice de la mise en place du sujet.

3-2 La dimension symbolique de la jalousie

Le tiers introduit dans la relation amoureuse représente de façon constante le phallus, sous le mode de l'être et de l'avoir. Le phallus rend compte, comme le soulignait Freud, de la source œdipienne de la jalousie normale et de son caractère bisexuel.

Dans le cas du délire de jalousie, le tiers est toujours phallique, mais du fait de la forclusion du Nom-du-Père, il s'agit d'un retour dans le réel de ce qui a été forclos. Le phallus est le rival, le tiers investi dans la jalousie morbide qui est partout, sans être nulle part. C'est l'individu, sans visage sur lequel le délirant pourrait bien mettre la main mais qui échappe constamment. Le délirant se consacre à faire avouer sa partenaire et à découvrir les indices de la présence de ce tiers, de ce rival qui laisse des traces (sexuelles: sperme, sécrétion, rouge à lèvres...). Ce tiers est pour Lacan, le phallus. Pour lui, le délire de jalousie s'explique par le fait que l'axe symbolique vienne se rabattre sur l'axe imaginaire et rend compte dès lors des phénomènes projectifs dans la jalousie délirante [6].

Selon les théories psychanalytiques, la jalousie morbide a une base sexuelle et est liée au complexe d'Œdipe, à l'enfance, et particulièrement à la mère. Pour Freud et Lacan, la jalousie morbide est fondamentalement paranoïaque et ils rejoignent en cela la plupart des conclusions cliniques des auteurs de l'époque.

Quelle est la perception psychiatrique de la jalousie morbide de nos jours ? C'est ce que nous allons voir par une revue de la littérature sur le concept de jalousie morbide depuis les années 60 jusqu'à nos jours.

TROISIEME PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE CONTEMPORAINE SUR LE CONCEPT DE JALOUSIE MORBIDE

La littérature psychiatrique contemporaine concernant la jalousie morbide est essentiellement anglo-saxonne et nous n'avons retrouvé dans les bases de données scientifiques que de très rares publications françaises. Aux côtés du Royaume uni, des Etats unis et de l'Australie/Nouvelle Zélande, les pays les plus représentés sont l'Italie et les pays scandinaves dont les études de cas des années 60 constituent des références (aux côtés de celle de Shepherd) qui sont régulièrement reprises dans la littérature actuelle. Les travaux sur la jalousie morbide ne sont parfois pas disponibles en anglais. Dès les années 70 et jusqu'à nos jours, une partie de la littérature se consacre à l'étude de la jalousie morbide associée aux pathologies organiques et en particulier aux troubles neurologiques. Les années 80 voyant apparaître les théories cognitivo-comportementales, l'aspect obsessionnel de la jalousie morbide est mis en évidence et reste de nos jours un point clé du concept de jalousie morbide et de sa prise en charge. Les années 90 sont marquées par l'essor de la sociopsychologie ainsi que de la sociobiologie qui s'intéressent particulièrement à la jalousie amoureuse et donc logiquement à la jalousie morbide. Leurs conceptions sont souvent reprises dans la littérature contemporaine. Bien entendu, la jalousie morbide associée aux pathologies psychiatriques restera notre ligne directrice dans cette revue.

Il est important dès à présent de préciser que la jalousie morbide, sous sa forme délirante, n'est mentionnée dans les classifications internationales que sous la catégorie du trouble délirant-sous type jaloux du DSM IV (*delusional disorder-jealous type*) qui correspond à la psychose paranoïaque de la nosographie classique française. Voici les critères diagnostiques du trouble délirant du DSM IV:

1. Idées délirantes non bizarres persistantes au moins 1 mois.
2. N'a jamais répondu au critère A de la schizophrénie (critère A: présence d'un au moins 2 symptômes parmi: hallucinations, discours désorganisé, comportement désorganisé, signes négatifs et catatoniques).
3. En dehors de l'impact des idées délirantes et de leur ramification, il n'y a pas d'altération marquée du fonctionnement ni de singularités ou de bizarreries manifestes du comportement.
4. En cas de survenue d'épisode thymique et d'idées délirantes, la durée totale des épisodes thymiques a été brève par rapport à la période totale des délires.
5. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques d'une substance ou d'une affection médicale générale.

Parmi les 7 formes cliniques isolées du trouble délirant, c'est le type de jalousie qui nous intéresse : est exigé la présence d'idées délirantes dont le thème est que le partenaire sexuel du sujet lui est infidèle.

Nous tenterons de retranscrire fidèlement dans cette revue de la littérature contemporaine, comment est présentée de nos jours la jalousie morbide. Nous allons donc voir successivement l'épidémiologie de la jalousie morbide avec notamment sa prévalence dans les troubles psychiatriques puis les facteurs communément admis qui contribuent à son développement. Nous mettrons ensuite en avant la jalousie morbide associée aux troubles neurologiques et neurodégénératifs ainsi qu'aux toxiques. Nous traiterons à part la jalousie morbide dans l'occurrence avec l'alcoolisme en raison de la place spéciale dans l'histoire de la psychiatrie qu'occupe le délire de jalousie des alcooliques. La jalousie morbide obsessionnelle sera ensuite explicitée puis nous évoquerons son association aux troubles de la personnalité. Enfin, nous présenterons les aspects médico-légaux et nous terminerons cette revue par sa prise en charge.

I-DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES ET PREVALENCE DE LA JALOUSIE MORBIDE

1-Données épidémiologiques et prévalence dans la population générale

Etant donné qu'il n'existe pas d'étude épidémiologique sur la jalousie morbide, sa prévalence reste inconnue et il en est de même des statistiques sur la prévalence géographique ou ethnique [34].

L'absence de données épidémiologiques et statistiques de la jalousie morbide dans la population générale s'explique simplement : ceci est le fait d'une grande difficulté à pouvoir évaluer la jalousie et de plus grandes difficultés encore à évaluer la jalousie morbide parmi la population générale. Beaucoup de travaux concernant l'évaluation de la jalousie sont réalisés sur des populations d'étudiants et ces enquêtes reflètent leurs réponses à une anticipation de l'infidélité, c'est à dire à la réaction imaginée des sondés face à une situation d'infidélité du partenaire.

Il existe à ce jour une seule étude épidémiologique sur la jalousie datant de 1994 [50]. Cette étude soumet un échantillon de population inscrit sur les listes électorales de Dunedin, en Nouvelle Zélande, par voie postale, à remplir des questionnaires et des échelles d'autoévaluation portant sur des données sociodémographiques, sur la jalousie, sur l'estime de soi, sur la colère, sur la relation conjugale ainsi que sur des données médicales générales et la consommation d'alcool. L'ensemble des 351 individus de l'échantillon rapportent avoir déjà éprouvé de la jalousie. L'important pour nous dans cette étude est qu'elle met en évidence un groupe d'individus dont les préoccupations jalouses sont excessives. C'est sur ce groupe isolé et représentant 19% de l'échantillon (66 individus sur 351),

entrant potentiellement dans le cadre de la jalousie morbide que nous allons nous pencher. Il n'est pas retrouvé de différence de sexe dans l'expression des préoccupations jalouses. En revanche, il existe des différences entre les hommes et les femmes selon les facteurs de risques associés à ce groupe dont l'âge inférieur à 30 ans fait parti, avec une légère prépondérance de femmes. Etre marié avant l'âge de 20 ans, être divorcé ou séparé est un facteur de risque majeur pour les hommes mais pas pour les femmes. La faible estime de soi est un facteur de risque plus important chez les femmes. Il est retrouvé une plus grande consommation d'alcool chez les hommes par rapport au reste de la population de l'échantillon, ainsi que des scores plus élevés d'anxiété et de symptômes dépressifs, particulièrement chez les hommes. Enfin, l'existence de comportements comme la recherche de preuves d'infidélité dans le courrier du partenaire ou la recherche de traces sexuelles dans les habits du conjoint sont retrouvés exclusivement dans ce groupe, ce qui laisse à penser que ces comportements peuvent être considérés comme des marqueurs d'une jalousie intense similaires à ceux manifestés dans la jalousie morbide. Ces résultats ne rentrent pas dans le cadre d'une jalousie morbide, ils indiquent seulement que des individus jeunes, aussi bien homme que femme sont susceptibles de présenter des préoccupations jalouses excessives, surtout avant 30 ans. Les hommes mariés avant l'âge de 20 ans ont un risque 12 fois supérieur d'appartenir au groupe de jalousie excessive et témoigneraient d'une plus grande dépendance affective. L'abus d'alcool est juxtaposé à la jalousie excessive et doit être considéré avec prudence. Enfin, les comportements violents sont associés à la jalousie excessive. Voyons maintenant la prévalence et les données épidémiologiques de la jalousie morbide dans une population de patients psychiatriques.

2-Prévalence de la jalousie morbide dans la population psychiatrique

Une étude américaine de 1988 se basant sur une analyse rétrospective de cas de troubles délirants (*delusional disorders*) en service de psychiatrie sur une période de 61 ans, isole 43 cas de délires de jalousie parmi les 26000 admissions, soit une prévalence de 0.17% [8].

Une autre étude rétrospective sur une période de 4 ans portant sur les cas de délire de jalousie chez des patients psychiatriques identifie parmi 8134 patients 93 cas de délire de jalousie : la prévalence de celui-ci est de 1.1% [64]. Dans cette étude, le diagnostic de délire de jalousie est fait par le système AMDP (*Association for Methodology and Documentation in Psychiatry*) qui permet d'évaluer 200 symptômes. L'item 41 définit le délire de jalousie comme « *une conviction d'être trompé ou trahi par le partenaire amoureux. Une conviction infondée* ». Le délire de jalousie constitue un symptôme de pathologies psychiatriques (définies à cette époque par les critères de la CIM-9) comme la schizophrénie, les troubles délirants, les psychoses organiques et l'alcoolisme. Le délire de jalousie apparaît être plus fréquent dans les psychoses organiques (7%), dans les troubles délirants (6.7%), dans les psychoses alcooliques (5.3%) et la schizophrénie (2.5%). Il est très rarement rencontré dans les troubles de l'humeur. Du fait que les patients porteurs d'une schizophrénie et de troubles de

l'humeur soient les plus représentés dans l'étude, le délire de jalousie apparaît néanmoins être plus fréquent dans la schizophrénie. Dans cette étude, le délire de jalousie est retrouvé dans les troubles névrotiques et les troubles de la personnalité de type psychopathie dans 0.6% des cas. Le fait de retrouver un délire de jalousie parmi ces derniers est, selon l'auteur, lié à la difficulté de différencier des idées délirantes d'infidélité et des idées obsédantes d'infidélité. Nous reviendrons sur cet aspect important de la jalousie morbide obsessionnelle.

Soyka réitère dix ans plus tard l'étude menée précédemment portant toujours sur la prévalence du délire de jalousie dans les troubles psychiatriques chez des patients allemands hospitalisés entre 2000 et 2008. L'échantillon est plus grand (14309 patients), la méthode et les outils diagnostics sont les mêmes (système AMDP). 72 cas de délire de jalousie sont retrouvés à l'admission représentant cette fois une prévalence de 0.5% [65]. Le délire de jalousie était retrouvé dans 59.7 % des cas parmi les troubles psychotiques, ceux-ci incluant les diagnostics de schizophrénie, de trouble schizotypique et de trouble délirant. Il était présent dans 11% des cas de troubles délirants. Le délire de jalousie survenait ensuite parmi les troubles de l'humeur (19.4%), les troubles mentaux organiques (6.9%) puis dans les troubles mentaux induits par une substance (6.9%). La prévalence du délire de jalousie est donc plus élevée chez les patients présentant une schizophrénie et autres psychoses apparentées (1.3%) que chez ceux présentant un troubles de l'humeur (0.3%) ou d'autres troubles (0.1 à 0.4%).

Le délire de jalousie apparaît donc être un symptôme ou un syndrome rare. Sa prévalence dans les troubles psychiatriques s'échelonne entre 0.17 et 1.1%. Sa prévalence est plus grande dans les troubles du spectre schizophrénique et les troubles délirants.

3-Données épidémiologiques dans la population psychiatrique

Les données épidémiologiques sont rares et très variables. Nous n'indiqueront que celles qui restent relativement stables selon les études à savoir l'influence du sexe, de l'âge et du mariage.

Pour la plupart des auteurs, le délire de jalousie surviendrait plus fréquemment chez les hommes [32,34,40,64,65]. Mais d'autres études retrouvent une prépondérance de femmes [9,47]. Crowe, notamment, dans son étude rétrospective sur les délires de jalousie et les troubles délirants avance un sexe ratio H/F de 1/2 [8].

L'âge de survenue du délire de jalousie est variable mais plusieurs auteurs relatent souvent un âge de survenue moyen entre 35 et 45 ans [8,9,32,40,46]. Les patients avec un délire de jalousie sont pour la très grande majorité mariés ou en couple (de 80 à 100% des cas) [8,9,32,34,40,46]. Il est d'ailleurs important de considérer, dans ce contexte du couple, l'existence de facteurs pouvant prédisposer ou préparer le terrain de la jalousie morbide.

II-FACTEURS PREDISPOSANT A LA JALOUSIE MORBIDE

1-Troubles sexuels

La littérature rapporte fréquemment les troubles sexuels comme facteurs prédisposant à la jalousie morbide. Dans les cas liés à une pathologie organique, l'impuissance sexuelle y est souvent mentionnée [26,36]. Dans une étude sur les troubles psychiques liés à la boxe, il est décrit chez 5 patients présentant une jalousie morbide des troubles sexuels évoluant depuis plusieurs années [31]. Mooney soulève aussi la fréquence de ces facteurs : lorsqu'existe une jalousie morbide, les troubles sexuels sont fréquents chez les couples mariés. 25% des patients jaloux morbides rapportent des troubles sexuels et il existe la notion d'une insatisfaction sexuelle chronique dans 1/3 des cas [47] ce qui est rapporté en proportion similaire par d'autres auteurs [32]. L'impuissance sexuelle du mari, la frigidité de la femme, la différence d'âge important entre l'homme et sa jeune épouse entraîneraient un sentiment d'infériorité ainsi qu'un « désavantage dans la lutte pour la conservation du partenaire » et sont des facteurs évoqués comme prédisposant à la jalousie sexuelle, susceptibles de l'être aussi pour la jalousie morbide. La petite taille, réelle ou imaginée du pénis rapportée chez des jaloux morbides est aussi soulignée comme un facteur pouvant influencer la survenue de la jalousie morbide [70].

Ainsi il est suggéré par nombre d'auteurs, et ceci est fréquemment repris dans la littérature, que la jalousie morbide puisse se développer lorsqu'existe une fonction sexuelle réduite.

2-Facteurs conjugaux et sociaux

Ceux-ci sont à prendre en considération particulièrement quand existe des signes de violence conjugale. Dans les cultures où le partenaire est considéré comme une propriété privée, la jalousie peut être considérée comme faisant partie intégrante de la relation de couple et perçue comme une explication compréhensible de la tension conjugale. De même, dans les cultures très conservatrices, l'autonomie du partenaire peut être interprétée comme une preuve d'infidélité. La jalousie peut être utilisée dans ce contexte pour justifier la violence envers le partenaire perçu comme infidèle.

Il est de plus important de considérer la possibilité de troubles psychiatriques chez le partenaire du jaloux morbide comme en témoigne le cas publié par Turbott [71] : alors que le délire de jalousie de l'époux s'amende sous traitement, sa femme développe une psychose paranoïaque qui se résout dès que la jalousie du mari resurgit. Enfin, il est à noter que la jalousie morbide a déjà été rapportée chez des patients homosexuels et que les périodes de dépression économique ont été associées à une augmentation de l'incidence de la jalousie morbide [62].

Nous avons vu précédemment que la jalousie morbide était retrouvée de façon majoritaire dans des psychoses organiques [64] ce qui était déjà confirmé auparavant par des auteurs retrouvant

une atteinte organique dans 15% à 30% des cas [73]. La jalousie morbide symptomatique de pathologie organique est connue et rapportée depuis longtemps. C'est ce que nous allons voir dès à présent.

III- JALOUSIE MORBIDE ET PATHOLOGIES ORGANIQUES

Il est de nos jours admis que la jalousie morbide est un syndrome survenant fréquemment dans l'évolution de pathologies organiques chroniques et la littérature contemporaine, depuis les années 80, emploie fréquemment le terme de syndrome d'Othello (en référence à la jalousie irrationnelle du héros de Shakespeare) pour se référer à des idées délirantes d'infidélité de la part du partenaire.

La jalousie morbide est naturellement associée à une grande diversité d'affections organiques cérébrales et ce syndrome est retrouvé dans le cadre de lésions cérébrales focalisées comme les accidents vasculaires cérébraux, les tumeurs cérébrales, les traumatismes crâniens et les encéphalites pugilistiques, la sclérose en plaque, le lupus cérébral [5]. Mais il est également associé à des lésions non focales comme l'hydrocéphalie ou la maladie de Parkinson. La liste n'est pas exhaustive.

Cette surreprésentation de la jalousie morbide dans les pathologies organiques permet d'envisager la possibilité que l'atteinte organique démasque une vulnérabilité sous jacente [36]. Quelques auteurs suggèrent en effet que la détérioration cognitive joue un rôle important dans le développement de la jalousie morbide et de nombreuses études avancent que la localisation de la lésion neurologique est corrélée à la survenue de la jalousie morbide. Nous présenterons donc successivement les données concernant l'association de la jalousie morbide avec les troubles neurologiques puis sa survenue dans le cadre de troubles neurodégénératifs.

1- Troubles neurologiques

Dans ce chapitre, nous nous efforcerons de décrire les cas présentés par leurs auteurs afin de faciliter la compréhension du concept de jalousie morbide dans ce cadre neurologique.

Dans une étude de 1969 [31] portant sur les manifestations neuropsychiatriques présentées par des patients anciens boxeurs professionnels, le syndrome de jalousie morbide était un des quatre syndromes cliniques psychiatriques retrouvés dans le cadre de l'encéphalite traumatique des pugilistes. Sur les 17 cas étudiés, 5 présentaient une jalousie morbide au cours de leur évolution clinique. Ces patients étaient hospitalisés du fait d'accusations persistantes d'infidélité envers leurs épouses et la jalousie morbide persistait dans les 5 ans du suivi sauf pour un cas, devenu dément. Des troubles sexuels étaient retrouvés chez 4 d'entre eux à type d'impuissance totale ou partielle et ce depuis plus

de 15 ans. De plus, des troubles de la personnalité de type psychopathique étaient retrouvés chez 3 d'entre eux. Dans cette étude, les 5 cas de jalousie morbide étaient liés aux dégâts cérébraux occasionnés, évalués cliniquement, par la radiologie et par des tests neuropsychologiques. Un cas parmi les 5 était une véritable psychose organique chronique avec délire de jalousie évoluant depuis 15 ans. Dans les autres cas, la jalousie morbide survenait épisodiquement lors de réactions de colère et d'agressivité dans le cadre de troubles de la personnalité avec notion de troubles sexuels.

Dans le cadre de troubles psychotiques induits par un traumatisme crânien, le délire de jalousie était associé à des lésions focales des lobes temporaux ou frontaux ainsi qu'à une atrophie cérébrale générale [23,29].

Dans un rapport de cas de 1998, le délire de jalousie d'un homme de 74 ans (accusant sa femme d'infidélité et ayant tenté de l'attaquer avec un couteau) est corrélé à la survenue d'un accident vasculaire cérébral thalamique droit. Ce patient avait déjà présenté l'année précédente trois infarctus hémisphériques droits entraînant un syndrome démentiel modéré et une hémiparésie gauche. Le scanner cérébral réalisé durant l'hospitalisation suite au délire de jalousie montrait des lésions périventriculaires droites ainsi qu'une lésion thalamique droite récente et le délire s'amendait en quelques semaines sous un traitement neuroleptique à faible dose. Ce cas permettait donc à l'auteur de soutenir la corrélation probable entre la localisation lésionnelle thalamique droite et la survenue du syndrome d'Othello [66].

Dans le même type d'atteinte neurologique, Westlake décrit en 1999 [73] le cas d'une femme de 25 ans présentant une jalousie pathologique évoluant depuis 3 ans dont le début survient 2 ans après un accident vasculaire cérébral ischémique et hémorragique droit (à l'âge de 20 ans). La tomодensitométrie cérébrale montrait initialement un infarctus hémorragique cérébral d'une partie du lobe frontal et pariétal droits et qui s'étendait jusqu'aux ganglions de la base en incluant le noyau caudé droit. Après deux ans de récupération progressive de son hémiparésie gauche, la patiente s'engage dans une relation affective satisfaisante. Elle présente progressivement des soupçons sur sa relation, accusant son partenaire d'avoir des relations sexuelles avec les voisins et ses collègues de travail. Elle évite d'aller au cinéma du fait de pensées obsédantes centrées sur l'attrance de son ami pour les femmes présentes dans le film. Surviennent dès lors des pensées dépressives et la patiente tente de se suicider par intoxication médicamenteuse volontaire. Les pensées centrées sur l'infidélité de son partenaire persistent, sont incoercibles mais ne sont pas soutenues avec conviction, la patiente n'étant pas sûre que ses idées soient fondées. Il n'existait, selon l'auteur, pas d'autres idées délirantes, ni de phobies, de compulsions ou d'hallucinations. Le QI était normal, sans déficit cognitif. Un traitement antidépresseur par paroxétine permettait une amélioration de l'humeur et la résolution quasi complète des préoccupations obsessionnelles sur l'infidélité du partenaire. L'auteur montre donc que cette jalousie pathologique est liée à l'AVC fronto-pariétal droit qui même s'il ne permet pas de

corrélér la jalousie à une localisation neuroanatomique précise, souligne malgré tout son origine neurologique.

Cette corrélation anatomique d'une lésion cérébrale avec la jalousie morbide est mise en avant par des auteurs japonais en 2006 [54] par la description du cas d'une femme de 61 ans, sans antécédents psychiatriques ni démence, qui développe un syndrome d'Othello 16 ans après l'exérèse d'un méningiome orbitofrontal droit. Ce rapport de cas insiste sur le fait qu'une pathologie neurologique localisée (au niveau du lobe frontal droit) puisse être à l'origine du syndrome d'Othello.

Dans un cas publié en 2008 [42], les auteurs décrivent un délire de jalousie chronique chez un patient de 77 ans qui semble être corrélé à l'imagerie cérébrale dans les suites d'un accident vasculaire cérébral ischémique droit. L'homme de 77 ans, qui a présenté un AVC ischémique transitoire, développe rapidement dans les suites la conviction que son épouse entretient toujours une liaison avec le maître d'école dont le patient a toujours été jaloux. Dans les 3 ans qui suivent, il est hospitalisé à plusieurs reprises du fait de violences verbales et physiques envers son épouse et d'une dépression sévère au cours de laquelle il fait une tentative de suicide grave. Un mois après son AVC est mise en évidence une détérioration intellectuelle modérée avec des troubles visuospatiaux. Les preuves de l'infidélité de son épouse avancées sont des interprétations erronées de faits anodins et anciens. L'imagerie cérébrale (TDM) mettait en évidence une large hypodensité du lobe pariétal et temporal droits ainsi qu'une atrophie corticale modérée. La tomographie computationnelle à émission de photon unique (SPECT) mettait en évidence une large hypoperfusion de l'hémisphère droit, incluant le lobe frontal droit. Pour les auteurs, ce cas d'AVC témoignerait de l'implication du lobe frontal droit dans l'émergence du délire de jalousie et de son probable rôle pathogénique.

Bien qu'il soit rapporté dans la littérature des rapports de cas de jalousie morbide en association avec des lésions thalamiques ou des lésions du lobe frontal gauche, les études de cas que nous venons de voir mettent en avant que le syndrome d'Othello est corrélé à une atteinte du lobe frontal droit. Pour d'autres auteurs, la survenue d'idées délirantes dépendrait avant tout d'une atrophie cérébrale prémorbide plutôt qu'à la taille et à la localisation de la lésion. Westlake [73] en montrant un cas de syndrome d'Othello chez une femme de 25 ans remet cette hypothèse en question d'autant plus que les auteurs précédents ne prenaient pas en considération les possibles effets fonctionnels des lésions, ce que Luauté [42] met en évidence par l'utilisation de la tomographie computationnelle à émission de photon unique et l'hypoperfusion du lobe frontal.

Aux côtés de ces lésions neurologiques focalisées, le cas d'un syndrome d'Othello associé à une hydrocéphalie à pression normale est rapporté aux Etats-Unis en 2008 [74]. Sans antécédents psychiatriques, mariée depuis 50 ans, une femme de 71 ans développe la conviction, à l'occasion de la perte de son collier, que son mari a offert cet objet à une de ses employées. La construction de scénarii où le mari engage une relation intime avec cette rivale se développe en même temps que les

accusations et la recherche de preuves de l'infidélité augmentent. Les démentis catégoriques du mari ne font qu'augmenter les réactions jalouses. La patiente est convaincue que les femmes qu'elle rencontre régulièrement dans la rue et qui sont toutes plus jeunes, sont en fait toutes des maîtresses du mari. Celles-ci auraient avorté des enfants conçus dans l'infidélité. Au fur et à mesure que les soupçons de la patiente grandissent, ses réactions de colère et des comportements agressifs se développent, ce qui n'était pas habituel chez cette patiente. Cinq mois après le développement de ce délire de jalousie, la patiente est hospitalisée permettant de diagnostiquer l'hydrocéphalie par IRM qui ne montrait pas d'autres anomalies qu'une sténose de l'aqueduc de Sylvius. Une ventriculostomie est réalisée mais la patiente est hospitalisée en psychiatrie 10 jours plus tard devant la persistance du délire de jalousie. Le bilan étiologique était négatif et le MMS à 21. Différents traitements par neuroleptiques et thymorégulateurs sont sans effets sur le délire de jalousie qui persistera. Ce dernier cas est évocateur d'une démence débutante et nous allons voir dès à présent que le délire de jalousie peut effectivement fréquemment se manifester lors de troubles neurodégénératifs.

2- Troubles neurodégénératifs

La démence d'Alzheimer représente la principale étiologie des délires du sujet âgé et les idées de jalousie n'y sont pas rares. Alois Alzheimer a initialement décrit la maladie qui prendra son nom chez une patiente de 51 ans présentant une jalousie pathologique associée à des idées de persécution, des hallucinations auditives et des troubles mnésiques. Les idées délirantes à type de jalousie, de vol, de spoliation sont fréquentes dans la maladie d'Alzheimer (de 10 à 73% des cas selon les études) et surviennent à un stade initial, voire très précocement et génèrent de l'agitation. Les idées délirantes de jalousie sont souvent absurdes, invraisemblables, contradictoires et se mêlent à des idées hypochondriaques, à des idées de persécution, d'empoisonnement, d'indignité, plus ou moins systématisées. La survenue des manifestations psychotiques semble être corrélée à l'atteinte du lobe temporal. D'un point de vue biologique, le déséquilibre de la balance dopaminocholinergique engendrée par l'atteinte des voies cholinergiques dans la maladie d'Alzheimer et la démence à corps de Lewi favoriserait ces états.

Graff-Radford et al. [26] se penchent justement, dans une étude de 2012, sur les caractéristiques cliniques et de neuroimagerie du syndrome d'Othello chez des patients présentant des troubles neurodégénératifs, neurologiques et psychiatriques. Cette étude américaine rétrospective sur une période de 11 ans s'appuie sur 105 cas, avec des idées délirantes de jalousie ou d'infidélité, hospitalisés dans une clinique américaine neuropsychiatrique. Pour chaque cas, les données cliniques sont recueillies incluant la description du délire de jalousie, l'âge de début du délire et des premiers signes neurologiques, le genre, le diagnostic initial et final, le traitement et la réponse au traitement du délire de jalousie, les signes physiques, les modifications comportementales ou de la personnalité, l'existence d'hallucinations et d'autres idées délirantes. Les 105 patients sont répartis en plusieurs

groupes comme suit : le groupe psychiatrique, le groupe lié aux drogues, le groupe des troubles neurodégénératif (maladie d'Alzheimer, maladie à corps de Lewy, démence fronto-temporale), des démences vasculaires, et le groupe des lésions focalisées. Un sous-groupe des maladies à corps de Lewy incluant les démences à corps de Lewy, les maladies de Parkinson et les démences parkinsoniennes est individualisé. Pour les patients avec un syndrome d'Othello et appartenant au groupe des troubles neurodégénératifs, une IRM structurale (Voxel-based morphometry) est réalisée afin d'évaluer la perte de matière grise. Une IRM avec séquences pondérées en T1 est réalisée en plus après le début du syndrome d'Othello. Afin d'identifier les régions de perte de matière grise pouvant être corrélées à la survenue du syndrome d'Othello, les patients Othello/neurodégénératif sont comparés à des patients avec les mêmes diagnostics sans syndrome d'Othello ainsi qu'à des sujets sains. Parmi les 105 patients présentant un syndrome d'Othello, la majorité sont des hommes (61.9%) et l'âge moyen de début du délire est de 68 ans. 70% des patients ont des troubles neurologiques et 30% ont des troubles psychiatriques ou sont associés aux drogues. Parmi les troubles neurologiques, les troubles neurodégénératifs sont les plus représentés avec 53% des cas de syndrome d'Othello. Parmi les troubles psychiatriques, le trouble délirant non spécifié est le plus représenté, avec 13,3% des cas de syndrome d'Othello de l'étude. Cette étude retrouve parmi les 8 cas de syndrome d'Othello associés à des lésions focales que 7 d'entre eux ont une lésion se situant au niveau du lobe frontal droit. De plus, l'analyse par IRM structurale permet de montrer que les troubles neurodégénératifs avec syndrome d'Othello ont une perte de matière grise plus marquée au niveau des lobes frontaux dorsolatéraux (comparés aux patients avec un trouble neurodégénératif sans syndrome d'Othello). Les auteurs de cette étude soulignent, ce qui est mis en avant dans ce chapitre de la jalousie morbide associée aux troubles neurologiques et neurodégénératifs, à savoir qu'il existe probablement une association entre le développement du syndrome d'Othello et une dysfonction du lobe frontal, et en particulier le lobe frontal droit. L'hypothèse étant qu'une atteinte lésionnelle du lobe frontal et de sa fonction modifierait la capacité de l'individu à pouvoir contrôler ses interactions avec lui-même ainsi qu'avec les autres, conduisant à de fausses croyances, persistantes et incorrectes.

IV- JALOUSIE MORBIDE ET TOXIQUES

Le développement d'une jalousie morbide associée à une prise de toxique est bien connu, en particulier avec l'alcoolisme que nous verrons dans le chapitre suivant. Plusieurs auteurs retrouvent dans leurs études des cas de jalousies morbides avec l'éther [40], la cocaïne, l'amphétamine [56,62]. Dans l'étude de Graff-Radford [26], le syndrome d'Othello survient chez 2% des patients en association avec la métamphétamine. Des auteurs ont rapporté dès 2006 le cas d'un délire de jalousie survenant après la prise d'un traitement par agoniste dopaminergique [1], ce que d'autres confirment

en mettant en évidence la survenue d'un syndrome d'Othello chez 7 patients parkinsoniens non déments traités par agonistes dopaminergiques [27]. Pour chacun de ces patients la survenue du syndrome d'Othello était corrélée à l'instauration du traitement par agoniste dopaminergique. Le syndrome diminuait en intensité ou s'amendait en même temps qu'était réduit ou arrêté le traitement par agoniste dopaminergique sans l'aide d'un traitement antipsychotique. Il s'agissait de pramipexole dans 5 cas et de ropinirol dans 2 cas. Le pramipexole est un agoniste dopaminergique avec une affinité pour le récepteur D3 bien plus forte que le ropinirol. Sachant qu'il a déjà été mis en évidence que la stimulation des récepteurs D3 au niveau du lobe frontal droit entraînait une diminution du flux sanguin au niveau du lobe frontal droit, ceci pourrait dès lors mimer les lésions du lobe frontal droit précédemment décrites et induire le syndrome d'Othello.

V-JALOUSIE MORBIDE ET ALCOOLISME

L'occurrence de la jalousie morbide, sous la forme d'un délire de jalousie, au cours de l'alcoolisme est souvent mentionnée dans la littérature contemporaine psychiatrique. Rappelons qu'à la fin du 19^e siècle, Krafft-Ebing voyait l'alcool comme la cause du développement de la jalousie morbide et il admettait que 80% de ses cas de patients alcooliques présentaient une jalousie morbide. Classiquement, dans la nosographie française, le délire de jalousie appartient au groupe des délires d'interprétation des psychoses délirantes chroniques des alcooliques chroniques.

Classiquement, le délire de jalousie des alcooliques, presque exclusivement masculin est décrit comme suit : il s'élabore dans les intoxications aiguës, mais on le rencontre plus ou moins organisé, plus ou moins intense et durable dans toutes les manifestations de l'alcoolisme. Le délire de jalousie des alcooliques présente un début insidieux, se manifestant après une période d'incubation, par des soupçons à point de départ nocturnes. Celui-ci est souvent très extensif : il s'agit le plus souvent d'un homme qui accuse sa femme de relations avec des amants de plus en plus nombreux à mesure que progresse le délire. Il se mêle souvent à cette thématique de jalousie des thèmes hypochondriaques, homosexuels ou incestueux donnant au délire un aspect complètement absurde. Les états confusonoïriques avec délire de jalousie ne peuvent constituer parfois qu'une étape préliminaire vers un délire permanent plus ou moins systématisé. C'est dans l'alcoolisme chronique que le délire de jalousie est néanmoins le plus fréquent, excessivement tenace et survivant même à l'intoxication aiguë [18].

Pour Lagache, l'intoxication alcoolique n'est pas la cause de la jalousie morbide : le rôle de l'alcool est surtout révélateur et quantitatif. Shepherd était d'avis que l'alcoolisme soit rarement la cause de la jalousie morbide mais plutôt un facteur précipitant chez des patients prédisposés (les

alcooliques jaloux). Pour Mooney, les alcooliques chroniques avec une jalousie morbide ne présentent pas de caractéristiques particulières : ce sont principalement des hommes avec des antécédents familiaux d'alcoolisme, une prédisposition à la jalousie, et présentant des troubles sexuels. Ces patients deviennent jaloux quand ils sont alcoolisés et présentent souvent des hallucinations visuelles et auditives.

En revanche, pour Michael et al., l'alcoolisme semble avoir un rôle étiologique dans le développement de la jalousie morbide [46]. Dans son étude, la jalousie morbide est évaluée chez 207 hommes présentant une alcoolodépendance définie selon le DSM III. 174 patients sont hospitalisés et 33 sont suivis en ambulatoires sur une période de 3 ans. Tous ces patients sont hétérosexuels et vivent en couple. Les entretiens des patients, de leurs épouses puis du couple sont répétés à l'admission, après la désintoxication, à la sortie de l'unité d'addictologie (soit environ trois semaines après l'admission) et une à deux semaines après la sortie. La confirmation de la jalousie morbide était faite sur les critères suivants :

1. Présence d'un délire de jalousie et/ou,
2. Présence de deux ou plus des critères suivants : pensées irrationnelles et suspicion d'infidélité du partenaire (conduites de vérification et interrogatoires forcés du partenaire) ; comportements manifestes cherchant à confirmer les doutes ; émotions intenses de colère, de peur, de culpabilité ou de tristesse ; violence verbale ou physique envers le partenaire ou envers un rival ;
3. Les symptômes du critère 1 et 2 entraînent une détresse personnelle significative, une réduction des aptitudes sociales, émotionnelles ou sexuelles.

Dans cette étude, 71 patients remplissent ces critères de jalousie morbide soit une prévalence de la jalousie morbide parmi les alcoolodépendants de 34%. Il n'y avait pas de différences socio-démographiques (âge des patients, des épouses, écart d'âge entre les deux partenaires, durée de mariage) entre les patients jaloux et les non jaloux. Parmi ces 71 patients jaloux morbides, 28% présentent une jalousie morbide uniquement durant l'intoxication alcoolique et 72% la présente même quand ils sont sobres (ayant présenté au préalable une jalousie morbide uniquement au cours de l'intoxication aiguë). Les auteurs distinguent ainsi deux groupes : le groupe des jaloux morbides pendant l'intoxication alcoolique (groupe JMI) et le groupe des jaloux morbides même quand ils sont sobres (groupe JMS). La jalousie morbide apparaît plus tôt dans le groupe des JMS (après 3.6 années en moyenne) avec une évolution plus rapide. Le groupe des JMI débute une jalousie morbide à l'issue de 7.6 années en moyenne d'alcoolisme, et ce de façon significative. Il est important de noter que les épouses, dans cette étude, restent avec leur mari pendant l'hospitalisation permettant de mieux évaluer la jalousie morbide qui se résout généralement passagèrement quand les partenaires sont séparés. De plus, les entretiens sont répétés et les patients sont confrontés au partenaire quand la jalousie morbide

est recherchée : seulement 32 % des patients évoquent spontanément la jalousie morbide. Par exemple dans le groupe des JMI, les informations obtenues émanent uniquement d'autres sources que le patient lui-même. Enfin, dans cette étude, la définition de la jalousie morbide est très serrée et ne se contente pas dans la définition de celle-ci du seul délire de jalousie (dans ce cas il n'y aurait eu que 9 patients jaloux morbides). Parmi les 71 patients présentant une jalousie morbide, seuls 7 étaient déjà porteurs d'un trouble délirant de type jaloux. Ainsi, pour les auteurs, les 65 autres patients ont développé une jalousie morbide dans les suites de l'alcoolisme et probablement secondairement à celui-ci, ce qui suggérerait que l'alcool ait un rôle étiologique primaire dans le développement de la jalousie morbide. Les auteurs mettent de plus en avant l'existence d'une jalousie morbide sous la forme d'un syndrome indépendant et se différenciant du délire de jalousie. Les deux groupes de jaloux morbides représenteraient dès lors des étapes de développement de la jalousie morbide et laisseraient supposer l'existence d'un spectre de jalousie morbide au sein de la pathologie alcoolique.

Nous remarquons que la prévalence de jalousie morbide (34%) parmi les alcoolodépendants est relativement élevée en comparaison à la prévalence indiquée dans d'autres études où la jalousie morbide est retrouvée dans 5.6% [64] et dans 0.1% [65] des psychoses alcooliques. Mise à part le rôle étiologique de l'alcool que cette étude soutient, celle-ci met en évidence une autre chose : la majorité des patients avec une jalousie morbide ne présente pas un trouble délirant de type jaloux mais une autre forme de jalousie morbide que les auteurs considèrent comme un syndrome indépendant. Cette autre forme de jalousie morbide ressemble fort à la jalousie morbide obsessionnelle que nous allons voir dès à présent.

VI-JALOUSIE MORBIDE OBSESSIONNELLE

Shepherd retrouve dans sa série de 81 cas, une jalousie morbide chez des patients dont les troubles de la personnalité sont évidents ainsi que les symptômes névrotiques. Dans ces cas, les idées irrationnelles d'infidélité témoignent d'un caractère compulsif et des symptômes obsessionnels francs dominant le tableau (la jalousie n'est pas délirante : les patients reconnaissent que leur peur est sans fondements et en éprouvent de la honte) [62]. Pour Mooney, dans la jalousie morbide obsessionnelle, le patient reste conscient de la réalité et peut se rendre compte de la non objectivité des preuves d'infidélité qu'il avance. Le patient reste capable de comprendre sa jalousie comme un symptôme de difficultés émotionnelles personnelles. Il souligne que la jalousie obsessionnelle peut représenter le « prélude ou la coda d'un délire de jalousie », la distinction entre les deux ne pouvant être selon lui qu'une différence de degré. Parfois, par contre, la jalousie obsessionnelle apparaît comme un symptôme statique, sans se développer en un délire de jalousie et sans s'associer à des éléments

psychotiques. Ce type de jalousie obsessionnelle pourrait être selon lui d'une espèce différente de la jalousie irrationnelle et pourrait de ce fait être considérée à part. Dans son étude, la jalousie obsessionnelle représente moins de 50% de ses patients [47].

Hoaken classe la jalousie en une triade [30]. La jalousie provoquée normale, la jalousie provoquée excessive (dite névrotique) et la jalousie non provoquée (irrationnelle et toujours excessive). Pour lui, la jalousie non provoquée, qui représenterait la jalousie morbide, est de trois types : un trait de personnalité, une suspicion obsessionnelle et un délire fixé. A la différence des idées délirantes (où le patient cherche et trouve des preuves pour les affirmer), la suspicion obsessionnelle est faite de pensées intrusives répétitives et reconnues par le patient comme extérieures (pensées egodystoniques).

Pour Cobb, la jalousie morbide peut parfois être difficile à distinguer de la névrose obsessionnelle et peut dès lors être accessible à une psychothérapie comportementale [7]. Dans son étude « pilote », il décrit le traitement de quatre patients présentant une jalousie morbide de type obsessionnelle. Ces patients présentent des pensées obsédantes, des compulsions, des rituels et des comportements en rapport avec une jalousie excessive qui évolue depuis au moins un an. Il n'existe pas de psychose, de maladie somatique ou d'alcoolisme. Son étude met en évidence, par la thérapie comportementale, une amélioration des rituels chez 3 patients et l'amélioration des ruminations d'infidélité chez 1 seul patient. Les pensées jalouses obsessionnelles apparaissent donc difficiles à traiter par la thérapie comportementale, à la différence de l'humeur et des rituels. Elles se maintiennent dans leur intensité et leur durée mais engendrent après ce traitement moins de détresse ou de comportements jaloux. D'un point de vue phénoménologique, la jalousie morbide obsessionnelle se distingue des autres formes de névrose obsessionnelle par le fait qu'elle implique deux personnes : c'est la présence physique ou les pensées centrées sur le partenaire qui génèrent les symptômes obsessionnels.

Par la suite, Bishai et al. décrivent le traitement par une approche cognitive (adaptée au modèle de Beck pour la dépression) chez 13 patients présentant une jalousie morbide [3]. Parmi ces 13 patients, 2 présentent un délire de jalousie et 7 souffrent de dépression et suivent un traitement antidépresseur. Pour tous, les convictions irrationnelles de l'infidélité du partenaire sont associées à des exigences de vérification, d'interrogatoire du partenaire et de disputes conjugales. 11 patients présentent des sentiments d'infériorité envers les personnes du même sexe et 2 femmes évitent notamment de regarder des photos de femme nues dans un magazine. 6 patients identifient des facteurs qui ont précipité la jalousie morbide comme par exemple, le fait de constater à la naissance de leur enfant que celui-ci avait une couleur d'yeux différente de la leur. La moyenne d'âge de ces patients est de 37 ans et la durée de la jalousie morbide s'échelonne de un mois à trente ans. L'hypothèse de base de cette étude étant que les cognitions du patient liées à la jalousie morbide présentent des

caractéristiques similaires aux pensées automatiques avancées par Beck pour la dépression. Ces cognitions seraient entretenues et se baseraient sur des suppositions fausses dérivant de l'interprétation d'expériences passées. La thérapie cognitive est principalement dirigée vers les fausses suppositions et l'amélioration est notée chez 10 patients ce qui témoignerait de résultats encourageants bien que cette étude soit non contrôlée.

En 1990, Tarrrier met l'accent sur la nécessité d'inclure, au centre même du concept de jalousie morbide, la conviction infondée (ou la présence de préoccupations irrationnelles et hors contexte) de l'infidélité sexuelle du partenaire se manifestant par des émotions, des pensées et des comportements spécifiques. Les pensées irrationnelles de jalousie n'auraient donc pas besoin d'être précipitées par des événements ni par des preuves tangibles d'infidélité car le patient réagirait à ces pensées elles mêmes et non pas aux preuves (ou à leur absence). Dans ce cas, la jalousie morbide entraînerait une altération du fonctionnement du patient (ainsi que dans celui du partenaire et du couple) et les pensées et comportements du jaloux seraient perçus comme problématiques, excédant les degrés de possession du partenaire admis par la norme de la société ou de la culture. Ainsi, la jalousie normale est décrite par Tarrrier comme basée sur la réalité, spécifique au partenaire, à l'événement et au rival. Elle est transitoire, persistante aussi longtemps que perdure le comportement ou l'infidélité du partenaire. Dans ce cas, c'est le comportement du partenaire, et non pas la jalousie, qui serait perçu comme problématique. Ces distinctions permettent à Tarrrier d'avancer que la jalousie morbide lorsqu'elle n'est pas psychotique mais qu'elle se présente sous sa forme obsessionnelle est accessible à une formulation cognitivo-comportementale. Celle-ci propose que l'individu, qui présente des sentiments d'inadéquation, d'hypersensibilité et d'insécurité, ait tendance à faire des distorsions systématiques, des erreurs dans la perception et l'interprétation d'événements et d'informations. C'est la survenue d'un événement précipitant qui activerait le schéma sous jacent de conceptions fausses, qui induirait des distorsions cognitives, des pensées automatiques et par conséquent conduirait à la jalousie morbide [69].

Dans la lignée de Tarrrier, des auteurs poursuivent l'étude de la jalousie morbide non psychotique. Dolan et Bishai tentent donc d'évaluer, sur une période de trois ans, l'utilité de la thérapie cognitive dans le traitement de la jalousie morbide non psychotique, utilisant pour ce faire des instruments d'évaluation de la jalousie non standardisés et créés spécifiquement pour l'étude. Les mesures de l'aspect émotionnel de la jalousie (évalué par des échelles d'anxiété et de dépression) et cognitivo-comportemental sont calibrées par comparaison à un groupe contrôle de sujets non jaloux dans la population générale. 40 patients présentant une jalousie morbide sont inclus selon la définition suivante : une préoccupation non fondée et excessive de l'infidélité du partenaire entraînant une altération du fonctionnement personnel et interpersonnel. Les critères d'exclusion étaient un abus de substance ou d'alcool, une affection cérébrale organique, un trouble psychotique ou un trouble de l'humeur. Les femmes représentent la majorité des patients de l'étude qui sont tous caucasiens et en

couple pour la plupart. Le but du traitement étant d'aider le patient à réaliser l'irrationalité de ses hypothèses erronées et de l'aider à réaliser que ces comportements non raisonnés ont un impact sur le partenaire. Cette étude retrouve une réduction significative, sur 50 % de l'échantillon, de tous les aspects de la jalousie (en particulier des scores de dépression et d'anxiété) et recommande donc l'utilisation concomitante de la thérapie cognitive et d'un traitement antidépresseur par IRS [11].

Les formulations cognitives de Tarrier sont de nouveau utilisées par Keenan pour évaluer la prise en charge par EMDR (associée à des interventions psychothérapeutiques cognitives) d'un cas de jalousie morbide, afin de réduire les schémas négatifs de faible estime de soi [33]. Pour l'auteur, la jalousie morbide, les préoccupations irrationnelles peuvent être maintenues non pas nécessairement par la conviction infondée que le partenaire soit infidèle mais qu'il puisse l'être dans le futur. Ces préoccupations seraient déclenchées par des images, des souvenirs (traumatiques) impliquant le partenaire dans d'autres situations affectives et intimes. Ces souvenirs activeraient une croyance basée sur des schémas cognitifs négatifs centrée sur l'inaptitude, l'incapacité propres du patient ce qui prédisposerait en retour le sujet à interpréter faussement les réactions et les sentiments de son partenaire et entraînerait la réaction jalouse. L'intervention psychologique a pour but dans cette étude de diminuer l'intensité des émotions générées par les images et d'améliorer les schémas négatifs.

L'existence d'une jalousie morbide obsessionnelle et non délirante devient ainsi évidente dans la littérature des années 2000 et l'idée d'un continuum entre jalousie normale et jalousie morbide obsessionnelle semble être une hypothèse de plus en plus admise. L'étude de Marazziti et al. tente dans ce contexte de contribuer à mieux définir la frontière qui existe entre jalousie normale et jalousie obsessionnelle dans une population d'étudiants universitaires italiens [44]. 400 étudiants sont donc soumis à un questionnaire sur la jalousie développé spécifiquement pour l'étude et comparés à un groupe de 14 patients présentant un trouble obsessionnel compulsif dont la principale obsession est la jalousie. L'étude permet d'isoler parmi les étudiants un groupe intermédiaire de sujets (9.8%) présentant une jalousie excessive (un groupe de jaloux non psychiatrique) mais n'atteignant pas l'intensité des préoccupations jalouses du groupe des TOC. La jalousie normale excessive de ce groupe se base sur la durée des préoccupations jalouses dans une journée, sur la difficulté à maîtriser ces pensées, sur la répercussion qu'ont ces préoccupations sur la relation de couple, sur l'attention excessive portée au comportement du partenaire et sur la limitation de la liberté de celui-ci. Ainsi, après avoir distingué trois groupes de formes différentes de jalousie (non jaloux, jaloux excessifs et jaloux obsessionnels) l'étude conclut que la jalousie est une émotion hétérogène allant du normal au pathologique. Le continuum entre jalousie normale et morbide est mis en avant.

A partir des années 80, une partie de la littérature se focalise donc sur la jalousie morbide et ses composantes obsessionnelles. Le patient pouvant parfois reconnaître que les pensées jalouses sont intrusives, égodystoniques, excessives, et sans fondement, ses comportements de vérification, les

obsessions jalouses, les pensées intrusives de l'infidélité du partenaire sont dès lors accessibles aux thérapies cognitives et comportementales et une théorie cognitive est mise en place. Le continuum entre trouble obsessionnel compulsif et jalousie délirante est avancé. Aux côtés de cette forme obsessionnelle non psychotique, la jalousie morbide peut aussi prendre la forme d'idées surinvesties, d'idées de références persistantes sans délire franc. Ces idées surinvesties seraient égodynamiques et se manifesteraient chez des individus présentant un trouble de la personnalité.

VII-JALOUSIE MORBIDE, TROUBLES DE LA PERSONNALITE ET THEORIE DE L'ATTACHEMENT

Les auteurs ayant consacré leur travail à la jalousie morbide ont fréquemment relevé la présence de troubles de la personnalité dans leurs cas de jalousie morbide. Shepherd retrouvait des cas de jalousie morbide sans symptômes psychotiques chez des individus avec une personnalité prémorbide anormale. Dans ces cas, les traits de personnalité psychopathique et paranoïaque sont parmi les plus courants. Nous avons vu précédemment que des traits de personnalité obsessionnelle sont retrouvés dans le cadre de jalousie morbide non psychotique.

Il est retrouvé dans la littérature la notion que ces troubles de la personnalité sont associés à la jalousie ainsi qu'aux réactions violentes et agressives envers le partenaire, surtout chez les hommes. Dans ces cas, la jalousie morbide pourrait s'exprimer sous la forme d'idées surinvesties. Ces idées concernant la fidélité du partenaire, entretenues par le patient au-delà de la limite du raisonnable, restent compréhensibles et non délirantes. Le patient met constamment en doute la fidélité du partenaire et cherche à la maintenir à tout prix, entraînant une souffrance importante chez son partenaire et lui-même. Ce type d'idées est souvent rattaché à la personnalité paranoïaque et sa fréquence dans le cadre d'une jalousie morbide pourrait être sous évaluée, ces patients venant rarement consulter [34]. Aux cotés de la personnalité paranoïaque, l'organisation borderline de la personnalité a suscité l'intérêt des psychiatres et des psychologues cliniciens dans son association à la jalousie morbide. Plusieurs études psychologiques se sont basées sur la théorie de l'attachement pour expliquer les caractéristiques des patients susceptibles de présenter une jalousie morbide.

Dans une étude se penchant sur l'association violence et jalousie, il est mis en évidence que la jalousie est reliée significativement à une organisation borderline de la personnalité, un attachement insécure de type craintif et des éléments de stress post traumatique [13]. Ces hommes, par leur peur extrême de l'abandon, leur incapacité à vivre seul, leur manque d'autoévaluation, leur faible estime d'eux-mêmes, et par leurs comportements cycliques violents sont plus enclins à manifester une jalousie morbide dans le cadre de leur relation affective. Ils développeraient plus volontiers des idées

centrées sur l'infidélité du partenaire, prenant la forme dans ce cas d'idées surinvesties, entraînant colère et jalousie et reflétant des mécanismes de défense primaires associés à la projection de leurs impulsions violentes sur le partenaire. Ces patients présenteraient donc, par leur personnalité, une prédisposition importante au développement d'une jalousie morbide.

C'est ce que tente de montrer l'étude de Marazziti en explorant la relation possible entre le type d'attachement romantique et la jalousie chez 100 sujets sains. Ceux-ci sont évalués par un questionnaire de la jalousie créé pour l'étude ainsi que par une échelle de mesure de l'anxiété. Il distingue plusieurs groupes selon le type d'attachement (sécurisé, préoccupé, craintif-évitant, et rejetant). Les résultats montrent que l'anxiété est reliée à toutes les dimensions de la jalousie (obsessions, estime de soi, peur de la perte, méfiance/attitude soupçonneuse, sensibilité interpersonnelle) soulignant que les deux phénomènes de l'attachement et de la jalousie sont entremêlés [45]. Ainsi, les différents types d'attachement pourraient expliquer les caractéristiques individuelles de la jalousie chez les sujets sains et pourraient rendre compte de la vulnérabilité qu'ont certains sujets jaloux à franchir la frontière entre jalousie normale et pathologique.

VIII- JALOUSIE MORBIDE ET ASPECTS MEDICO-LEGAUX

Dans une étude épidémiologique sur la jalousie, 15% d'un échantillon de population en Nouvelle Zélande rapportait des faits de violence de la part du partenaire. Il n'y avait pas de différence majeure entre les sexes en termes de recours à la violence : les femmes jalouses comme les hommes pouvaient menacer ou agresser leur partenaire et la fréquence de la violence était sensiblement comparable [50]. Des études anglaises et américaines portant sur des populations de femmes battues mettent en évidence que la jalousie sexuelle excessive de leurs compagnons est le facteur précipitant de la violence dans au moins 50% des cas. Les motifs avancés par les hommes qui battent leurs femmes sont très souvent la colère et la crainte d'une infidélité [51]. Il apparaît par ces données que la jalousie est, en elle-même, un facteur prédictif puissant de violence conjugale. Aux cotés de la violence conjugale, la jalousie apparaît aussi comme un motif très fréquent des cas d'homicides conjugaux ce dont témoigne des études réalisées aux États-Unis et au Royaume Uni. Une étude canadienne portant sur les cas d'homicides d'un conjoint retrouvait la jalousie comme motif principal dans 20% des cas ; le sexe ratio H/F des agresseurs étant de 10/1 [51]. Dans ces études d'homicides, les femmes sont les principales victimes de leurs partenaires jaloux. Même quand elles sont violentes, ou qu'elles tuent, les conduites de self défense sont fréquemment relevées.

Parmi les individus présentant une jalousie morbide, la proportion de femmes et d'hommes ayant recours à la violence contre le partenaire est sensiblement la même. Ces différentes constatations sont reprises par les psychiatres et les psychologues évolutionnistes qui soulignent que les comportements du jaloux morbide dérivent de ceux du jaloux normal. L'homme jaloux serait plus enclin à la violence et au meurtre, la femme plus encline à se défendre. Dans la jalousie morbide, il n'y a pas de différence de genre dans la méthode violente employée contre le partenaire mais les hommes utiliseraient plus leurs mains (coups, étranglement), et les femmes utiliseraient plus un objet contendant [15].

1-Evaluation du risque de violence

Cette évaluation de la violence dans un cas de jalousie morbide rejoint celle des troubles mentaux en général mais la simple existence de la jalousie morbide constitue un risque de violence plus élevé car les idées délirantes renvoient à un désir insatiable de confirmation du doute en même temps qu'une conviction acharnée de l'infidélité, de la trahison du partenaire qui s'obstine à nier inlassablement. Le risque de violence est donc plus important quand la jalousie est morbide, quand il existe des antécédents de violence liée à la jalousie (menaces verbales répétées et adressées au partenaire ou émanant du partenaire, menaces physiques avec objets ou armes) ou quand est retrouvé des antécédents de violence chez le jaloux dans d'autres circonstances que celles du couple. L'abus d'alcool ou de drogues, l'existence de symptômes dépressifs ou d'idées suicidaires chez le jaloux sont à prendre en considération ainsi que la notion d'escalade du conflit conjugal et la culture de l'individu jaloux. Il est important, dès que possible, de demander des informations à des tierces personnes pour évaluer la situation. Une étude spécifique approfondie du comportement du jaloux est indispensable pour évaluer le risque de violence notamment sur le type de menaces proférées, la notion de destruction de biens appartenant au conjoint, le jet d'objets sur le partenaire, les gestes violents où le partenaire est poussé ou secoué violemment, les coups de poings ou de pieds, les tentatives d'étranglement ou d'étouffement, l'attaque avec des instruments contendants, des armes à feu ou d'autres méthodes pouvant blesser. Dans la plupart des cas, les violences sérieuses sont précédées de signaux prédictifs de danger qui sont souvent ignorés par le partenaire [49,51].

2-Risques associés à la jalousie morbide

2-1 Actions de confirmation, harcèlement

Les interrogatoires forcés du partenaire, les coups de téléphone répétés au travail, les visites surprises, le harcèlement quotidien, l'engagement de détectives privés et la mise en place de matériel d'enregistrement pour espionner le partenaire sont fréquents. Quelques études américaines, épidémiologiques et cliniques se sont notamment intéressées aux auteurs et victimes de harcèlement, phénomène grandissant aux USA [12]. Une étude américaine portant sur 145 auteurs de harcèlement

mettait en évidence une proportion plus grande d'hommes (79%) et groupait les auteurs en 5 types. Les troubles délirants étaient fréquemment retrouvés (30% des cas) et il existait parmi ceux-ci 11% de délires de jalousie rattachés au groupe des auteurs d'harcèlement « recherchant l'intimité ». Dans le groupe des auteurs d'harcèlement dits « rejetés », les troubles de la personnalité de type paranoïaque avec jalousie permanente étaient fréquents. Dans l'ensemble, la jalousie morbide était retrouvée chez 3% des auteurs d'harcèlement [53]. Dans une étude française sur la violence conjugale, les auteurs retrouvaient parmi les 266 auteurs, 13 cas de jalousie morbide, soit 5% des auteurs de violence conjugale [57].

2-2 Suicide

Les patients atteints de jalousie morbide présentent souvent des idéations suicidaires, d'autant plus qu'existe une dépression ou un abus de substance, notamment dans les périodes de remords qui suivent les moments d'agression du partenaire. C'est dans ces moments que l'acte suicidaire peut survenir [62]. Dans l'étude de Mooney, 20% des patients jaloux morbides avaient déjà tenté de se suicider [47]. Dans l'étude rétrospective de Crowe, 9% des jaloux morbides (présentant un trouble délirant) se suicident [8]. La littérature souligne de plus l'implication de la jalousie morbide dans les cas d'homicides-suicides et pour l'auteur d'une récente étude norvégienne, 50 à 75 % des homicides-suicides seraient dus à des délires de jalousie essentiellement paranoïaques [24].

2.3 Homicide et victimes

Dans une étude rétrospective française sur des auteurs psychotiques d'homicide, la jalousie morbide était retrouvée dans 1% des meurtres et se retrouvait électivement chez des auteurs psychotiques paranoïaques, représentant 3, 35% des auteurs. Dans ces cas, c'était un délire de jalousie selon la nosographie française qui était diagnostiqué. La consommation d'alcool était plus élevée dans ce groupe de psychoses paranoïaques et le mobile du meurtre était la vengeance et la jalousie. Les auteurs schizophrènes d'homicide, qui survenait le plus souvent dans un contexte discordant, étaient pour une grande majorité célibataires. Parmi ceux qui étaient mariés ou en couple, le conjoint était généralement épargné bien que l'entourage soit visé. En revanche, le paranoïaque, qui commet lui aussi son crime dans l'entourage proche tuait plus volontiers le conjoint (44% des cas) [60].

Mooney rapporte que 14% de ses patients présentant une jalousie morbide ont tenté de tuer leur partenaire. Dans une étude indienne portant sur 41 hommes ayant tué leurs épouses, 10% étaient des cas de jalousie morbide [63].

Le conjoint est bien plus souvent la victime du jaloux morbide. Dans les cas asilaires masculins ayant tué dans un contexte de jalousie morbide, Lagache retrouvait le meurtre de la partenaire dans 75% des cas. Les femmes présentant une jalousie morbide étaient plus enclines à tuer la rivale [40].

La différence entre les hommes et les femmes concernant les violences physiques à l'encontre du partenaire restent néanmoins difficiles à quantifier, du fait que les violences envers les hommes soient peu reportées. Il semble malgré tout que les hommes présentant une jalousie morbide soient plus enclins à agresser leur partenaire que les femmes et qu'ils soient à même d'infliger des blessures plus graves.

Concernant les victimes des jaloux morbides, celles-ci peuvent présenter des troubles anxieux, des troubles dépressifs, des abus de substances et dans de rares cas peuvent donner la mort dans un contexte de self défense [34].

Ces homicides ont souvent été désignés sous le terme de crime passionnel (meurtre ou tentative de meurtre dont le mobile est la passion ou la jalousie amoureuse) et ont souvent fait l'objet de législations particulières. Selon les époques, le crime passionnel a souvent attiré la clémence des cours de justice et a longtemps été moins sévèrement puni que les autres types de meurtre que ce soit dans la loi (lois d'exception) ou dans les faits (circonstances jugées atténuantes).

3-Crime passionnel

En Angleterre, au 18^e siècle, les meurtres suite à une infidélité étaient considérés comme le plus bas degré d'homicide, l'infidélité étant considérée comme une provocation. Au 19^e siècle en Amérique, celui qui tuait son épouse infidèle ou son amant ne devait pas être accusé de meurtre [52]. De nos jours, il existe des différences notables dans la loi anglaise et américaine et dans le droit pénal français quand un homicide survient dans un contexte de jalousie et notamment en cas de jalousie morbide.

Pour rappel, le droit pénal français distingue d'une part l'homicide volontaire (qualifié de meurtre s'il n'existe pas de préméditation et qualifié d'assassinat s'il est prémédité) et les violences volontaires ayant entraîné la mort sans l'intention de la donner d'autre part. Ces deux situations sont passibles de sanctions prononcées en cour d'assises. La loi anglaise et américaine distingue le meurtre au premier degré (assassinat), le meurtre au deuxième degré (meurtre) et le « *involuntary manslaughter* » (violences volontaires ayant entraîné la mort sans l'intention de la donner).

Dans le droit pénal français s'applique le principe dit de l'indifférence des mobiles dont l'indifférence du mobile amoureux : la passion, la jalousie, le pourquoi un auteur a tué n'est pas pris en compte. Mais les juges peuvent, sans obligations, prendre en considération l'existence d'un mobile pour aggraver ou diminuer la peine. Les personnes sont responsables sauf si on peut invoquer une cause d'irresponsabilité. On retrouve ces causes d'irresponsabilité ou d'atténuation de la responsabilité dans le nouveau Code Pénal allant de l'art. 122-1 à 122-8, celles-ci étant communes à toutes les infractions. La jalousie morbide en cas d'homicide rentre dans le cadre des causes subjectives d'irresponsabilité pénale qui ont un effet *in personam*, ne s'attachant par conséquent qu'à l'individu

qui en prouve l'existence au moment des faits. Pour citer l'article 122-1 du code pénal s'y référant: « *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. 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* ».

Dans la loi anglaise, il existe en cas de meurtre, la possibilité pour l'auteur d'accéder à une défense spéciale dite de responsabilité atténuée. Celle-ci est intéressante car elle fait écho à l'évolution de la perception de la jalousie et de l'infidélité au cours de l'Histoire. Nous ne développerons pas les différentes modalités du droit anglais en matière de meurtre mais nous soulignons que la jalousie et notamment la jalousie morbide peut être plaidée par le défenseur. Les implications de la jalousie et de la jalousie morbide en matière de meurtre ont donc toute leur place dans ce chapitre.

La défense par responsabilité diminuée est décrite dans la section 2 de l'*Homicid Act de 1957* récemment modifié par le *Coroners and Justice Act de 2009*. Cette défense permet, quand elle plaidée avec succès de réduire la sentence pour meurtre à celle de *manslaughter* ou violences volontaires. Dans la majorité des cas, le motif de la jalousie est donc employé en appel et pour poursuivre la défense par responsabilité atténuée, en dehors de l'irresponsabilité, il est nécessaire d'établir que la jalousie qui a donné naissance à cet acte violent soit de nature morbide, qu'il existe un fonctionnement mental anormal, causé par une condition médicale reconnue et modifiant profondément la responsabilité du défendant. Pour la justice, la question est de savoir si les auteurs d'homicide remplissent les critères d'irresponsabilité ou de responsabilité diminuée. Nous comprenons donc en quoi la jalousie, les réactions jalouses et la jalousie morbide sont problématiques en cas de meurtre car la frontière entre normal et pathologique est incertaine. Il est donc bien compliqué pour un expert psychiatre de se positionner sur un cas de jalousie quand elle a conduit à un homicide.

4-Evaluation clinique de la jalousie de la jalousie morbide

Les réactions jalouses qui peuvent être considérées comme morbides sont les suivantes :

1. Les réponses psychologiques et comportementales exagérées (selon les normes du sujet et de la société) ;
2. La focalisation sur des rivaux improbables ou multiples ;
3. Une grande réticence à accepter la rupture d'une relation malgré le souhait du partenaire et/ou le refus d'accepter la fin de son droit d'être jaloux même quand le partenaire a mis fin à la relation ;
4. La tendance de l'individu à vouloir soumettre totalement le partenaire et sa tendance à prolonger le conflit malgré la réassurance du partenaire.

Ces réactions jalouses morbides peuvent être notamment augmentées quand il existe :

1. Un trouble de la personnalité de type paranoïaque ;
2. Des expériences passées de déception ou d'abandon ;
3. Un abus de substance.

Dans la plupart des réactions morbides jalouses, nous l'avons précédemment vu, les préoccupations centrées sur l'infidélité ne sont pas délirantes. Avant tout, ce sont les preuves avancées par l'auteur de l'acte violent, sur lesquelles il fonde ses accusations d'infidélité, qui permettent d'évaluer la jalousie : les preuves bizarres ou extraordinaires d'infidélité sont dans ce cas évocatrices de jalousie morbide symptomatique d'un trouble mental. La jalousie morbide s'accompagne dès lors des caractéristiques cliniques du trouble mental sous jacent.

L'homicide chez les patients psychotiques est un phénomène rare [60], mais la jalousie morbide demeure un facteur de risque élevé de violence et d'homicide conjugal d'autant plus chez les paranoïaques qui gardent une propension à l'achèvement d'un but et d'une motivation. Il est donc primordial de bien la prendre en charge d'un point de vue thérapeutique.

IX-TRAITEMENT ET PRISE EN CHARGE DE LA JALOUSIE MORBIDE

La prise en charge de la jalousie morbide inclut des options biologiques et des interventions psychosociales mais son traitement est avant tout étiologique et donc celui du trouble psychiatrique, neurologique ou toxique sous jacent.

1-Hospitalisation

Celle-ci s'avère nécessaire et urgente quand la jalousie morbide donne naissance à une souffrance importante et que la prise en charge en ambulatoire n'est pas suffisante pour prévenir le risque de passages à l'acte violents hétéro ou autoagressifs. L'hospitalisation permet souvent un amendement partiel ou temporaire de la symptomatologie mais la jalousie morbide réapparaît rapidement quand les conditions de vie préalables et celles du couple sont rétablies. Si la jalousie morbide est résistante au traitement, la séparation géographique des partenaires peut malgré tout s'avérer efficace sur la réduction du délire.

2-Traitement

La jalousie morbide surtout dans le cadre d'un trouble délirant est connue pour être difficile à traiter mais quand elle survient comme symptôme d'une schizophrénie, les idées délirantes d'infidélité

peuvent répondre à un traitement antipsychotique. Mooney mettait en évidence dans son étude de cas l'efficacité d'un traitement par phénothiazines sur 8 cas de jalousie morbide psychotique et notait une amélioration initiale des symptômes [47]. Le pimozide est recommandé dans la littérature comme traitement de choix dans le cadre d'une jalousie morbide lors d'un trouble délirant mais il n'existe à ce jour aucune étude comparative prônant à ce neuroleptique une meilleure efficacité que les antipsychotiques atypiques dans le traitement du trouble délirant [4]. L'efficacité du tiapride à posologie faible (75mg/j) est rapportée dans le traitement d'un syndrome d'Othello chez un sujet japonais âgé de 98 ans (avec atrophie corticale et multiples infarctus ischémiques) et est désigné par l'auteur comme le traitement de choix, du fait du peu d'effets secondaires, des délires monothématiques du sujet âgé [48]. Néanmoins, les conférences de consensus recommandent en ce qui concerne les délires de jalousie non schizophréniques du sujet âgé l'association d'un traitement antipsychotique atypique à faible posologie pour une courte durée avec un traitement antidépresseur sans impact dopaminergique de type ISRS [55]. S'y ajoute un traitement anticholinestérasique dans le cas de démence d'Alzheimer ou à corps de Lewy et d'un traitement à visée vasculaire (antihypertenseur, antiagrégants plaquettaires) dans le cadre d'une démence vasculaire. Bien entendu, aux côtés du traitement neuroleptique, le recours à la psychothérapie est fortement envisagé quand survient un délire de jalousie dans l'évolution d'un trouble dépressif connu. La jalousie morbide dans sa forme non délirante, obsessionnelle, quant à elle, semble être accessible à un traitement par IRS et notamment par fluoxétine [28,41,67].

3-Interventions psychosociales

Nous avons vu dans le chapitre concernant la jalousie morbide obsessionnelle que la thérapie cognitive était efficace quand les obsessions d'infidélité dominaient le tableau clinique [3,11,69]. La thérapie psychanalytique est aussi une bonne indication [21]. Dans le même cadre de jalousie morbide obsessionnelle, la thérapie de couple est primordiale du fait de l'influence du partenaire [7].

La prise en charge des addictions et notamment de l'alcoolisme est primordiale dans le traitement d'un patient présentant une jalousie morbide, celle-ci pouvant notamment s'amender avec le sevrage [62].

4- Pronostic

Le pronostic de la jalousie morbide dépend évidemment de la pathologie sous jacente et de la réponse au traitement. Elle reste de bon pronostic quand elle se présente sous la forme d'une jalousie obsessionnelle étant accessible à un traitement par IRS et à une psychothérapie. Le pronostic reste largement péjoratif dans le cadre d'un trouble délirant, le délire de jalousie tendant à persister dans le temps et répondant peu au traitement neuroleptique.

Discussion

Il est important de mentionner avant tout, qu'il existe dans la littérature contemporaine une confusion des termes relatifs à la jalousie morbide. Celle-ci semble d'ailleurs n'être pour nombre d'auteurs qu'un large terme descriptif. Il est donc souvent employé dans la littérature des termes équivalents comme le syndrome d'Othello, la jalousie pathologique ou la paranoïa conjugale entre autres. Nous avons souvent mentionné le délire de jalousie dans son sens large alors que des auteurs parlent (autre exemple de terme équivalent) de jalousie délirante (*delusional jealousy*). Le syndrome d'Othello semble être, pour sa part, un terme employé préférentiellement lorsque la jalousie morbide est rencontrée dans les pathologies organiques et toxiques sans qu'il ne puisse être fait de distinctions cliniques avec les autres termes. Sous des termes équivalents apparaissent donc des pathologies psychotiques, des troubles somatiques, toxiques ou des réactions jalouses excessives. Pour certains auteurs, la jalousie morbide est un concept vague aux frontières indistinctes et ceci permet de constater qu'il existe une vacuité des repères cliniques dans les classifications psychiatriques actuelles.

Nous pouvons nous apercevoir au travers de la revue de la littérature que la jalousie morbide est essentiellement décrite par des idées délirantes de jalousie qui tendent à occuper la partie centrale du tableau clinique dans les troubles schizophréniques ou dans des troubles organiques neurologiques ou neurodégénératifs. Elle est décrite aussi par des idées obsessionnelles ou des idées surinvesties centrées sur l'infidélité du partenaire chez des individus présentant des troubles de la personnalité.

Dans deux études rétrospectives sur la prévalence de la jalousie délirante parmi les troubles psychiatriques, celle-ci se rencontrait plus fréquemment dans le cadre des psychoses schizophréniques du fait de la plus grande proportion de troubles schizophréniques dans les hospitalisations psychiatriques. Dans ces cas, la jalousie délirante apparaît comme un symptôme noyé dans la symptomatologie schizophrénique et semble peu cohérente.

Cependant, la jalousie délirante représente une proportion bien plus élevée dans les troubles délirants en comparaison aux troubles schizophréniques [64,65].

Dans les pathologies neurologiques, la corrélation avancée dans la littérature entre jalousie morbide et lésion neuroanatomique n'est pas établie et reste très souvent discutable dans les rapports de cas. Ceux-ci ne tiennent le plus souvent pas compte de l'existence possible de troubles de la personnalité antérieurs. Le syndrome d'Othello correspond en effet à des formes psychotiques ou obsessionnelles de jalousie morbide qui surviennent souvent très à distance du trouble neurologique, parfois après plusieurs années [54,73]. De plus, l'existence de troubles cognitifs apparaît souvent au premier plan du tableau clinique et oriente rapidement vers un tableau démentiel [42,74]. Dans ces cas, la jalousie morbide ne représente qu'un symptôme d'une affection organique sous jacente bruyante.

La jalousie morbide liée à l'alcoolisme est peu mentionnée dans la littérature actuelle bien que classiquement décrite parmi la psychose alcoolique. L'étude de Michael [46] est intéressante à cet égard car elle soutient le rôle pathogénique probable de l'alcool dans le développement d'un trouble délirant de type jaloux ainsi que l'existence d'un autre syndrome de jalousie morbide sans idées délirantes d'infidélité, qui pourrait précéder la survenue du trouble délirant.

Ce que nous pouvons relever dans la littérature psychiatrique actuelle est cette difficulté partagée par tous à distinguer les différentes formes de jalousies morbides. Le concept de jalousie morbide reste flou pour beaucoup d'auteurs mais la littérature continue d'employer ce terme. Ce point soulevé, nous pouvons noter que la pathologie de la jalousie et le concept de jalousie morbide sont quasiment absents des manuels de psychiatrie contemporaine et ce, quelque soit les pays qui traitent de la question. Elle est de plus absente dans la classification des diagnostics psychiatriques de la CIM 10. La pathologie de la jalousie existe cependant dans le DSM 4 dans la catégorie *delusional disorder-jealous type*. Nous l'avons déjà mentionné dans ce travail, cette catégorie diagnostique correspond au délire de jalousie systématisé de la psychose paranoïaque de la nosographie psychiatrique française. Ce trouble délirant de type jaloux correspond à des critères diagnostiques bien précis qui nécessitent la présence d'idées délirantes cohérentes centrées sur l'infidélité du partenaire d'une durée d'au moins un mois et nécessite l'absence de symptômes schizophréniques, l'absence d'une maladie somatique ou d'un abus de substance. En fait, il apparaît que beaucoup d'études n'utilisent pas ces critères et diagnostiquent une jalousie délirante sur la simple existence d'idées délirantes d'infidélité avec une conviction infondée sans prendre en compte les autres critères du *delusional disorder-jealous type*.

Dans ce cas, il existerait une tendance à confondre délire de jalousie symptomatique d'affection psychiatrique ou organique avec la psychose paranoïaque.

Dans une comparaison systématique des cas de jalousie morbide publiés dans la littérature (entre 1942 et 2002) avec les critères diagnostiques actuels du *delusional disorder-jealous type*, Easton a mis en évidence que seuls 4% de ces cas correspondaient à ce diagnostic. En considérant les biais possibles de cette comparaison, le *delusional disorder-jealous type* représenterait un maximum de 50% des 398 cas publiés [14]. Il ne serait donc pas représentatif de l'ensemble de la pathologie de la jalousie existante ; les schizophrénies, les pathologies organiques et les toxiques étant exclus.

Bon nombre d'auteurs soulèvent d'ailleurs que la présence d'idées délirantes d'infidélité est un critère diagnostic trop restrictif pour englober la pathologie de la jalousie. Ceux-ci traitent des patients qui souffrent de troubles similaires au *delusional disorder-jealous type* qui ne correspondent à aucune catégorie diagnostique des classifications psychiatriques actuelles et risquent donc de ne pas recevoir un traitement approprié. La jalousie morbide obsessionnelle mise en avant par la littérature depuis les années 80 est de cet ordre et n'est pas sans rappeler le concept de l'hyperesthésie jalouse de Mairet, les réactions de la personnalité de Lagache ou les réactions inadéquates excessives jalouses

d'Henri Ey. Il est difficile de percevoir à quels diagnostics ces formes de jalousie morbide se rattachent. En effet, les études sont trop différentes les unes des autres pour pouvoir les comparer : études rétrospectives, prospectives mais de faible échantillon, rapports de cas uniques. Des questionnaires sont souvent utilisés dans différentes études, d'autres sont souvent créés par les auteurs de l'étude pour diagnostiquer une jalousie morbide et ne sont pas utilisés par d'autres cliniciens. De plus, les questionnaires d'évaluation de la jalousie peuvent être construits selon différents critères diagnostiques ce qui rend aussi les comparaisons entre les études difficiles [44,46,69].

Ainsi, le trouble délirant de type jaloux du DSM 4 n'étant pas représentatif de l'ensemble des formes de jalousie morbide, ceci permet de penser que ce trouble psychiatrique puisse être une catégorie, un sous groupe parmi un groupe plus vaste de troubles qui engloberait la jalousie morbide obsessionnelle et qui ne contiendrait pas forcément d'idées délirantes d'infidélité. Ou bien, ce trouble délirant de type jaloux, ce délire de jalousie paranoïaque, serait un trouble à part et les autres formes de jalousie morbide représenteraient des types de jalousies morbides différentes qui pourraient correspondre à d'autres critères diagnostiques et pourraient dès lors prétendre à intégrer une catégorie diagnostique dans les classifications.

Pour la littérature psychiatrique contemporaine, les formes non psychotiques de jalousie morbide se rencontrent sous la forme d'idées obsessionnelles ou d'idées surinvesties chez des individus présentant des troubles de la personnalité (obsessionnelle, paranoïaque...) et constitueraient un continuum avec la jalousie normale. Il est bien difficile en pratique de pouvoir mettre en avant des critères diagnostiques, qui n'existent pas, pour différencier ces formes de jalousie morbide. Nombreux sont les auteurs qui mettent en avant la nécessité que le DSM puisse inclure d'autres critères diagnostiques afin de couvrir de façon plus large la définition de la jalousie morbide.

En ce qui concerne le trouble délirant, il semble à ce jour qu'aucune modification ne soit apportée dans les critères diagnostiques du type jaloux dans la préparation du DSM 5.

THESE SOUTENUE PAR M. Benjamin RONIN

TITRE : Actualités du concept de jalousie morbide

Conclusion

Par ce travail, nous avons souhaité montrer l'évolution du concept psychiatrique de jalousie morbide et souligner les difficultés diagnostiques et thérapeutiques suscitées dans la pratique quotidienne.

Une partie de celui-ci a été de présenter l'élaboration du concept, sous tendu par les innovations cliniques sur les travaux nosographiques de la psychose paranoïaque et schizophrénique des écoles psychiatriques françaises et allemandes du début du 20^e siècle. La jalousie morbide tenait alors une place considérable dans la psychose paranoïaque par le délire systématisé de jalousie et une forme de jalousie morbide excessive avec des caractères cliniques passionnels était mise en évidence. Dans le même temps la jalousie morbide était considérée, dans les conceptions psychanalytiques, comme fondamentalement paranoïaque.

Par une revue de la littérature psychiatrique contemporaine nous avons montré que la jalousie morbide est un symptôme ou un syndrome clinique se rencontrant indistinctement dans les troubles psychiatriques, neurologiques ou toxiques.

Nous avons souligné que les hypothèses neuropsychiatriques actuelles relient fortement des formes de jalousie morbide psychotique à l'hyperdopaminergie ainsi qu'à l'atteinte fonctionnelle du lobe frontal, que ce soit entre autres lors d'accidents vasculaires cérébraux ou de traitements par agonistes dopaminergiques. Il est primordial de ce fait devant tout tableau clinique de jalousie morbide de rechercher une origine organique neurologique ou toxique ainsi que de réaliser une imagerie cérébrale. De même, il est important de prendre en considération les risques médico-légaux qui lui sont associés.

Nous avons de plus tenté de montrer les difficultés auxquelles les psychiatres sont confrontés du fait de la seule représentation de la jalousie morbide paranoïaque dans les classifications psychiatriques sous la forme du trouble délirant de type jaloux du DSM IV. La jalousie morbide semble représenter un enjeu nosographique car la littérature contemporaine rapporte fréquemment l'existence de formes cliniques sans idées délirantes. C'est sur ces différents syndromes de jalousie morbide, prenant différentes appellations et ne répondant pas à des critères cliniques définis, que l'attention de la psychiatrie moderne se penche en tentant de mettre en évidence l'existence de ce que nous pourrions appeler un « trouble jaloux » et qui représenterait un continuum entre jalousie normale et jalousie morbide. Il serait donc opportun d'entreprendre des études cliniques prospectives

systematiques avec des échelles d'évaluation ou des questionnaires d'évaluation de la jalousie standardisés. De ces études dépend la mise en évidence de caractéristiques cliniques propres à ces formes de jalousie morbide qui pourraient dès lors prétendre à intégrer une catégorie diagnostique à part entière dans les classifications internationales. Ainsi, une proportion non négligeable de patients pourrait bénéficier d'une meilleure prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

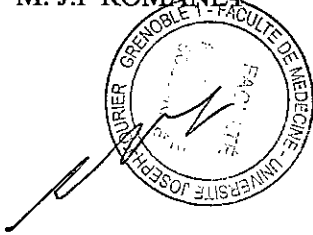
Grenoble, le 18/9/2012

LE DOYEN

LE PRESIDENT DE LA THESE

M. J.P ROMANET

M. LE PROFESSEUR T. BOUGEROL



A large, stylized handwritten signature in black ink, consisting of a vertical line on the left and a large, sweeping loop on the right.

Bibliographie

- [1] Almeida S., Ranjith G.
Using pramipexole in neuropsychiatry: a cautionary note.
Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience 2006; 18: 556-7
- [2] Bhugra D.
Cross cultural aspects of jealousy
International Review of Psychiatry 1993; 5: 271-280
- [3] Bishay N.R., Petersen N., Tarrier N.
An uncontrolled study of cognitive therapy for morbid jealousy.
British Journal of Psychiatry 1989; 154: 386-389
- [4] Byrne A., Yatham L.N.
Pimozide in pathological jealousy.
British journal of Psychiatry 1989; 155: 249-251
- [5] Carney M.
Systematic lupus erythematosus presenting as morbid jealousy.
Postgraduate Medical Journal 1980; 56: 419-20
- [6] Chemama R., Vandermersch B.
Dictionnaire de la psychanalyse.
Paris: Larousse; 2009
- [7] Cobb J.P., Marks I.M.
Morbid jealousy featuring as obsessive-compulsive neurosis: treatment by behavioural psychotherapy.
British Journal of Psychiatry 1979; 13: 301-5
- [8] Crowe R.R., Clarkson C., Tsai M., Wilson R.
Delusional disorder: jealous and nonjealous types.
European Archives of Psychiatry and Clinical Neurological Sciences 1988; 237: 179-83
- [9] De Silva D.
Morbid jealousy in an asian country: a clinical exploration from Sri Lanka
International Review of Psychiatry 1999; 11: 116-121
- [10] De Silva P., Marks M.
Jealousy as a clinical problem: practical issues of assessment and treatment.
Journal of Mental Health 1994; 3: 195-204
- [11] Dolan M., Bishay N.
The effectiveness of cognitive therapy in the treatment of non-psychotic morbid jealousy.
British Journal of Psychiatry 1996; 168: 588-93
- [12] Dressing H., Kuehner C., Gass P.
Lifetime prevalence and impact of stalking in a European population-epidemiological data from a middle-sized German city.
British Journal of Psychiatry 2005; 187: 168-72
- [13] Dutton D.G., Van Ginkel C., Landolt M.A.
Jealousy, intimate abusiveness and intrusiveness.
Journal of Family Violence 1996; 11: 411-23

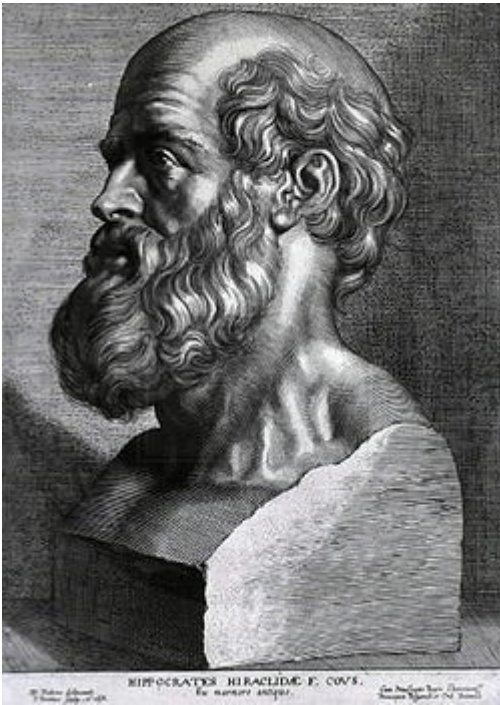
- [14] Easton J.A., Schipper L.D., Shackelford T.K.
Delusional disorder-Jealous type: how inclusive are the DSM IV diagnostic criteria?
Journal of Clinical Psychology 2008; 64: 264-275
- [15] Easton J.A., Shackelford T.K.
Morbid jealousy and sex differences in partner-directed violence.
Human Nature 2009; 20: 342-350
- [16] Easton J.A., Schipper L.D., Shackelford T.K.
Morbid jealousy from an evolutionary psychological perspective.
Evolution and Human behavior 2007; 28: 399-402
- [17] Ey H.
Etude n°18: jalousie morbide.
Etudes Psychiatriques.
Paris: Crehey; 2006 p.483-514
- [18] Ey H., Bernard P., Brisset C.
Les délires systématisés.
Manuel de psychiatrie. 6^e édition.
Paris: Masson; 1989 p.449-58
- [19] Ey H.
Les délires systématisés.
Traité des hallucinations.
Paris: Masson; 1973 p.801-28
- [20] Famuyiwa O.
The Othello syndrome.
Journal of the National Medical Association 1983; 75: 207-9
- [21] Freeman T.
Psychoanalytical aspects of morbid jealousy in women.
British Journal of Psychiatry 1990; 156: 68-72
- [22] Freud S.
Sur quelques mécanismes névrotiques dans la jalousie, la paranoïa et l'homosexualité.
Névrose, psychose et perversion. 1^{er} édition.
Paris: PUF; 1973 p.271-81
- [23] Fujii D., Ahmed I.
Characteristics of psychotic disorders due to traumatic brain injury: an analysis of case studied in the literature.
Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience 2002; 14: 130-40
- [24] Galta K., Olsen S., Wik G.
Murder followed by suicide: Norwegian data and international literature.
Nordic Journal of Psychiatry 2010; 64: 397-401
- [25] Gatian De Clérambault G.
Œuvres psychiatriques.
Paris: Frénésie Edition; 1987
- [26] Graff-Radford J., Whitwell J.L., Geda Y.E., Josephs K.A.
Clinical and imaging features of Othello's syndrome. European Journal of Neurology 2012; 19: 38-46

- [27] Graff-Radford J., Ahlskog J.E., Bower J.H., Josephs K.A.
Dopamine agonists and Othello's syndrome.
Parkinsonism and Related Disorders 2010; 16: 680-82
- [28] Gross M.D.
Treatment of pathological jealousy by fluoxetine.
American Journal of Psychiatry 1991; 148: 683-84
- [29] Guerreiro D.F., Navarro R., Silva M., Carvalho M.
Psychosis secondary to traumatic brain injury.
Brain Injury 2009; 23: 358-61
- [30] Hoaken P.C.S
Jealousy as a symptom of psychiatric disorder.
Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 1976; 10: 47-51
- [31] Johnson J.
Organic psychosyndromes due to boxing.
British Journal of Psychiatry 1969; 115: 45-53
- [32] Kala A., Kaka R.
Psychotic jealousy: a phenomenological study.
Indian Journal of Psychiatry 1981; 23: 237-41
- [33] Keenan P.S., Farrel D.P.
Treating morbid jealousy with eye movement desensitization and reprocessing utilizing cognitive inter-weave - a case report.
Counselling Psychology Quarterly 2000; 13: 175-89
- [34] Kingham M., Gordon H.
Aspects of morbid jealousy.
Advances in Psychiatric Treatment 2004; 10: 207-215
- [35] Klein M.
Envie et gratitude.
Paris: Gallimard; 1968
- [36] Kurupparachchi K., Seneviratne A.N.
Organic causation of morbid jealousy.
Asian Journal of Psychiatry 2011; 4: 258-60
- [37] Lacan J.
Écrits.
Paris: Seuil; 1966
- [38] Lacan J.
Le Séminaire livre XI.
Paris: Seuil ; 1973
- [39] Lachaud D.
Jalousies.
Paris: Denoël ; 1998

- [40] Lagache D.
La jalousie amoureuse. 5^e édition.
Paris : P.U.F; 1987
- [41] Lane R.D.
Successful fluoxetine treatment of pathologic jealousy.
Journal of Clinical Psychiatry 1990; 51: 345-46
- [42] Luauté J-P.
Neuroimaging correlates of chronic delusional jealousy after right cerebral infarction.
Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience 2008; 20: 245-7
- [43] Maggini C., Lundgren E., Leuci E.
Jealous love and morbid jealousy.
Acta Biomedica 2006; 77: 137-46
- [44] Marazziti D., Di Nasso E., Masala I., Baroni S.
Normal and obsessional jealousy: a study of a population of young adults.
European Psychiatry 2003; 18: 106-111
- [45] Marazziti D., Consoli G., Albanese F.
Romantic attachment and subtypes/dimensions of jealousy.
Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health 2010; 6: 53-8
- [46] Michael A., Mirza S., Mirza K.
Morbid jealousy in alcoholism.
British Journal of Psychiatry 1995; 167: 668-72
- [47] Mooney H.B.
Pathologic jealousy and psychochemotherapy.
British Journal of Psychiatry 1965; 111: 1023-1042
- [48] Mukai T.
Tiapride for pathological jealousy (Othello syndrome) in elderly patients.
Psychogeriatrics 2003; 3: 132-134
- [49] Mullen P.
Assessing risk of interpersonal violence in the mentally ill.
Advances in Psychiatric Treatment 1997; 3: 167-73
- [50] Mullen P.
Jealousy: a community study.
British Journal of Psychiatry 1994; 164: 35-43
- [51] Mullen P.
Jealousy and violence.
Hong Kong Journal of Psychiatry 1995; 5: 18-24
- [52] Mullen P.
Jealousy: the pathology of passion
British Journal of Psychiatry 1991; 158: 593-60
- [53] Mullen P., Pathé M., Purcell R., Stuart G.W.
Study of stalkers. American Journal of Psychiatry 1999; 156: 1244-49

- [54] Nakamura K., Kitabayashi Y., Fukui K.
Othello syndrome secondary to right orbitofrontal lobe excision.
Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience 2006; 18: 560-1
- [55] Pancrazi M., Metais P.
Délires non schizophréniques du sujet âgé.
Neurologie Psychiatrie Gériatrie 2004 ; 4: 13-9
- [56] Pillai K., Kraya N.
Psychostimulants, adult attention deficit hyperactivity disorder and morbid jealousy.
Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2000; 34: 160-3
- [57] Rakotomahanina L., Ghaith A., Die G.
Les signes avant-coureurs d'homicide conjugal. Etude analytique réalisée à l'unité médico-judiciaire de Pontoise(2008).
La revue de médecine légale 2010 ; 1: 81-6
- [58] Rao V., Lyketsos C.G.
Delusions in Alzheimer's disease: a review.
Journal of Neuropsychiatry 1998; 10: 373-82
- [59] Ravindran A.
Systemic lupus erythematosus presenting as morbid jealousy.
Postgraduate Medical Journal 1980; 56: 419-20
- [60] Richard S., Lhuillier J.-P.
Homicide et psychose : particularités criminologiques des schizophrènes, des paranoïaques et des mélancoliques - A propos de 27 expertises.
L'Encéphale 2008; 34: 322-29
- [61] Rilling J., Winslow J.T., Kilts C.D.
The neural correlates of mate competition in dominant male rhesus macaques.
Biological Psychiatry 2004; 56: 364-75
- [62] Shepherd M.
Morbid jealousy: some clinical and social aspects of a psychiatric symptom.
British Journal of Psychiatry 1961; 107: 687-753
- [63] Somasundaram O.
Facets of morbid jealousy: with an anecdote from a historical Tamil romance.
Indian Journal of Psychiatry 2010; 52: 284-88
- [64] Soyka M., Naber G., Völcker A.
Prevalence of delusional jealousy in different psychiatric disorders. An analysis of 93 cases.
British Journal of Psychiatry 1991; 158: 549-53
- [65] Soyka M., Schmidt P.
Prevalence of delusional jealousy in psychiatric disorders.
Journal of Forensic Sciences 2011; 56: 450-2
- [66] Soyka M.
Delusional jealousy and localized cerebral pathology.
The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences 1998; 10: 472

- [67] Stein D.J., Hollander E., Josephson S.C.
Serotonin reuptake blockers for the treatment of obsessional jealousy.
Journal of Clinical Psychiatry 1994; 55: 30-3
- [68] Takahashi H., Matsuura M., Yahata N., Koeda M.
Men and women show distinct brain activations during imagery of sexual and emotional infidelity.
NeuroImage 2006; 32: 1299-307
- [69] Tarrier N., Beckett R., Harwood S., Bishay N.
Morbid jealousy: a review and cognitive-behavioural formulation.
British Journal of Psychiatry 1990; 157: 319-26
- [70] Todd J., Mackie J.R.M., Dewhurst K.
Real or imaginary hypophallism: a cause of inferiority feelings and morbid sexual jealousy.
British Journal of Psychiatry 1971; 119: 315-8
- [71] Turbott J.
Morbid jealousy - an unusual presentation with the reciprocal appearance of psychopathology in either spouse.
Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 1981; 15: 164-7
- [72] Wallace C.
Serious criminal offending and mental disorders.
British Journal of Psychiatry 1998; 172: 477-84
- [73] Westlake R., Weeks S.M.
Pathological jealousy appearing after cerebrovascular infarction in a 25-year-old woman.
Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 1999; 33: 105-7
- [74] Yusim A., Anbarasan D., Bernstein C., Boksay I.
Normal pressure hydrocephalus presenting as Othello syndrome: case presentation and review of the literature.
American Journal of Psychiatry 2008; 165: 1119-25



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciplines et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.