



HAL
open science

Discussion clinique et enjeux médico-légaux autour de l'érotomanie

Clémence Monteil

► **To cite this version:**

Clémence Monteil. Discussion clinique et enjeux médico-légaux autour de l'érotomanie. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-02967693

HAL Id: dumas-02967693

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02967693>

Submitted on 15 Oct 2020

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.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

Discussion clinique et enjeux médico-légaux autour de l'érotomanie

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 2 Juin 2020

Par Madame Clémence MONTEIL

Née le 2 novembre 1991 à Tulle (19)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur LANÇON Christophe	Président
Monsieur le Docteur (MCU-PH) CERMOLACCE Michel	Assesseur
Monsieur le Docteur (MCU-PH) GUIVARCH Jokthan	Assesseur
Madame le Docteur CARRIER Sophie	Directeur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

Doyen Georges LEONETTI

Vice-doyen aux Affaires Générales et aux Sciences Médicales : Patrick DESSI

Vice-doyen aux Sciences Paramédicales : Philippe BERBIS

Direction d'école :

- **Ecole de Médecine** : Jean-Michel VITON
- **Ecoles de Maïeutique** : Carole ZAKARIAN
- **Ecoles des Sciences de la Réadaptation** : Philippe SAUVAGEON
- **Ecoles des Sciences Infirmières** : Sébastien COLSON

Assesseurs :

- aux Etudes : Kathia CHAUMOITRE
- à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- DU-DIU : Véronique VITTON
- Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- Démographie Médicale et Filiation : Roland SAMBUC
- Relations Internationales : Philippe PAROLA
- Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- Communication : Laetitia DELOUIS
- Examens : Caroline MOUTTET
- Intérieur : Joëlle FAVREGA
- Maintenance : Philippe KOCK
- Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

Mis à jour 01/01/2019

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FAVRE Roger
	ALDIGHERI René		FIECHI Marius
	ALESSANDRINI Pierre		FARNARIER Georges
	ALLIEZ Bernard		FIGARELLA Jacques
	AQUARON Robert		FONTES Michel
	ARGEME Maxime		FRANCOIS Georges
	ASSADOURIAN Robert		FUENTES Pierre
	AUFFRAY Jean-Pierre		GABRIEL Bernard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GALINIER Louis
	AZORIN Jean-Michel		GALLAIS Hervé
	BAILLE Yves		GAMERRE Marc
	BARDOT Jacques		GARCIN Michel
	BARDOT André		GARNIER Jean-Marc
	BERARD Pierre		GAUTHIER André
	BERGOIN Maurice		GERARD Raymond
	BERNARD Dominique		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERNARD Jean-Louis		GIUDICELLI Roger
	BERNARD Pierre-Marie		GIUDICELLI Sébastien
	BERTRAND Edmond		GOUDARD Alain
	BISSET Jean-Pierre		GOUIN François
	BLANC Bernard		GRILLO Jean-Marie
	BLANC Jean-Louis		GRISOLI François
	BOLLINI Gérard		GROULIER Pierre
	BONGRAND Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BONNEAU Henri		HASSOUN Jacques
	BONNOIT Jean		HEIM Marc
	BORY Michel		HOUEL Jean
	BOTTA Alain		HUGUET Jean-François
	BOURGEADE Augustin		JAQUET Philippe
	BOUVENOT Gilles		JAMMES Yves
	BOUYALA Jean-Marie		JOUVE Paulette
	BREMOND Georges		JUHAN Claude
	BRICOT René		JUIN Pierre
	BRUNET Christian		KAPHAN Gérard
	BUREAU Henri		KASBARIAN Michel
	CAMBOULIVES Jean		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CANNONI Maurice		LACHARD Jean
	CARTOUZOU Guy		LAFFARGUE Pierre
	CAU Pierre		LAUGIER René
	CHABOT Jean-Michel		LE TREUT Yves
	CHAMLIAN Albert		LEVY Samuel
	CHARREL Michel		LOUCHET Edmond
	CHAUVEL Patrick		LOUIS René
	CHOUX Maurice		LUCIANI Jean-Marie
	CIANFARANI François		MAGALON Guy
	CLEMENT Robert		MAGNAN Jacques
	COMBALBERT André		MALLAN- MANCINI Josette
	CONTE-DEVOLX Bernard		MALMEJAC Claude
	CORRIOL Jacques		MARANINCHI Dominique
	COULANGE Christian		MARTIN Claude
	DALMAS Henri		MATTEI Jean François
	DE MICO Philippe		MERCIER Claude
	DESSEIN Alain		METGE Paul
	DELARQUE Alain		MICHOTEY Georges
	DEVIN Robert		MILLET Yves
	DEVRED Philippe		MIRANDA François
	DJIANE Pierre		MONFORT Gérard
	DONNET Vincent		MONGES André
	DUCASSOU Jacques		MONGIN Maurice
	DUFOUR Michel		MONTIES Jean-Raoul
	DUMON Henri		NAZARIAN Serge
	ENJALBERT Alain		NICOLI René

MM NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les Professeurs J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur T. MARRIE (Canada)
Sir G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS EMERITE

2008		
M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011
2009		
M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012
2010		
M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
2011		
M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015
2012		
M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015
2013		
M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016
2014		
M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017
2015		
M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHINOT Olivier	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	CHOSSEGROS Cyrille	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic	GUYS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	CURVALE Georges	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AZULAY Jean-Philippe	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DELPERO Jean-Robert	KERBAUL François
BARTOLI Michel	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLAISE Didier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLIN Olivier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLONDEL Benjamin	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONELLO Laurent	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BONNET Jean-Louis	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnom</i>	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOUBLI Léon	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MEGE Jean-Louis
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MERROT Thierry
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MEYER/DUTOUR Anne
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MICHEL Fabrice
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MICHEL Gérard
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Justin
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICHELET Pierre
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MILH Mathieu
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MONCLA Anne
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	MOULIN Guy
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	MOUTARDIER Vincent
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	NAUDIN Jean
CHARREL Rémi	GORINCOUR Guillaume	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANEL/REY Brigitte	NICOLLAS Richard
CHAUMOITRE Kathia	GRANVAL Philippe	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GREILLIER Laurent	OUAFIK L'Houcine

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues	THOMAS Pascal
PANUEL Michel	ROCH Antoine	THUNY Franck
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
PAROLA Philippe	ROLL Patrice	TRIGLIA Jean-Michel
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique	TROPIANO Patrick
PELLISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	TSIMARATOS Michel
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	TURRINI Olivier
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VALERO René
PETIT Philippe	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VAROQUAUX Arthur Damien
PHAM Thao	SARLES Jacques	VELLY Lionel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SARLES/PHILIP Nicole	VEY Norbert
PIQUET Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIDAL Vincent
PIRRO Nicolas	SCAVARDA Didier	VIENS Patrice
POINSO François	SCHLEINITZ Nicolas	VILLANI Patrick
RACCAH Denis	SEBAG Frédéric	VITON Jean-Michel
RANQUE Stéphane	SEITZ Jean-François	VITTON Véronique
RAOULT Didier	SIELEZNEFF Igor	VIEHWEGER Heide Elke
REGIS Jean	SIMON Nicolas	VIVIER Eric
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	XERRI Luc
REYNAUD Rachel	TAIEB David	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THIRION Xavier	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
 AGHABABIAN Valérie
 BELIN Pascal
 CHABANNON Christian
 CHABRIERE Eric
 FERON François
 LE COZ Pierre
 LEVASSEUR Anthony
 RANJEVA Jean-Philippe
 SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
 FILIPPI Simon

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine
AHERFI Sarah	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil (<i>dispo oct 2018</i>)	FAURE Alice	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOLETTI Jean- Marc	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOUILLOUX Virginie	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	FROMONOT Julien	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GASTALDI Marguerite	PESENTI Sébastien
BERBIS Julie	GELSI/BOYER Véronique	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO Bernard	REY Marc
BERTRAND Baptiste	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	ROBERT Philippe
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SECQ Véronique
BOULAMERY Audrey	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	KASPI-PEZZOLI Elise	TOSELLO Barthélémy
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TROUSSE Delphine
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
CUNY Thomas	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVILLIER Raynier	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	THOLLON Lionel
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	VERNA Emeline
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

MATHIEU Marion
REVIS Joana

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201	ANTHROPOLOGIE 20
<p>CHAMPSAUR Pierre (PU-PH) LE CORROLLER Thomas (PU-PH) PIRRO Nicolas (PU-PH)</p> <p>GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH) <i>LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité</i></p> <p>THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)</p>	<p>ADALIAN Pascal (PR)</p> <p>DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF) VERNA Emeline (MCF)</p>
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501
<p>CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH) DANIEL Laurent (PU-PH) FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH) GARCIA Stéphane (PU-PH) XERRI Luc (PU-PH)</p> <p>DALES Jean-Philippe (MCU-PH) GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH) LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH) MAUES DE PAULA André (MCU-PH) SECQ Véronique (MCU-PH)</p>	<p>CHARREL Rémi (PU PH) DRANCOURT Michel (PU-PH) FENOLLAR Florence (PU-PH) FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH) NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH) LA SCOLA Bernard (PU-PH) RAOULT Didier (PU-PH)</p> <p>AHERFI Sarah (MCU-PH) <i>ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité octobre 2018</i> DUBOURG Grégory (MCU-PH) GOURIET Frédérique (MCU-PH) NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH) NINOVE Laetitia (MCU-PH)</p> <p>CHABRIERE Eric (PR) (64ème section) LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section) DESNUES Benoit (MCF) (65ème section) MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)</p>
ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE 4801	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401
<p>ALBANESE Jacques (PU-PH) BRUDER Nicolas (PU-PH) LEONE Marc (PU-PH) MICHEL Fabrice (PU-PH) VELLY Lionel (PU-PH)</p> <p>GUIDON Catherine (MCU-PH)</p>	<p>BARLIER/SETTI Anne (PU-PH) GABERT Jean (PU-PH) GUIEU Régis (PU-PH) OUAFIK L'Houcine (PU-PH)</p> <p>BUFFAT Christophe (MCU-PH) FROMNOT Julien (MCU-PH) MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH) SAVEANU Alexandru (MCU-PH)</p>
ANGLAIS 11	BIOLOGIE CELLULAIRE 4403
<p>BRANDENBURGER Chantal (PRCE)</p>	<p>ROLL Patrice (PU-PH)</p> <p>GASTALDI Marguerite (MCU-PH) KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH) LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)</p>
BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405	
<p>METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH) PERRIN Jeanne (PU-PH)</p>	
BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301	CARDIOLOGIE 5102
<p>GUEDJ Eric (PU-PH) GUYE Maxime (PU-PH) <i>MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre</i> TAIEB David (PU-PH)</p> <p>BELIN Pascal (PR) (69ème section) RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)</p> <p>CAMILLERI Serge (MCU-PH) VION-DURY Jean (MCU-PH)</p> <p>BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)</p>	<p>AVIERINOS Jean-François (PU-PH) BONELLO Laurent (PU PH) BONNET Jean-Louis (PU-PH) CUISSSET Thomas (PU-PH) DEHARO Jean-Claude (PU-PH) FRANCESCHI Frédéric (PU-PH) HABIB Gilbert (PU-PH) PAGANELLI Franck (PU-PH) THUNY Franck (PU-PH)</p>
BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604	CHIRURGIE DIGESTIVE 5202
<p><i>CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre</i> GAUDART Jean (PU-PH) GIORGI Roch (PU-PH)</p> <p>CHAUDET Hervé (MCU-PH) DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH) GIUSIANO Bernard (MCU-PH) MANCINI Julien (MCU-PH)</p> <p>ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section) BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)</p>	<p>BERDAH Stéphane (PU-PH) HARDWIGSEN Jean (PU-PH) SIELEZNEFF Igor (PU-PH)</p> <p>BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)</p>
	CHIRURGIE GENERALE 5302
	<p>DELPERO Jean-Robert (PU-PH) MOUTARDIER Vincent (PU-PH) SEBAG Frédéric (PU-PH) TURRINI Olivier (PU-PH)</p> <p>BEGE Thierry (MCU-PH) BIRNBAUM David (MCU-PH)</p>

<p>CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002</p> <p>ARGENSON Jean-Noël (PU-PH) BLONDEL Benjamin (PU-PH) CURVALE Georges (PU-PH) FLECHER Xavier (PU PH) <i>PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité</i> ROCHWERGER Richard (PU-PH) TROPICANO Patrick (PU-PH)</p> <p>OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)</p>	<p>GUERIN Carole (MCU PH)</p> <p>CHIRURGIE INFANTILE 5402</p> <p>GUY Jean-Michel (PU-PH) JOUVE Jean-Luc (PU-PH) LAUNAY Franck (PU-PH) MERROT Thierry (PU-PH) VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) FAURE Alice (MCU PH) PESENTI Sébastien (MCU-PH)</p>
<p>CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702</p> <p>BERTUCCI François (PU-PH) CHINOT Olivier (PU-PH) COWEN Didier (PU-PH) DUFFAUD Florence (PU-PH) GONCALVES Anthony (PU-PH) HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH) LAMBAUDIE Eric (PU-PH) SALAS Sébastien (PU-PH) VIENS Patrice (PU-PH)</p> <p>SABATIER Renaud (MCU-PH) TABOURET Emeline (MCU-PH)</p>	<p>CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503</p> <p>CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH) GUYOT Laurent (PU-PH)</p> <p>FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)</p>
<p>CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103</p> <p>COLLART Frédéric (PU-PH) D'JOURNO Xavier (PU-PH) DODDOLI Christophe (PU-PH) GARIBOLDI Vlad (PU-PH) MACE Loïc (PU-PH) THOMAS Pascal (PU-PH)</p> <p>FOUILLOUX Virginie (MCU-PH) GRISOLI Dominique (MCU-PH) TROUSSE Delphine (MCU-PH)</p>	<p>CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004</p> <p>CASANOVA Dominique (PU-PH) LEGRE Régis (PU-PH)</p> <p>BERTRAND Baptiste (MCU-PH) HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)</p>
<p>CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104</p> <p>ALIMI Yves (PU-PH) AMABILE Philippe (PU-PH) BARTOLI Michel (PU-PH) BOUFI Mourad (PU-PH) MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH) PIQUET Philippe (PU-PH) SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)</p>	<p>GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201</p> <p>BARTHET Marc (PU-PH) BERNARD Jean-Paul (PU-PH) <i>BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre</i> DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH) GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH) GRANDVAL Philippe (PU-PH) GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH) SEITZ Jean-François (PU-PH) VITTON Véronique (PU-PH)</p> <p>GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)</p>
<p>HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202</p> <p>LEPIDI Hubert (PU-PH)</p> <p><i>ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité</i> PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)</p>	<p>GENETIQUE 4704</p>
<p>DERMATOLOGIE - VENERELOGIE 5003</p> <p>BERBIS Philippe (PU-PH) GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH) GROB Jean-Jacques (PU-PH) RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)</p>	<p>BEROUD Christophe (PU-PH) KRAHN Martin (PU-PH) LEVY Nicolas (PU-PH) MONCLA Anne (PU-PH) SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)</p> <p>NGYUEN Karine (MCU-PH) TOGA Caroline (MCU-PH) ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)</p>
<p>DUSI</p> <p>COLSON Sébastien (MCF)</p>	
<p>ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404</p> <p>BRUE Thierry (PU-PH) CASTINETTI Frédéric (PU-PH) CUNY Thomas (MCU PH)</p>	<p>GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403</p>
<p>EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601</p> <p>AUQUIER Pascal (PU-PH) BOYER Laurent (PU-PH) GENTILE Stéphanie (PU-PH) <i>SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre</i> THIRION Xavier (PU-PH)</p> <p>BERBIS Julie (MCU-PH) LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH) RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)</p> <p>MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section) TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)</p>	<p>AGOSTINI Aubert (PU-PH) BOUBLI Léon (PU-PH) BRETTELLE Florence (PU-PH) CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH) COURBIERE Blandine (PU-PH) CRAVELLO Ludovic (PU-PH) D'ERCOLE Claude (PU-PH)</p>

IMMUNOLOGIE 4703	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701
<p>KAPLANSKI Gilles (PU-PH) MEGE Jean-Louis (PU-PH) OLIVE Daniel (PU-PH) VIVIER Eric (PU-PH)</p> <p>FERON François (PR) (69ème section)</p> <p>BOUCRAUT Joseph (MCU-PH) CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH) DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH) DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH) ROBERT Philippe (MCU-PH) VELY Frédéric (MCU-PH)</p> <p>BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)</p>	<p>BLAISE Didier (PU-PH) COSTELLO Régis (PU-PH) CHIARONI Jacques (PU-PH) GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH) MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH) VEY Norbert (PU-PH)</p> <p>DEVILLIER Raynier (MCU PH) GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH) LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH) LOOSVELD Marie (MCU-PH) SUCHON Pierre (MCU-PH)</p> <p>POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)</p>
MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603
<p>BROUQUI Philippe (PU-PH) LAGIER Jean-Christophe (PU-PH) PAROLA Philippe (PU-PH) STEIN Andréas (PU-PH)</p> <p>MILLION Matthieu (MCU-PH)</p>	<p>BARTOLI Christophe (PU-PH) LEONETTI Georges (PU-PH) PELLISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH) PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)</p> <p>TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)</p> <p>BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)</p>
MEDECINE D'URGENCE 4805	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905
<p>KERBAUL François (PU-PH) MICHELET Pierre (PU-PH)</p>	<p>BENSOUSSAN Laurent (PU-PH) VITON Jean-Michel (PU-PH)</p>
MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602
<p>BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH) DISDIER Patrick (PU-PH) DURAND Jean-Marc (PU-PH) <i>FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre</i> GRANEL/REY Brigitte (PU-PH) HARLE Jean-Robert (PU-PH) ROSSI Pascal (PU-PH) SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)</p> <p>EBBO Mikael (MCU-PH)</p> <p>GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)</p> <p>ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)</p> <p>BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps) CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein) GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps) JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)</p>	<p>LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)</p> <p>BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH) SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)</p>
NUTRITION 4404	NEPHROLOGIE 5203
<p>DARMON Patrice (PU-PH) RACCAH Denis (PU-PH) VALERO René (PU-PH)</p> <p><i>ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité</i> BELIARD Sophie (MCU-PH)</p> <p>MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)</p>	<p><i>BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre</i> BRUNET Philippe (PU-PH) BURTEY Stéphanne (PU-PH) DUSSOL Bertrand (PU-PH) JOURDE CHICHE Noémie (PU PH) MOAL Valérie (PU-PH)</p>
ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)	NEUROLOGIE 4901
<p>CHABANNON Christian (PR) (66ème section) SOBOL Hagay (PR) (65ème section)</p>	<p>ATTARIAN Sharham (PU PH) AUDOIN Bertrand (PU-PH) AZULAY Jean-Philippe (PU-PH) CECCALDI Mathieu (PU-PH) EUSEBIO Alexandre (PU-PH) FELICIAN Olivier (PU-PH) PELLETIER Jean (PU-PH)</p>

<p align="center">OPHTALMOLOGIE 5502</p> <p>DENIS Danièle (PU-PH) HOFFART Louis (PU-PH) <i>Disponibilité</i> MATONTI Frédéric (PU-PH) <i>Disponibilité</i></p>	<p align="center">PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904</p> <p>DA FONSECA David (PU-PH) POINSO François (PU-PH)</p>
<p align="center">OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501</p> <p>DESSI Patrick (PU-PH) FAKHRY Nicolas (PU-PH) GIOVANNI Antoine (PU-PH) LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH) MICHEL Justin (PU-PH) NICOLLAS Richard (PU-PH) TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH) DEVEZE Arnaud (MCU-PH) <i>Disponibilité</i> REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)</p>	<p align="center">PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803</p> <p>BLIN Olivier (PU-PH) FAUGERE Gérard (PU-PH) <i>Surnombre</i> MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH) SIMON Nicolas (PU-PH) BOULAMERY Audrey (MCU-PH)</p>
<p align="center">PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502</p> <p>RANQUE Stéphane (PU-PH)</p> <p>CASSAGNE Carole (MCU-PH) L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH) MARY Charles (MCU-PH) TOGA Isabelle (MCU-PH)</p>	<p align="center">PHILOSOPHIE 17</p> <p>LE COZ Pierre (PR) (17ème section) MATHIEU Marion (MAST)</p>
<p align="center">PEDIATRIE 5401</p> <p>ANDRE Nicolas (PU-PH) CHAMBOST Hervé (PU-PH) DUBUS Jean-Christophe (PU-PH) GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH) MICHEL Gérard (PU-PH) MILH Mathieu (PU-PH) REYNAUD Rachel (PU-PH) SARLES Jacques (PU-PH) TSIMARATOS Michel (PU-PH)</p> <p>COZE Carole (MCU-PH) FABRE Alexandre (MCU-PH) OVAERT Caroline (MCU-PH) TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)</p>	<p align="center">PHYSIOLOGIE 4402</p> <p>BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH) BREGEON Fabienne (PU-PH) GABORIT Bénédicte (PU-PH) MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH) TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)</p> <p>BARTHELEMY Pierre (MCU-PH) BONINI Francesca (MCU-PH) BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH) DADOUN Frédéric (MCU-PH) <i>(disponibilité)</i> DELLIAUX Stéphane (MCU-PH) REY Marc (MCU-PH)</p> <p>RUEL Jérôme (MCF) (69ème section) THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)</p>
<p align="center">PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903</p> <p>BAILLY Daniel (PU-PH) LANCON Christophe (PU-PH) NAUDIN Jean (PU-PH)</p>	
<p align="center">PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16</p>	
<p>AGHABABIAN Valérie (PR)</p>	
<p align="center">RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302</p> <p>BARTOLI Jean-Michel (PU-PH) CHAGNAUD Christophe (PU-PH) CHAUMOTRE Kathia (PU-PH) GIRARD Nadine (PU-PH) GORINCOUR Guillaume (PU-PH) JACQUIER Alexis (PU-PH) MOULIN Guy (PU-PH) PANUEL Michel (PU-PH) PETIT Philippe (PU-PH) VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH) VIDAL Vincent (PU-PH)</p>	<p align="center">PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101</p> <p>ASTOUL Philippe (PU-PH) BARLESI Fabrice (PU-PH) CHANEZ Pascal (PU-PH) CHARPIN Denis (PU-PH) <i>Surnombre</i> GREILLIER Laurent (PU PH) REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)</p> <p>MASCAUX Céline (MCU-PH) TOMASINI Pascale (MCU-PH)</p>
<p align="center">REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802</p> <p>GAINNIER Marc (PU-PH) GERBEAUX Patrick (PU-PH) PAPAZIAN Laurent (PU-PH) ROCH Antoine (PU-PH)</p> <p>HRAIECH Sami (MCU-PH)</p>	<p align="center">THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804</p> <p>AMBROSI Pierre (PU-PH) VILLANI Patrick (PU-PH)</p> <p>DAUMAS Aurélie (MCU-PH)</p>
<p align="center">RHUMATOLOGIE 5001</p> <p>GUIS Sandrine (PU-PH) LAFFORGUE Pierre (PU-PH) PHAM Thao (PU-PH) ROUDIER Jean (PU-PH)</p>	<p align="center">UROLOGIE 5204</p> <p>BASTIDE Cyrille (PU-PH) KARSENTY Gilles (PU-PH) LECHEVALLIER Eric (PU-PH) ROSSI Dominique (PU-PH)</p>

Remerciements :

Je remercie le Professeur Lancon pour avoir accepté d'être mon président de jury, pour son intérêt pour mon travail et sa disponibilité, ainsi que le Dr Cermolacce et le Dr Guivarch pour avoir accepté de compter parmi les membres du jury.

Je remercie le Dr Carrier pour avoir accepté d'être ma directrice de thèse, et d'être une si bonne conseillère. Son humour, son écoute et sa bienveillance m'ont guidés le long de mon internat.

Je remercie l'équipe de Chabannes 2 avec qui tout a commencé. Une mention particulière au Dr Cano pour son humour et sa perspicacité et au Dr Chabannes pour sa reconnaissance et sa disponibilité. Je remercie spécialement Zoé, Rose-Marie, et Solange.

Je remercie l'équipe des Lavandes à Valvert avec qui j'ai pu travailler une année entière. Merci encore à Sophie, merci au Dr Rivet, à Fanny pour leur gentillesse. Merci à l'équipe infirmière au complet, avec une mention spéciale pour Jessica, Nadine, Gilles et Karl. Merci à Sylvie pour ton sourire de chaque jour.

Je remercie Charlotte pour tes encouragements, tes conseils, ta spontanéité, tes éclats de rire. Un grand merci à toute l'équipe de l'USIA, l'une des meilleures équipes avec qui j'ai eu l'occasion de travailler ; mention particulière pour Fredo, Manu, Houria, Mélina et JP qui mettent tellement l'ambiance en toute spontanéité.

Je remercie Sophie et Amandine lors de mon passage à la liaison addictologique à Nord pour vos sourires.

Je remercie l'équipe de l'UMDA, en particulier Valérie et Pascal. Je remercie toute l'équipe du CMP Saigon, leur sourire et gentillesse, et le Dr Giacardy et le Dr Bapteste pour leur confiance et leur savoir être.

Je remercie l'équipe d'addictologie du Pr Lancon à la conception, avec une mention spéciale pour Marine, si de faire partager ses connaissances.

Merci à Elisa, ma première co interne, pour ta douceur et ta tranquillité.

Merci à Gladys, ma première externe, devenue une véritable amie depuis, pour ta spontanéité et ton sourire. De très bons moments partagés à tes côtés.

Merci à Cécilia Mazetti pour ton humour et ta gentillesse à tout épreuve, de beaux souvenirs au Red lion avec toi. Merci à Anna d'être aussi douce, humaine et disponible, et à nos conversations hair care qui nous sont si chères.

Merci à ma team Valvert au complet : Clément toujours sage (presque), Roman dont j'aime bien me moquer, Raphaëlle pour ta douceur, ton joli sourire et ton humour. Merci à Doriane pour ta spontanéité et ton implication. Merci à Pauline pour ton investissement, ta disponibilité et ta gentillesse.

Merci à Monique et Rosa, nos deux fées du logis de l'internat. A toi Monique pour tous tes services rendus et ton humour. Tu détiens une place spéciale dans mon cœur. Une rencontre touchante.

Merci à Maxime pour ton humour, ton honnêteté et ta bienveillance. Tellement contente de te connaître.

Merci à Delphine, ma petite psychiatre militaire. Merci à tous mes amis, Lauraline, Claire, Myriam, Victoria, Marie, Yohan, Morgane, Jérôme et tous ceux que je ne mentionne pas, mais auxquels je pense.

Merci à Mass, une si belle rencontre, un si beau sourire, une révélation. Merci pour m'avoir soutenu le long de ce travail, pour ton écoute, ton grand cœur, ta générosité. Tu es ma personne de confiance. Je suis très chanceuse d'avoir croisé ta route.

Merci à Mamie Dédé. Merci à mon parrain Julien et son père Bernard. Merci à ma marraine Ye-Sung. Un grand merci à tous les autres membres de ma famille (mes tantes, mes cousines que j'aime etc.)

Merci à Pépé pour ton inspiration, chaque jour. Tu me manques.

Merci à Julien, Jean-Baptiste, Kristen et Georges, mes exilés. Vous avez été d'une grande force depuis des années, vous me manquez chaque jour. Absence makes the heart grows.

Merci à Marie, Florian, Jackson et James, une si belle petite famille, qui est dans mon cœur à chaque seconde. Je vous aime.

Merci à Papa et Maman, mes réunionnais en herbe, loin des yeux mais si près du cœur. Je vous dois entièrement ma réussite. C'est votre éducation, votre générosité, votre amour pour nous et vos sacrifices personnels qui m'ont permis d'y arriver. Je vous aime.

Sommaire

I.	Introduction	4
A.	Contexte	4
B.	Méthodologie.....	6
C.	Annonce de plan	7
II.	Evolution de la pensée	9
A.	Ouverture historique à la maladie d'amour	9
a.	A l'époque Antique.....	9
b.	« <i>Traité de l'essence et guérison de l'amour</i> »	10
c.	« <i>Traité des passions de l'âme</i> ».....	13
B.	La littérature psychiatrique française.....	14
a.	Les auteurs classiques.....	14
b.	L'érotomanie des délires passionnels.....	17
c.	Les apports psychanalytiques	21
d.	Les contemporains français	22
C.	Le débat Anglo-saxon	26
D.	L'érotomanie, sa place dans les nomenclatures internationales.....	29
a.	Classification DSM	29
b.	La CIM (classification internationale des maladies)	30
E.	Représentations de l'érotomanie dans la culture populaire	31
a.	Dans le monde cinématographique	32
b.	L'univers des séries.....	35
c.	Les romans	36
d.	Au théâtre	36
III.	L'érotomanie et sa clinique	38
A.	Epidémiologie	38
B.	Psychopathologie	40
C.	Les érotomanies pures	43
D.	Les érotomanies mixtes.....	46
a.	Formes secondaires psychiatriques.....	46
b.	Formes secondaires organiques.....	54
c.	Formes liées à l'environnement.....	64
E.	Pronostic.....	68

IV.	Les diagnostics différentiels de l'érotomanie	70
A.	Les étapes de la vie amoureuse	70
a.	La passion amoureuse	71
b.	L'adolescence et le flirt	72
c.	La jalousie.....	73
B.	Le harcèlement	75
a.	Evolution du concept.....	75
b.	Définition	76
c.	Caractéristiques cliniques	77
d.	Cas particulier du cyberstalking	81
e.	Conséquences chez les victimes.....	82
f.	Stalking et intervenants en santé mentale	84
C.	Les déviations sexuelles	87
a.	Le voyeurisme	88
b.	Le fétichisme	88
D.	Les addictions sexuelles.....	90
a.	Nosologie actuelle	90
b.	Glissement historique entre la nymphomanie et l'érotomanie.....	91
E.	Les causes psychiatriques	93
a.	Les troubles de la personnalité	93
b.	Les troubles hypomaniaques ou maniaques.....	94
c.	La mélancolie	94
d.	La schizophrénie.....	94
e.	Les troubles délirants persistants.....	95
F.	Les causes non psychiatriques	96
V.	La prise en charge	97
A.	La place de l'institution	98
a.	Le début de la prise en charge	98
b.	Le temps de l'hospitalisation	100
c.	Le suivi en ambulatoire.....	101
B.	La psychothérapie	105
a.	La psychothérapie individuelle.....	105
b.	La thérapie à plusieurs.....	107
C.	Les traitements médicamenteux	109
a.	Les antipsychotiques	109
b.	Les thymorégulateurs	111

c.	Les antidépresseurs	111
d.	Le traitement de fond des maladies causales	111
e.	L'ECT	112
D.	La prévention	113
a.	Primaire.....	113
b.	Secondaire	114
c.	Tertiaire.....	114
VI.	Enjeux médico-légaux.....	115
A.	Ouverture historique aux questions médico-légales	115
a.	L'ordonnance de Zieller	115
b.	Alphonse Portemer.....	116
B.	Erotomanie, de la dangerosité induite ?	117
a.	Expertises psychiatriques.....	117
b.	Evaluation de la dangerosité.....	119
C.	Cas particulier des auteurs de violences sexuelles	123
a.	Les violences sexuelles en quelques chiffres	123
b.	Les violences sexuelles chez l'érotomane.....	124
c.	Evolution de la législation	124
d.	Les soins pénalement ordonnés pour les auteurs des violences sexuelles	126
D.	Soins en milieu carcéral	131
a.	Soins psychiatriques	131
b.	Soins somatiques.....	133
VII.	Cas cliniques.....	135
A.	Monsieur M	136
B.	Monsieur S.....	143
C.	Madame V.....	151
VIII.	Conclusion.....	160
IX.	BIBLIOGRAPHIE	163

I. Introduction

A. Contexte

Le mot « ἔρωϑ » signifie la passion en grec et « μανία » renvoie à la folie et l'agitation. D'emblée, l'étymologie de l'érotomanie illustre une folie de la passion, qui a captivé très tôt les philosophes et les médecins. Une des premières utilisations de ce mot a été retracée dans les écrits de Plutarque.

L'érotomanie est alors entrée dans la terminologie médicale française en 1741, et peu après le dictionnaire de l'Académie française (1742) l'a défini comme suit : « Terme de médecine : délire amoureux ». Son histoire clinique connaît bien des rebondissements.

Quatre définitions historiques de l'érotomanie se démarquent, et bien qu'elles apparaissent de manière successive, les significations se sont parfois chevauchées :

- « L'amour sans contrepartie à la maladie générale »
- « La pratique de l'amour physique excessif »
- « L'amour non récompensé comme une forme de maladie mentale »
- « La croyance d'être aimé par quelqu'un d'autre »

Nous admettons la dernière définition comme son sens actuel, et classons ce trouble psychiatrique dans le DSM-5¹, depuis sa version actualisée en 2013.

Elle prend alors place au sein de la catégorie des troubles délirants, aux côtés d'autres maladies, et se nomme « l'illusion délirante d'être aimé » ; expression que l'on doit à Gaston Ferdière dans sa thèse de médecine parue en 1938.²

Nous l'appelons plus communément le syndrome de Clérambault, psychiatre de renom né en 1872, qui s'est intéressé grandement à décrire la clinique de l'érotomanie dans ses œuvres complètes,³ ses premières intuitions remontant à 1912.

Le sujet érotomane est ainsi convaincu d'être aimé par quelqu'un, une personne qu'il met habituellement sur un piédestal et qu'il idéalise.

Dans de nombreuses présentations cliniques en psychiatrie, nous observons l'émergence de stigmates d'érotomanie. Interrogez chaque confrère dans sa pratique médicale quotidienne, force est de constater que l'incidence de tels symptômes n'est pas si rare.

L'érotomanie revêt différents visages, tantôt se confondant avec d'autres pathologies causales, tantôt se suffisant à elle-seule et vivant sans atteindre les autres secteurs de la vie du sujet. L'influence culturelle et sociale semble avoir un impact sur son émergence. L'environnement familial et les antécédents sont également des facteurs à explorer semblant dans certaines circonstances prédisposer un sujet.

Le clinicien doit prendre garde aux diagnostics différentiels et aux présentations atypiques, en utilisant comme point d'ancrage à la définition clinique les principes fondamentaux déclinés par Clérambault.

Aussi est-il opportun de se questionner sur les recommandations de bonne pratique afin d'établir un diagnostic approprié pour chaque patient et de lui réserver la meilleure prise en charge possible.

Il semble primordial de garantir une prévention adaptée, primaire, secondaire ou tertiaire.

Elle se fait en amont des premières manifestations de la maladie par un interrogatoire minutieux. Elle se maintient bien logiquement après les premiers symptômes mis en évidence par des propositions thérapeutiques adéquates. Elle se prolonge après un passage à l'acte (qu'il soit auto-agressif ou hétéro-agressif) en prenant les mesures nécessaires afin d'enrayer les éventuelles récurrences de la pathologie.

Ce dernier pan de prévention possède tout un enjeu médico-légal.

Alphonse Portemer évoque largement cet aspect dans sa thèse en 1902 « les érotomanes, étude médico-légale ». ⁴ Cet avant-propos souligne d'ores et déjà le caractère potentiellement dangereux pour l'époque de certains patients érotomanes. Mais toute érotomanie induit-elle de la dangerosité ?

D'un autre côté, l'érotomanie est largement fantasmée dans la culture populaire et le caractère potentiellement dangereux de ce trouble fait de lui une excellente trame de scénario ou de roman.

Les érotomanes, se rendant alors compte qu'ils sont seuls soupirants et que l'objet de leur délire ne les aime pas en retour comme ils le souhaiteraient, basculent dans un sentiment de vengeance. Ils entreprennent alors d'user de violence à l'égard d'autrui (leur objet, un rival amoureux, l'entourage). Comment se prémunir de ce risque ?

B. Méthodologie

Objectif :

L'objectif de ce travail était de faire un état des lieux des connaissances actuelles sur la clinique érotomaniaque et de débattre sur ses intrications médico-légales.

Nous avons alors décidé de baser notre discussion sur une large revue de littérature portant sur l'érotomanie.

Matériel/Méthode :

- Nous avons interrogé plusieurs bases d'articles scientifiques :

Pubmed – Santépsy, ScienceDirect, PsyArticles, HAL, Persée, Google Scholar, Bibliothèque Sigmund Freud et la bibliothèque universitaire de la faculté de médecine Aix-Marseille.

- Nous avons basé cette recherche en utilisant les mots clé ci-contre (en anglais) :

« *erotomania* », « *Clérambault's syndrome* », « *delusional illness* », « *stalking* », « *dangerousness* »

- Nous avons utilisé des outils comme des ouvrages de référence :

La 10^{ème} classification internationale des maladies CIM10, Le DSM5 de l'association américaine de psychiatrie, Le polycopié national français des enseignants de psychiatrie

- Nous avons consulté des données et recommandations sur des sites de référence :

L'HAS (haute autorité de santé), l'ONDRP (observatoire national de la délinquance et des réponses pénales) , Légifrance, Institut de veille sanitaire (InVS), Orphanet.

C. Annonce de plan

En premier lieu, nous allons présenter l'évolution de la pensée psychiatrique autour du concept de l'érotomanie. Celle-ci connaît un parcours émaillé d'embûches aussi bien auprès des auteurs français qu'anglo-saxons et dans les nomenclatures internationales.

Ensuite, nous allons décrire la forme pure ou primaire de l'érotomanie qui semble exemptée de tout autre trouble et que Clérambault s'est attaché à décrire avec une grande précision.

La forme secondaire dite aussi mixte, forme plus commune, est a contrario associée à une pathologie causale, et le tableau se dessine de manière plus complexe. Ces pathologies sont multiples, et certaines intrications physiopathologiques encore incomprises dans leur entièreté. Certains facteurs d'environnement semblent également prédisposer les sujets. Le pronostic de l'érotomanie semble peu établi à l'avance.

Nous allons soulever la question du diagnostic différentiel, qui semble capitale à des fins de prise en charge correcte. Il n'est pas rare que devant certains troubles psychiatriques ou du comportement, nous soyons en proie à nous demander s'il s'agit bel et bien d'une érotomanie.

Puis, nous questionnerons la prise en charge du sujet érotomane, se situant à plusieurs niveaux.

La proposition d'une psychothérapie individuelle semble l'option privilégiée mais n'exclue pas les prises en charge collectives, faisant intervenir des tierces personnes et ayant un impact intéressant sur les origines psychopathologiques du trouble.

Le traitement médicamenteux se questionne aussi, ne semble pas spécifique à l'érotomanie et concerne également les pathologies causales.

Nous évaluerons le rôle de l'institution dans ses larges limites, celui de l'entourage et celui de la réhabilitation psycho-sociale.

Dans une dernière partie de notre discussion, nous allons penser l'érotomanie sous son aspect médico-légal et judiciaire.

L'expertise médicale vient sonder les responsabilités pénales du patient, après une agression physique ou sexuelle. Le caractère potentiellement dangereux de l'érotomanie peut-il être détecté avant un passage à l'acte ?

Les agressions sexuelles sont par ailleurs légiférées par un cadre spécifique.

Pour les patients érotomanes qui sont condamnés à une peine privative de liberté, la continuité des soins reste un enjeu prégnant de la prévention tertiaire. Le système carcéral en France permet-il cette continuité des soins ?

En dernier lieu, avant de conclure notre discussion, nous présenterons successivement trois cas cliniques de patients, rencontrés au cours de notre pratique.

Nous nous appuyerons sur les données mises en exergue le long de cette revue pour argumenter notre discussion autour de ces trois cas qui semblent tous présenter une clinique érotomaniaque à l'évolutivité bien distincte.

II. Evolution de la pensée

A. Ouverture historique à la maladie d'amour

a. A l'époque Antique

Les historiographes d'Hippocrate rapportent qu'il a découvert la maladie de Perdiccas, dû à l'amour secret que ce dernier portait à Phyla, une concubine de son père. Après avoir exploré les seuls changements de l'aspect général du roi, puisqu'il ne connaît pas à l'époque l'art d'explorer le pouls, celui qu'on appelle le père de la médecine porte le diagnostic de la maladie d'amour qui a plongé le patient dans une fièvre hectique.

L'érotomanie est une notion introduite dès les écrits de Plutarque, au 2^{ème} siècle après JC. Elle se décline en mal d'amour.

Le désordre qui la caractérise à l'époque n'est pas mental, mais provient d'un déséquilibre des fluides corporels (la bile noire, la bile jaune, le sang et la pituite ou flegme). Cette déstabilisation des quatre humeurs enclenche chez le patient bon nombre de symptômes physiques, mais la donnée la plus constante est celle d'un pouls irrégulier.

Ainsi, Plutarque rapporte que le diagnostic du médecin Erasistrate est posé après avoir pris le pouls d'Antochius Soter en présence de sa belle-mère, et qu'il se rendit ainsi compte du mal d'amour qui l'habitait.

Dans *Le traité des maladies mentales*,⁵ Esquirol rappelle que « l'érotomanie a été signalée chez tous les peuples, les anciens qui avaient défié l'amour prirent cette maladie pour une des vengeances de Cupidon et de sa mère (...) Le délire érotique n'épargne personne, ni les sages, ni les fous. Aristote brûle de l'encens pour sa femme. Lucrèce, rendu amoureux par un philtre, se tue. »

En outre, cette maladie d'amour peut connaître une issue dramatique, en conduisant au suicide le patient désespéré de n'avoir pas obtenu l'objet aimé.

Sapho n'ayant pu gagner la réciprocité des sentiments de Phaon, se jette du haut du rocher de Leucade. En conséquence, les anciens envoyaient à Leucade les amants qui ne pouvaient pas supporter ni vaincre leur passion. Ainsi, les rescapés du saut venaient conforter l'idée commune qui considérait l'érotomanie comme une véritable affection nerveuse pouvant se guérir par de vives secousses morales.

Galien, médecin de l'empire Romain au 1^{er} siècle après JC, porte un diagnostic similaire devant l'état clinique de Justine, comme une accélération du pouls et une rougeur de la face en la présence de l'histrion Pilade. Galien accuse l'amour d'être « la cause des plus grands désordres physiques et moraux ».

Galien, d'obédience platonicienne, dans *Le traité des passions de l'âme et de ses erreurs*, propose une vision anatomique des âmes en les situant dans trois localisations distinctes, la tête, le cœur et le foie. ⁶

- Une âme rationnelle qui se situe dans le cerveau, qui a une fonction de jugement selon la vérité et l'erreur
- Une âme thymique située dans le cœur, qui conditionne les emportements, les passions
- Une âme végétative située dans le foie.

Il écrit par exemple que Platon nous donne la clef du phénomène de la passion : « celui qui aime est aveugle pour ce qu'il aime », ce qui nous renvoie directement à la surestimation de l'objet d'amour du patient érotomane. Il pense également que « c'est aussi une passion que de s'abandonner sans aucune mesure à l'amour ou à la haine de quelque objet que ce soit » (op. cit. p.73).

b. « *Traité de l'essence et guérison de l'amour* »

La question d'où part Jacques Ferrand, médecin de la Maison des Guise, en 1623, dans le *Traité de l'essence et la guérison de l'âme* ⁷ se reformule par : Peut-on traiter comme des symptômes physiologiques les lieux communs du discours amoureux ?

Il prend des exemples : « battements de coeur, bouffissures de visage, appétits dépravés, chagrins, soupirs, larmes, syncopes, faim et soif insatiables, veilles continuelles, oppressions, suffocations, furies, rages, frénésie et autres pernicious symptômes » (op.cit. p.11).

Il était fait à Ferrand obligation de se faire poète pour parler d'amour, et même plus que poète : « Quelques autres allèguent (...) que c'est une maladie plutôt de l'âme que du corps, et que par conséquent les médecins en doivent laisser la cure aux théologiens et philosophes moraux ; auxquels je veux librement accorder qu'il ne convient pas au médecin de traiter telles maladies en tant que médecin seulement ; mais comme philosophe, et en tel titre d'honneur, Galien a mis en lumière ce docte livre qu'il a intitulé De la connaissance et guérison des maladies de l'âme.» (p.24)

Le médecin du 17^{ème} siècle construit, en tâtonnant, un discours des passions de l'âme, qu'il n'ose ou ne sait nommer « psychologie », et encore moins « psychiatrie ».

En revanche, avec assurance, il nomme la maladie « érotomanie » :

« Les médecins qui parlent de l'amour comme maladie l'appellent mélancholie érotique, les Arabes iliscus, les Grecs Ερωτομανίαν ; car nous pouvons dire des amants ce que disait Démodokos des Milésiens : si les passionnés amants ne sont fols et insensés, ils font à tout le moins ce que font les fols. » (p.33)

Avicenne et Galien sont les autorités invoquées.

La maladie reçoit ainsi de la médecine grecque son nom d'érotomanie ; mais l'objet d'étude défini reste aussi vague et infini que l'amour, exprimé confusément comme éros. Ferrand en donne une définition nosologique :

« Une espèce de rêverie, procédant d'un excessif désir de jouir de l'objet aimable » ; faisant apparaître une spécification : « si cette espèce de rêverie est sans fièvre, accompagnée d'une peur et d'une tristesse ordinaire, elle se nomme mélancholie. (...) Si cette rêverie est sans peur et tristesse, mais avec témérité et folie, il lui faut donner le nom de manie. » (p.36)

Une symptomatologie spectaculaire, trop évidente peut-être, ne fait pas d'emblée de l'amoureux un malade, mais plus fondamentalement un fou. Et c'est au titre de la folie, mélancholie chez les uns, manie chez les autres, au gré des humeurs de chacun, que les amoureux sont classés comme malades.

Ferrand parle à la bonne société le langage du bon sens. Ainsi traite-t-il ironiquement comme un cas d'école l'exemple du poète Jaufré Rudel, tombé amoureux de la comtesse de Tripoli sans jamais l'avoir vue. Les vers occitans de Rudel sont généralement considérés comme emblématiques de l'amour courtois.

«Lanquand li jorn son lonc en mai (Lorsque les jours sont longs en mai)

M'es bels douz chans d'auzels de loing (M'est beau doux chant d'oiseaux de loin)

E quand me suis partitz de lai (Et quand je suis parti de là)

Remembra-m d'un'amor de loing (Me souvenant d'amour de loin) ... »

De manière significative, le médecin français du XVII^e siècle, qui met un point d'honneur d'érudit humaniste à citer ses sources, rapporte à l'anecdote à un ouvrage italien de Mario Equicola, *Dellanaturadell'Amore* (1525), marquant ainsi une Triple prise de distance : par rapport à l'époque, à la langue, et à l'expression lyrique.

«Jaufré Rudels sieur de Blaye s'amouracha de la Comtesse de Tripoli sans la voir, au seul rapport de ceux qui venaient de Tripoli en Guyenne, si éperduement qu'il se mit qu'il se mit sur mer pour l'aller voir à Tripoli où il vint malade avant qu'il vît la terre, et étant conduit avec telle indisposition en la ville, elle l'alla visiter pour récompense de l'entreprise de ce langoureux amant, dont Rudels, remerciant Dieu de ce qu'il lui avait fait la grâce de voir sa Dame avant mourir, rendit l'âme entre les bras de sa Comtesse. Auquel je répons qu'une hirondelle ne fait pas le printemps et que rara non suntartis. (Les cas isolés ne relèvent pas de l'art) » (p.47)

Rien de plus normal, dans le fond, que cette prise de distance entre le rationalisme de la Renaissance et la folie médiévale. Le plus piquant est que, s'il faut en croire l'analyse magistrale de Denis de Rougemont dans *L'Amour et l'Occident* (1939)⁸, « l'amour de loin » du pauvre Rudel exprime l'essence de ce qui deviendra l'amour romantique : « Tristan ne peut aimer (Iseult) que si l'objet de son amour est éloigné » (éd. Plon, 1972, p. 416).

Ainsi la coupure rationaliste assumée entre la Renaissance et le Moyen-Âge prépare-t-elle une coupure esthétique à venir entre la science médicale et la passion romantique. Avec Ferrand, on se situerait à une époque de transition (le classicisme baroque) où l'amoureux est encore un poète, quoique déjà un malade.

c. « *Traité des passions de l'âme* »

Publié un an avant la mort de Descartes (1650), *Le Traité des passions de l'âme*⁹ conserve des fragments de la physiologie cartésienne établie quinze années plus tôt, et notamment le rôle de la fameuse glande pinéale.

Dans l'article 45 de l'ouvrage, Descartes se demande : « Quel est le pouvoir de l'âme au regard de ses passions ? »

« Nos passions ne peuvent pas aussi directement être excitées ni ôtées par l'action de notre volonté, mais elles peuvent l'être indirectement par la représentation des choses qui ont coutume d'être jointes avec les passions que nous voulons avoir, et qui sont contraires à celles que nous voulons rejeter. Ainsi, pour exciter en soi la hardiesse et ôter la peur, il ne suffit pas d'en avoir la volonté, mais il faut s'appliquer à considérer les raisons, les objets ou les exemples qui persuadent que le péril n'est pas grand ; qu'il y a toujours plus de sûreté en la défense qu'en la fuite ; qu'on aura de la gloire et de la joie d'avoir vaincu, au lieu qu'on ne peut attendre que du regret et de la honte d'avoir fui, et choses semblables. »

Ainsi, pour Descartes, L'amour-passion est sous l'influence toute-puissante du corps, tandis que L'amour-volonté est une création laborieuse et précaire de la culture.

L'amour-passion est donc une maladie, due à l'ignorance. L'âme est mal informée par le corps. Le remède est la culture ou plutôt la techno-culture qui rectifie l'erreur et rend raisonnable l'être humain. L'âme (res cogitans) doit s'incarner dans le corps (res extensa) si elle veut le sauver, et se sauver elle-même.

RÉSUMÉ

La passion de tout temps a questionné l'humain. L'emportement excessif, l'amour, la colère, renvoient à des nouages délicats à manier. Bien avant les analystes, les philosophes depuis l'antiquité se sont penchés sur ces problématiques épineuses et ont catégorisé les différents aspects de la thérapeutique. Est-ce un état normal ou pathologique ? Peut-on repérer une constitution, voire une structure passionnelle ?

B. La littérature psychiatrique française

a. Les auteurs classiques

Erotomanie comme monomanie

Etienne Esquirol, élève de Pinel, la qualifie en 1838 de monomanie érotique, dans le *Traité des maladies mentales* ⁵.

Il s'inscrit sur les traces de son enseignant puisque Pinel a lui-même divisé les maladies mentales en deux groupes :

- celui des manies qui s'étendaient à tous les domaines de la vie du patient,
- celui des folies partielles qui restaient sectorisées.

Ce délire érotique partiel provient d'une maladie cérébrale chronique et se centre sur une idée prévalente, caractérisée par un amour excessif dirigé vers un objet connu mais sublimé, ou imaginé.

Les idées amoureuses sont aussi fixes d'après lui que le sont les idées religieuses dans la théomanie.

L'érotomanie diffère essentiellement de la nymphomanie et du satyriasis, qui sont toutes deux des pathologies issues d'une irritation des organes reproducteurs.

En cela, il se détache de la vision qu'avait son prédécesseur Pinel, puisque ce dernier caractérisait le groupe de névroses génitales auquel appartenait l'érotomanie comme l'ensemble des maladies trouvant leurs origines au niveau des organes génitaux.

Selon Esquirol, l'érotomane est victime de son imagination, tandis que la nymphomane est victime d'un trouble physique. Cette différenciation constitue une étape importante dans l'évolution des définitions de l'érotomanie.

Esquirol, au décours de ses huit observations médicales, commence à évoquer les axes potentiels de guérison, comme par exemple des bains tièdes ou froids, l'isolement, mais retient le mariage comme étant « le seul remède efficace » à ces maux.

L'esquisse de la différenciation

En 1861, Trélat s'oppose à la thèse du délire et la caractérise comme folie lucide (qu'il présume comme une folie avec perspicacité de la part du sujet) et la divise alors en symptomatique (secondaire) ou essentielle (primaire). Il introduit ainsi la différenciation fondamentale entre deux sous-types d'une même maladie, aux conséquences et enjeux divergents.

La dégénérescence

Pour Magnan, qui reprend les premières idées de son prédécesseur Morel concernant la transmission héréditaire directe des maladies mentales, l'érotomanie s'agit en fait d'une dégénérescence cérébrale antérieure. Il nomme d'ailleurs les patients « les dégénérés antérieurs ». Cette zone du cerveau qui est impliquée se trouve loin des régions destinées aux instincts primitifs.

En 1883, Ball la qualifie de « *folie de l'amour chaste* », classée dans la catégorie de la folie érotique, entre les perversions, et l'excitation génésique.¹⁰

L'érotomanie dans ses balbutiements médico-légaux

En 1902, Alphonse Portemer soutient sa thèse « *De l'érotomanie, au point de vue médico-légal* ». ⁴

Ainsi, les premières descriptions médico-légaux de l'érotomanie voient le jour.

Il est nommé médecin chef à l'infirmerie psychiatrique de la Préfecture de Police de Paris, et présente les érotomanes comme des malades aux traits mégalomanes et pouvant se révéler dangereux pour eux-mêmes et pour autrui, dans des moments de désespoir ou de forte rancune.

Il contribue à associer à ces patients deux qualificatifs qui leur resteront attachés de manière péjorative : « incurables et dangereux ».

Portemer insiste fortement sur le trait narcissique des érotomanes, qui lui semble être un facteur prépondérant et qui explique le choix d'un objet au statut social élevé.

D'un autre côté, il décompose plusieurs étapes à la maladie érotomaniaque :

- Obsession pour son objet, mais passée sous silence
- Recherche plus active de son objet, pouvant mener à des conduites harcelantes
- Menace allant crescendo devant les contrariétés constatées
- Conséquences médico-légales perceptibles

Il reprend le concept de la dégénérescence de Morel et Magnan. Il les qualifie également de malades « dégénérés » ayant souvent un antécédent psychiatrique familial au premier degré. L'érotomanie trouve ainsi son étiologie au niveau frontal cérébral, dans les zones destinées à l'idéation.

Quant aux questions épidémiologiques, l'érotomanie peut survenir à tout âge, de l'enfant à la personne âgée, bien qu'elle n'ait pas toujours les mêmes présentations cliniques dans l'enfance.

Elle peut régulièrement être associée à d'autres thèmes délirants, et notamment à une pratique intensifiée de la religion ou mysticisme.

Un délire d'interprétation

En 1909, Sérieux et Capgras dans leur ouvrage « *Les Folies raisonnantes, le délire d'interprétation* »¹¹ classent l'érotomanie comme un délire d'interprétation, dont le noyau central est la paranoïa, se caractérisant par une interprétation erronée délirante, l'absence ou la rareté de phénomène hallucinatoire et l'intégrité des fonctions cognitives de l'individu. L'érotomanie est décrite comme un délire érotique, aux côtés du délire de jalousie, de grandeur, mystique et hypochondriaque. Les délires peuvent s'associer entre eux.

RÉSUMÉ

Esquirol, élève de Pinel, propose l'érotomanie comme une monomanie, bien distincte de sa compagne l'hystérie qui lui avait été trop longtemps associée. Ball ne se contente pas de la distinguer, il l'oppose en bloc à tout désir charnel en la qualifiant de « folie de l'amour chaste ». Morel et Magnan la considèrent comme une dégénérescence cérébrale antérieure. C'est Portemer qui ouvre la voie médico-légale dans l'érotomanie, qualifiant les patients

« *d'incurables et dangereux* » aux traits narcissiques marqués. Pour Sérieux et Capgras, il s'agit d'un sous type de *paranoïa*, appartenant à la classe des délires d'interprétation.

b. L'érotomanie des délires passionnels

Clérambault naît en 1872 à Bourges, et entreprend son externat de médecine en 1892, obtient son doctorat en 1899 après avoir soutenu sa thèse intitulée « *Contribution à l'étude de l'othématome* » (hématomes du pavillon de l'oreille).

En 1905, il est nommé médecin-adjoint de l'infirmerie spéciale des aliénés de la préfecture de Police de Paris. Il y rédige quelques treize-mille certificats.

L'érotomanie est un sujet qui « me préoccupe depuis vingt-trois ans » avoue Clérambault à Capgras lors d'une discussion se tenant à la Société clinique en 1923.¹²

Selon lui, l'érotomanie entre dans le cadre des psychoses passionnelles, aux côtés du délire de jalousie et de revendication.

De ce fait, il crée un noyau initial générateur des délires passionnels qualifié de « syndrome passionnel morbide ».

Au contraire des délires d'interprétation qui s'étendent par irradiation, les délires passionnels ont en commun « leurs mécanismes idéatifs, leur extension polarisée, leur hyperesthésie, la mise en jeu initiale de la volonté, la notion du but, le concept directeur unique, la véhémence, les conceptions complètes d'emblée ». ³

Les délires passionnels ont un début violent marqué par un choc idéo-affectif, tandis que les délires d'interprétation ont un début imprécis. Le délire passionnel ne s'inscrit pas sur le fond d'un caractère paranoïaque.

En cela, il s'oppose aux travaux de Sérieux et Capgras, qui classaient l'érotomanie comme un délire d'interprétation.

Clérambault définit alors le postulat fondamental, donnée constante et invariable nécessaire à l'existence du délire érotomaniaque.

Ce postulat de base se présente comme le nœud idéo-affectif sur lequel repose l'érotomanie.

Il marque une discontinuité dans la vie psychique du patient, à l'inverse des délires d'interprétation, dont le début est peu repérable et qui s'inscrivent dans une continuité, et une extension par irradiation aux autres secteurs de la vie du patient.

Les composantes génératrices du délire se caractérisent par l'orgueil, le désir (qui peut correspondre au désir sexuel selon Clérambault, s'opposant ainsi aux écrits d'autres auteurs classiques) et enfin l'espoir.

« Postulat fondamental :

C'est l'Objet qui a commencé et qui aime le plus ou qui aime seul

(objet au rang social ordinairement élevé, notion classique)

Thèmes dérivés et regardés comme évidents :

L'Objet ne peut avoir de bonheur sans le soupirant

L'Objet ne peut avoir une valeur complète sans le soupirant

L'Objet est libre. Son mariage n'est pas valable.

Thèmes dérivés et qui se démontrent :

Vigilance continuelle de l'Objet.

Protection continuelle de l'Objet.

Travaux d'approche de la part de l'Objet.

Conversations indirectes avec l'Objet.

Ressources phénoménales dont dispose l'Objet.

Sympathie presque universelle que suscite le roman en cours.

Conduite paradoxale et contradictoire de l'Objet. »

Le délire évolue classiquement en trois phases successives :

- *L'espoir* : cette phase peut durer de nombreuses années, et n'être jamais décelée, notamment chez des personnes qui seraient déjà mariées à leurs objets, explique Clérambault. Un érotomane peut rester fixé au stade d'espoir, sans connaître d'autre évolution. Durant cette période, les convictions délirantes prolifèrent, chaque geste et parole de l'objet immédiatement interprété comme venant confirmer et alimenter de plus belle la conviction délirante initiale.
- *Le dépit* : la composante orgueil du sentiment générateur du postulat de départ entre alors en jeu, le patient entendant les multiples refus. Ces derniers sont accueillis avec un fort sentiment d'humiliation, pouvant mener le patient à des velléités suicidaires. Le passage à l'acte auto-agressif peut devenir l'enjeu principal à ce stade.
- *La rancune* : le sujet est préoccupé par un fort désir de vengeance, contre son objet ou des personnes tierces (l'entourage de l'objet, parfois les rivaux amoureux). Le risque hétéro-agressif est présent lors de cette étape et constitue l'enjeu médico-légal redouté.

Clérambault tient à distinguer deux formes majeures de la maladie, les formes pures des formes mixtes ou secondaires.

La forme pure, plus rare, ou dite primaire, est exempte d'hallucinations, son objet reste inchangé, et la maladie peut rester fixée à la phase d'espoir pendant une très longue durée. Le sujet n'a que très peu d'altération de son fonctionnement général.

Les formes mixtes sont plus communes, contiennent parfois des hallucinations, un objet pouvant changer, une évolution volontiers plus irradiante. D'autres thématiques délirantes peuvent être perçues. L'altération du fonctionnement général de l'individu est davantage marquée.

Clérambault innove également en proposant d'effectuer en entretien clinique un vrai travail d'enquêteur auprès de ses patientes, et affirme devant la société clinique se montrer presque manipulateur auprès de ses patientes : « en interrogeant de tels malades, il ne suffit pas de les questionner, il faut les actionner. Il faut, en particulier, faire jouer l'élément Espoir du syndrome érotomaniaque ». ¹³

RÉSUMÉ

Gaëtan Gatiën de Clérambault, psychiatre de renom né en 1872, célèbre également pour ses travaux sur l'automatisme mental, représente celui que l'on peut nommer, sans trop de difficulté, le révolutionnaire de la clinique érotomaniaque.

Sa carrière à l'Infirmierie spéciale de la préfecture de Paris lui permet d'amasser un matériel clinique conséquent en matière de recherche portant sur l'étiologie des passions criminelles. Il consacre une grande partie de son temps à l'étude de l'érotomanie, qu'il classe dans les délires passionnels aux côtés des délires de jalousie et de revendication. Il n'hésite pas à s'opposer directement à ses confrères Sérieux et Capgras lors de la Société Clinique et refuse de considérer l'érotomanie en tant que délire d'interprétation, un sous type de la paranoïa.

Pour lui, le noyau générateur du délire se cristallise autour d'un syndrome passionnel morbide, son début brutal amorcé par un choc idéo-affectif, marquant une discontinuité nette dans la vie du sujet.

Le postulat fondamental de Clérambault « l'objet aime en premier, aime plus ou aime seul » est le socle inconditionnel sur lequel s'érige la conviction délirante.

Les composantes orgueil, désir et espoir sont celles génératrices du délire, qui connaît par la suite une évolution en trois phases distinctes : l'espoir, le dépit, la rancune. Il oppose l'érotomanie pure à l'érotomanie secondaire ou mixte.

c. Les apports psychanalytiques

Freud et le refoulement du désir

En 1911, Freud se penche dans son essai « *Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa* », celui du Président Schreber ¹⁴, qu'il qualifie d'érotomanie masculine hétérosexuelle comme mécanisme de défense psychique contre un désir homosexuel refoulé.

Freud introduit la notion de narcissisme dans l'érotomanie.

Le narcissisme serait la fixation sur soi-même ou sur ce qui nous ressemble (un autre moi). Chaque être humain expérimente sa libido en étant d'abord attiré par soi-même, puis par les personnes de même sexe, avant d'être attiré par les personnes de sexe opposé ; c'est là où le narcissisme prend fin. Le travail de l'érotomane selon Freud a pour finalité de récupérer ce narcissisme perdu en idéalisant son Objet.

Lacan rencontre Aimée

Jacques Lacan, lui-même élève de Clérambault, et saluant ses œuvres à de nombreuses reprises, consacre la seconde partie de sa thèse « *de la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité* » ¹⁵ au cas d'une patiente, qu'il prénomme Aimée. Celle-ci souffre d'un délire paranoïaque avec pour principaux thèmes l'érotomanie, la persécution et la jalousie.

Il la rencontre à la suite de sa tentative d'assassinat d'une actrice en 1931. Aimée pense en effet que cette actrice cherche à lui nuire socialement, et la menace à l'aide d'un académicien et d'un homme de lettres. Elle est également persécutée par ses collègues de travail à la poste.

Elle présente une érotomanie envers le Prince de Galles, auquel elle écrit plusieurs lettres, et semble atteinte d'une graphorrhée, signe clinique volontiers décrit dans les phases fécondes de l'érotomanie.

Lacan insiste également sur la dimension narcissique du trouble. Il tire la conclusion que la patiente est atteinte de paranoïa d'autopunition. Elle se punit elle-même lorsqu'elle s'en prend aux femmes qui représentent *son idéal du moi*, et refoule alors son désir envers elles, basculant vers ce qu'il qualifie d'une érotomanie homosexuelle. En ce point, Lacan se rapproche des idées

de Freud concernant la solution délirante érotomaniaque comme une lutte contre un désir homosexuel refoulé.

Internée, Aimée quitte l'hôpital Sainte Anne au moment de la guerre en 1940, n'est plus jamais hospitalisée, malgré des éléments délirants de persécution encore présents. ¹⁶

RÉSUMÉ

Freud et Lacan apportent une vision psychanalytique à l'érotomanie, au sens où ils insistent sur le narcissisme d'un moi ébranlé chez le sujet, pré morbidity constante à la génération du délire. Cette recherche d'assemblage du moi renvoie presque dans tous les cas à la sexualité dans l'enfance.

Le délire érotomaniaque constitue en une solution défensive pour l'individu contre un désir homosexuel inconscient, refoulé et insoutenable dans sa réalité intérieure. La néo-réalité délirante apparaît comme une issue acceptable pour le sujet, puisqu'il projette son idéal sur un Autre, de haut statut social. « Ce n'est pas lui que j'aime. C'est elle que j'aime parce qu'elle m'aime ».

d. Les contemporains français

L'illusion délirante d'être aimé

Gaston Ferdière devient docteur en médecine l'année 1937 après avoir soutenu sa thèse « *L'érotomanie, l'illusion délirante d'être aimé* ». ²

Ferdière soutient notamment qu'il n'y a pas de limite d'âge, et que l'érotomanie masculine concerne un cas sur 10 au moins, et qu'elle présente des symptômes globalement semblables à ceux retrouvés chez la gente féminine.

Les femmes atteintes se classent par ailleurs en trois catégories distinctes.

Il y a tout d'abord les femmes « physiquement ou sexuellement insatisfaites », (femmes vierges, veuves très tôt, ou femmes frigides), ensuite les femmes « affectivement insatisfaites » (maltraitance physique ou sexuelle dans l'enfance, échecs et séparations) et enfin les femmes « matériellement insatisfaites » (déception de leur mariage qui ne les comble pas au niveau financier, matériel ou au niveau du rang social).

Il évoque également le lien privilégié entre le mysticisme et l'érotomanie, et décrit des troubles communs comme des hallucinations olfactives. Il insiste d'ailleurs sur la constatation d'une pratique religieuse augmentée chez ces patients dans les phases fécondes de quête d'amour.

Il rappelle l'importance pour les médecins psychiatres et cliniciens en général d'être avertis qu'ils sont une cible privilégiée des fantasmes érotomanes, et innove déjà à l'époque en proposant d'adopter un plan d'action à des fins de protection :

- faire intervenir un tiers personne pour supprimer la dualité transférentielle pathologique en faisant appel à un confrère,
- distancer fermement le patient sans jamais répondre à ses déclarations.

Ferdière nuance également le clivage imposé par Clérambault au sujet de l'érotomanie pure et secondaire, et ne se montre pas aussi catégorique.

Fretet

Jean Fretet soutient la même année « *les causes affectives de l'érotomanie notamment chez l'homme* »¹⁷. A l'instar de son confrère Ferdière, il émet quelques réticences quant à la thèse de Clérambault en matière de clivage net entre l'érotomanie pure et secondaire.

Selon lui, l'érotomanie dans son choix à l'Objet, et en particulier chez les hommes, est une manière de substituer la figure maternelle, sous-tendant à la chose une mention incestueuse.

L'érotomane serait donc à la recherche d'une nouvelle figure maternelle, protectrice et aimante, afin de compenser une faille narcissique et un sentiment d'infériorité et d'impuissance.

Lagache

Daniel Lagache entreprend ses recherches dans les années 1930. Il s'attache à comparer l'érotomanie à la jalousie dans son ouvrage « Erotomanie et Jalousie »¹⁸.

Un érotomane n'est pas jaloux, dans le sens où il considère son objet libre. « *L'objet est libre, son mariage n'est pas valable.* »

Réciproquement, un jaloux n'est pas intimement persuadé que la personne l'aime en retour, il est constamment amené à en douter et à le lui reprocher d'ailleurs. Le jaloux délirant projette sur son partenaire ses propres désirs d'infidélité, se protégeant ainsi de la culpabilité engendrée. Le délire de jalousie fait intervenir un tiers triangulateur, qui est absent de la relation duelle exclusive érotomaniaque.

Le délire érotomaniaque et de jalousie sont tous deux des sous types de paranoïa, et il n'est pas exclu que le jaloux puisse être aussi un érotomane. Le processus inverse est nettement moins envisageable, du fait de la constitution narcissique de l'érotomane et de l'absence d'épreuve de réalité entretenue par la conviction délirante et l'espoir.

Dans « *Passions et psychoses passionnelles* »¹⁹, il classe les érotomanes en persécutés (étant persuadés d'être traqués par leur objet), en amoureux (qui se complaisent dans une phase d'espoir) et en persécuteurs (qui traquent leur objet par amour ou par vengeance).

Dide

Le débat part de la contribution de Maurice Dide, neurologue et aliéniste, qui publie en 1913 « *Les idéalistes passionnés* »²⁰. En 1923, un vif débat oppose Dide à Clérambault lors de la Société clinique de médecine mentale à propos des psychoses passionnelles.²¹ Clérambault dément le fait que les érotomanes soient vus comme des idéalistes passionnés.

Dide les considère comme souffrant de psychose paranoïaque et leurs idées prévalentes se cristallisent autour de thèmes empreints d'idéalisme : cela peut passer par un engagement politique, pour la paix, pour l'environnement, ou un amour sans faille pour un être humain ou pour Dieu.

Les idéalistes passionnés mettent tout en œuvre pour satisfaire leurs grands projets, toujours guidés par leur conviction implacable.

Kestemberg

Jean Kestemberg reprend le concept sous son angle psychanalytique en 1962 dans son article « *A propos de la relation érotomaniaque* »²².

De son point de vue, le malade érotomane souffre d'un manque affectif dû à une défaillance maternelle dans l'enfance. L'objet sert à introduire de la distance par des caractéristiques faussement œdipiennes, avec une mère vécue comme angoissante. Ce processus délirant apparaît comme défensif.

Afin de se protéger des angoisses de solitude et de vide qui l'habitent, il substitue sa figure maternelle en idéalisant un objet à la fois protecteur et de rang supérieur.

Il reprend ainsi les idées de Fréret concernant le substitut à des fins de revalorisation narcissique du *moi* par la possession imaginaire d'un objet réel ou imaginé.

Perrier

En 1967, Perrier prend la suite des travaux de Kestemberg et définit l'érotomanie comme un processus passionnel à la frontière entre la psychose et la passion, propre à la femme, la questionnant sur son rapport à la féminité et à son enveloppe charnelle.²³

Il insiste sur le statut précaire narcissique de la femme érotomane, qui vient lui-même d'une faille dans la structuration à l'image corporelle, renvoyant chez ces patientes à un inceste commis par le père, ou encore à des maltraitements physiques ou morales de la mère.

La place qu'occupe l'objet est celle de « l'homme de bien », interprétée comme inaccessible voire impossible, afin de se protéger d'une quelconque réalisation de la relation.

RÉSUMÉ

Les psychiatres contemporains rejoignent en partie les apports psychanalytiques.

Pour Fretet, le choix de l'objet n'est pas le fruit du hasard. Il s'agit d'une substitution d'une figure maternelle inconsciente. Kestemberg s'accorde à dire que l'érotomane a manqué d'affection dans l'enfance et revalorise son narcissisme en idéalisant un objet supérieur qui lui apporte l'affection manquante, comme un imago maternel. Le sujet lutte ainsi contre un complexe œdipien. Perrier illustre l'objet comme « l'homme de bien », apportant sécurité et bienveillance, mais dont l'accessibilité est quasi nulle, afin de chasser toute idée de réalisation dans la relation.

Dide qualifie les érotomanes d'idéalistes passionnés, les décrétant atteints de psychose paranoïaque, s'opposant ainsi aux idées de Clérambault.

Pour Ferdière et Fretet, l'homme est concerné par l'érotomanie, et ne constitue pas l'exception qui confirme la règle.

Ferdière note le lien entre le mysticisme et l'érotomanie, précédemment évoqué par Portemer. Il pense également que la femme érotomane n'est pas heureuse en amour et divise ces patientes en catégories distinctes.

Lagache rappelle, dans ses travaux, la distinction et le chevauchement possible entre les deux entités, l'érotomanie et le délire de jalousie. L'érotomane peut difficilement se montrer jaloux, au moins à la phase espoir du délire.

C. Le débat Anglo-saxon

Seeman

Seeman distingue en 1978 deux groupes dans l'érotomanie.

Il y a le groupe des érotomanies fixes et celui des érotomanies récurrentes.²⁴

- Dans le premier groupe, le délire est fixe et chronique, malgré un traitement bien conduit mais qui semble inefficace. Il touche plus volontiers des patientes timides, dépendantes, isolées sur le plan social et affectif, avec une vie sexuelle restreinte. Le délire apparaît comme une défense contre la faible estime de soi et la sexualité qui représente elle aussi un danger. Cette population est souvent classée comme atteinte de schizophrénie.
- Dans le deuxième groupe, les patients apparaissent moins esseulés, le délire est plus court bien qu'intense et récurrent, et s'intègre souvent dans un trouble bipolaire évolutif, ou un trouble de la personnalité. Les patients sont décrits comme plus impulsifs voire dans certaines circonstances agressifs. Ils peuvent changer d'objet plus souvent au cours de la maladie. Le délire vient lutter contre un désir refoulé d'homosexualité ou contre des sentiments de rancune et/ou de compétition féminine. Le délire répond mieux au traitement médicamenteux et/ou à la psychothérapie.

Ellis et Mellsop

En 1985, Ellis et Mellsop recensent tous les cas d'érotomanie publiés entre les années 1966 et 1983.²⁵ Ils s'appuient dans leur analyse sur différents critères cliniques (conviction délirante d'être aimé, l'objet est de rang supérieur, l'objet aime en premier, l'objet est le premier à se manifester, le début du délire est brutal, l'évolution du trouble chronique, et le choix de l'objet reste le même).

Au décours des différents cas cliniques qu'ils abordent, aucun d'entre eux ne semble remplir parfaitement les critères d'érotomanie pure qui avaient été énoncés quelques décennies auparavant par Clérambault.

Ce sont donc des érotomanies secondaires associées à la schizophrénie ou au trouble bipolaire dans la plupart des cas.

Ils se questionnent alors sur l'existence du syndrome qu'ils estiment contestable, et à la veille de la parution de la version révisée du DSM-3, s'interrogent sur la nécessité de conserver la définition de cette entité clinique dans les nomenclatures médicales.

Kennedy et al.,

En 2002, c'est au tour de l'équipe réunie autour de Kennedy de publier une recherche portant sur 15 cas d'érotomanie ²⁶ en prenant exemple sur les critères de Ellis et Mellsop. Un total de 2 patients remplit l'intégralité des critères énoncés, et 5 patients sont à plus de 80 % de vérification des critères. Ainsi, ils ne partagent pas l'avis de leurs prédécesseurs. Néanmoins, ils émettent des réserves pour leurs conclusions à cause du faible échantillon de cas étudiés.

RÉSUMÉ

Seeman propose une classification distincte de l'érotomanie pure versus l'érotomanie mixte.

Il y a le groupe des érotomanies fixes, frappant plutôt des femmes esseulées et timides, sans activité sexuelle, dont le pronostic évolue vers une chronicité et une mauvaise réponse au traitement initié. Cette tranche est souvent atteinte de schizophrénie.

Le groupe des érotomanies récurrentes répond mieux au traitement, a un meilleur pronostic, avec un délire moins ancré, et survient sur un terrain de troubles bipolaires ou de troubles de personnalité.

Ellis et Mellsop s'opposent au clivage net entre l'érotomanie pure et secondaire, affirmant que les érotomanies pures n'existent pas, et se questionnent même sur la pertinence de maintenir l'érotomanie en tant qu'entité psychiatrique propre au sein des nomenclatures reconnues.

Cet avis n'est pas partagé par Kennedy et les résultats qu'il obtient avec son équipe. Le débat anglo-saxon autour de la considération ou non de l'érotomanie en tant qu'entité propre voit le jour.

D. L'érotomanie, sa place dans les nomenclatures internationales

a. Classification DSM

Le DSM, de l'anglais *Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders*, est un ouvrage de référence publié par l'Association Américaine de Psychiatrie (APA).

L'érotomanie est une entité introduite dans les diagnostics supplémentaires dans le DSM 1 publié pour la première fois en 1952 et qui regroupe dès lors 60 maladies. Elle disparaît ensuite du DSM 2 en 1968 qui recense quant à lui 145 maladies.

La version revisitée du DSM 3 en 1987 la classe de nouveau en tant que sous type de paranoïa. Le DSM est alors fidèle à la vision des auteurs américains de l'époque qui considèrent l'érotomanie plus comme une thématique délirante qu'une entité clinique se suffisant à elle seule. Elle se trouve aux côtés de la thématique mégalomaniacque, de jalousie, de persécution. L'objet est classiquement d'un rang social élevé, et des notions de dangerosité sont également mentionnées.

Depuis le DSM 4 en 1994 et ce jusqu'à aujourd'hui (classée dans le DSM 5 en 2013), elle appartient désormais à la catégorie des troubles délirants.

Ces délires sont définis ainsi :

- La présence d'idées délirantes depuis plus d'un mois
- En l'absence de critère en faveur d'une schizophrénie (des hallucinations peuvent exister si elles sont en rapport avec la thématique délirante)
- Le fonctionnement n'est pas altéré et le comportement n'est pas bizarre en dehors de la thématique délirante
- Si des symptômes maniaques ou dépressifs ont eu lieu, ils ont été brefs par rapport à la durée du délire
- Le délire n'est pas la conséquence de l'utilisation d'une substance

Il existe plusieurs sous-types de troubles délirants :

- *Erotomaniaque* : idées délirantes dont le thème est qu'une personne habituellement de rang social supérieur est amoureuse du sujet
- *Mégalomanie* : conviction délirante d'être doué d'un talent ou d'un pouvoir méconnu, ou d'avoir fait une découverte importante (inventeurs méconnus)
- *Jalousie* : conviction délirante que son partenaire est infidèle (plus fréquent chez les hommes et dans un contexte de mésusage d'alcool)
- *Persécution* : conviction délirante d'être victime d'un complot, d'un espionnage, ou d'être victime d'une conspiration visant à empêcher l'aboutissement des projets personnels de l'individu
- *Somatique* : conviction délirante que les sensations ou les fonctions corporelles sont pathologiques
- *Mixtes*
- *Non spécifiés*

b. La CIM (classification internationale des maladies)

En 1838, un médecin français Jacques Bertillon décide de classer les causes de décès entre elles. Cette classification connaît un total de 5 révisions jusqu'en 1938.

L'organisation mondiale de la santé qui voit le jour au lendemain de la guerre en 1945 hérite de cette mission de classification et fait paraître la CIM-6 en 1949 qui devient le premier des manuels à intégrer les troubles mentaux.

Dans la CIM-8 en 1967, l'érotomanie apparaît dans la catégorie des déviations sexuelles, aux côtés de la nymphomanie, avant de disparaître dans la version qui suit dix plus tard.

Ce n'est finalement que dans la CIM-10²⁷ que l'érotomanie se classe dans la rubrique « troubles délirants persistants ». L'approche est identique au DSM, les idées délirantes persistantes constituent le symptôme le plus caractéristique avec une durée d'évolution majorée à trois mois. Les thèmes abordés peuvent être persécutifs, hypochondriaques, mégalomaniaques. Néanmoins, l'érotomanie n'est pas mentionnée comme thématique singulière, au contraire de la paraphrénie, du délire de relation des sensitifs ou de la paranoïa.

RÉSUMÉ

A l'instar de son parcours émaillé d'embûches au sein de la littérature psychiatrique, puisqu'elle suscite de nombreux débats quant au maintien de sa place dans les cadres nosologiques ; l'érotomanie rencontre également des difficultés sur la scène des classifications internationales.

C'est à partir du DSM 3 revisité qu'elle est ré introduite en tant que sous type de paranoïa , puis classée depuis le DSM 4 dans les troubles délirants, aux côtés du délire de grandeur, de jalousie, de persécution.

La CIM 8 la fait apparaître dans le groupe des déviances sexuelles, aux côtés de la nymphomanie. Ce n'est que lors de la CIM 10 qu'elle occupe la place des troubles délirants persistants, bien que sa mention intégrale ne figure pas.

E. Représentations de l'érotomanie dans la culture populaire

Si l'érotomanie a été largement pensée par les auteurs au cours de ces derniers siècles, elle n'en est pas moins fantasmée dans la culture populaire.

a. Dans le monde cinématographique

Veyrat, J.-G.²⁸ présente une sélection de trois films débattant de la question de l'érotomanie, dans leur ordre chronologique de parution au grand écran.

Tout d'abord, le film réalisé par Clint Eastwood en 1971 *Play misty for me* (Titre français : *un frisson dans la nuit*) met en scène une érotomanie, qui naît d'une idylle *a priori* sans lendemain entre un présentateur de disques de la radio locale et son admiratrice.

Rapidement, cette dernière se persuade qu'il est amoureux d'elle, le justifiant par « il y a quantité de façons de dire ces choses, sans se servir des mots ».

Elle nourrit une passion de plus en plus dévorante, n'acceptant pas d'être éconduite, allant jusqu'à devenir dangereuse pour elle-même et autrui. Elle va jusqu'à agresser son objet, ainsi que sa nouvelle compagne, lors de la phase de rancune.

Le film français *A la folie pas du tout* de Laetitia Colombani paru dans les salles en 2002 est également présenté. Le personnage d'Angélique incarné par Audrey Tautou s'éprend d'un cardiologue, qui est marié, et qui lui a été présenté par un ami qu'ils ont en commun.

Au début de l'intrigue, le spectateur est invité à partager le point de vue d'Angélique, et ne se rend pas compte d'emblée du caractère pathologique et délirant de la situation ; lequel devient évident lorsque le point de vue bascule pour celui du cardiologue, objet du délire d'Angélique. En découle l'évolution somme tout classique de l'érotomanie, dans laquelle l'espoir, le dépit, puis la rancune se succèdent. Angélique tente de blesser son objet, et est internée à l'issue.

Le film *Anna M* de Michel Spinoza en 2007 est non sans rappeler le précédent, avec un personnage principal féminin qui, à la suite d'une tentative de suicide où elle se jette sur la chaussée et au décours de laquelle elle se casse le fémur, tombe amoureuse du chirurgien qui s'occupe d'elle, persuadée qu'il est amoureux d'elle avec des interprétations multiples de ses gestes et paroles.

Veyrat conclue ainsi la coexistence de plusieurs éléments dans ces trois films. Le sujet est une femme plutôt jeune, célibataire, choisissant classiquement un objet de rang social supérieur.

Les composantes du sentiment générateur du délire sont l'orgueil, le désir et l'espoir. Le postulat fondamental est à chaque fois vérifié ; « *c'est l'Objet qui aime en premier, qui aime le plus, ou qui aime seul* ». Certains thèmes dérivés se retrouvent également : *l'Objet est libre et son mariage n'est pas valable, conduite paradoxale de l'Objet*. S'il rejette le soupirant, c'est par timidité, ou bien par volonté de l'éprouver. L'évolution se décline en trois phases classiques (espoir, dépit, rancune).

Le film *L'histoire d'Adèle H* de François Truffaut paraît dans les salles en 1975 et relate l'histoire de la seconde fille de l'auteur Victor Hugo et de sa femme Adèle Foucher. Elle rencontre en 1854 le lieutenant britannique Pinson.

Se considérant comme sa fiancée, elle rejette les demandes en mariage de ses autres prétendants. Faisant croire à sa famille qu'elle se rend à Malte, elle traverse l'Atlantique pour le retrouver à la garnison d'Halifax au Canada. Elle ne se décourage pas et continue de le suivre, malgré ses refus répétés. Elle écrit même à ses parents avoir enfin épousé le lieutenant et n'avoue que plus tard sa supercherie.

La particularité de ce personnage est qu'elle ne nourrit jamais de vraie rancune envers Pinson, mais plutôt envers elle-même. Elle finit sa vie internée, devenant ainsi la seule des enfants de la fratrie ayant survécu à son illustre père. Très certainement, elle est restée fixée à la phase d'espoir pendant des années. La vie de ce personnage illustre a inspiré de nombreux écrivains comme Bernard Granger dans « *Adèle Hugo, une érotomanie sans repos* »²⁹ (2005), ou psychologues comme Chantal Tanguy.³⁰

Plus récemment, en 2009, le film de Steven Shill *Obsessed* met en scène une jeune femme sur son lieu de travail qui s'amourache de l'un de ses supérieurs, déjà marié et père de famille. Au début, la présentation est assez classique avec certaines imprudences commises par l'homme en question, ce qui a pour conséquence instantanée d'alimenter et de conforter le délire de la jeune femme.

La progression est également assez conforme à une description clinique. Elle lui envoie des photos d'elle, tente de le séduire à plusieurs reprises, s'introduit dans sa chambre d'hôtel à son insu. Lorsqu'elle se retrouve fermement repoussée, elle tente de se donner la mort par intoxication médicamenteuse, ce qui correspond à une phase de dépit. En dernier lieu, elle tente de s'attaquer à la femme de son objet, accédant à la phase de rancune.

L'auteur Fernandez ³¹ commente le film de Pedro Almodovar *Hable con ella* (Titre français : parle avec elle) qui présente le personnage principal masculin, Bénigno, comme un érotomane.

Ce dernier est un jeune homme de 24 ans, aux intérêts restreints et isolé sur le plan social, travaillant en tant qu'infirmier dans une clinique ; un jour qu'il regarde par la fenêtre de son appartement l'école de ballet, il entr'aperçoit dans la rue d'en face une jeune femme Alicia, et s' imagine d'emblée une relation platonique avec elle, d'abord comme une rêverie innocente ; mais il lui prête rapidement des intentions, et se persuade de manière inébranlable qu'elle partage ses sentiments et lui envoie des signes.

Benigno va à sa rencontre une seule fois, avant qu'elle ne subisse un violent accident de circulation, qui la plonge dans un coma. Benigno devient alors son infirmier référent dans la clinique. Commence alors un monologue dans les premiers temps où Benigno partage à Alicia toutes ses émotions, et lui décrit ses journées. Il finit par la faire parler à son tour et s'engage un dialogue imaginaire, entre les deux amants.

Le personnage principal reste fixé à une phase d'espoir pendant de nombreuses années, ne l'empêchant pas de fonctionner dans les autres domaines de sa vie. Le postulat fondamental se vérifie, ainsi que l'extension polarisée du délire.

Bénigno, qui est un amateur de films muets et s'inspire d'un des derniers qu'il a visionné, abuse sexuellement de Alicia tandis qu'elle est encore dans le coma, pensant simplement que cela lui plairait. Alicia se réveille de son coma, enceinte de Benigno, qui de son côté est condamné à de la prison ferme pour accusation de viol. Celui-ci cherche à mettre fin à ses jours, comprenant qu'il ne peut sortir de prison ni ne peut retrouver l'objet de son amour.

Il s'agit là d'une présentation clinique érotomaniaque atypique.

b. L'univers des séries

Une série à succès sur la plateforme Netflix en 2018 intitulée *You* de Greg Berlanti, inspirée du roman de Caroline Kepnes³² paru en 2015, met en scène Joe Goldberg, interprété par Penn Badgley, qui nous fait partager son point de vue tout au long de l'intrigue.

Il s'agit d'un jeune homme assez mystérieux, fan invétéré de littérature, travaillant dans une bibliothèque. Il rencontre une jeune femme qu'il conseille au sujet de l'achat d'un livre. Il se montre alors persuadé dès les premiers gestes de celle-ci qu'elle lui envoie des signes, et lui prête instantanément des intentions.

Il commence alors une enquête obsédée sur les réseaux sociaux, infiltrant ses profils, se renseignant sur ses goûts et habitudes de vie, et obtient en pianotant sur le net l'adresse de son domicile. Il s'y rendra, et l'épiera par la fenêtre le soir, de la rue en face.

Ce profil est atypique car il est à la croisée des chemins diagnostics.

D'une part, il fait partie de la lignée des « stalker », dont nous allons parler ensuite, et notamment ce que Mullen³³ appelle « un chercheur d'intimité ».

Le cyberharcèlement via les réseaux sociaux de la jeune fille dont il fait preuve aux prémices de l'intrigue amène à questionner son impact sur ce genre de conduites harcelantes et sur les idées érotomaniaques.³⁴

D'autre part, les convictions de départ participent à l'argumentaire en faveur d'un diagnostic d'érotomanie. D'une première rencontre naît immédiatement une idylle sublimée, l'objet est instantanément idéalisé, le soupirant étant seul possible détenteur du bonheur et de la valeur complète de son objet. Son objet est libre, car son couple n'est pas valable, et son objet a une conduite paradoxale car si elle se distancie de lui c'est parce qu'elle cherche à éprouver ses sentiments et le tester dans la difficulté.³

La suite de l'intrigue nous dévoile une tendance antisociale nette avec une dimension narcissique participative. Joe fait preuve de machiavélisme, de froideur affective, mais reste toujours convaincu de faire le bien, et toujours dans une optique de protéger son objet. Il va jusqu'à supprimer tous les obstacles entravant leur idylle, notamment l'ex petit-ami ou la meilleure amie.

c. Les romans

De nombreux romanciers se sont inspirés de l'érotomanie pour narrer leurs histoires. C'est un sujet qui se prête bien au jeu du suspense et de l'intrigue, mêlant passion et folie, aboutissant parfois à des issues dramatiques.

Ian McEwan signe « *Délire d'amour* » (2001) ³⁵ et retrace l'histoire d'une érotomanie masculine homosexuelle. L'objet du délire est un scientifique rationnel et qui subit les harcèlements en boucle de son soupirant. La police se montre incrédule, et sa compagne également. Il voit sa vie se déliter au fur et à mesure et finit par se sentir comme désarmé. Le roman dénonce la culpabilité que peut ressentir la victime d'un patient érotomane, pensant avoir fait quelque chose de mal qui a poussé l'autre à développer son délire amoureux. Ce sentiment est exacerbé en cas d'incompréhension et d'absence de soutien de la part de son entourage ainsi que du système judiciaire.

Nathalie Reims dans « *Maladie d'amour* » (2014) ³⁶ raconte l'histoire de deux amies toutes deux amoureuses du même homme, un chirurgien, qui en retour n'en aime qu'une. Quant à celle qui n'est pas choisie, elle s'imagine une idylle, avec la conviction délirante que la réciprocité est de mise.

Florence Noiville écrit « *l'illusion délirante d'être aimé* » (2015) ³⁷ dans lequel elle écrit avec le point de vue de la patiente érotomane qui se persuade que son amie est amoureuse d'elle.

d. Au théâtre

Alexandre Demidoff publie un article de presse en 2012 concernant un spectacle organisé à Genève par la chorégraphe et danseuse Prisca Harsch et le plasticien Martin Rautenstrauch qui ont souhaité s'inspirer des mille et une lettres d'une érotomane nommée Jeanne, internée à Sainte Anne dans les années 1930, souffrant d'érotomanie envers son médecin psychiatre, dont la principale manifestation clinique était sa graphorrhée. Cette pièce s'appelle « *les petites morsures d'une érotomane* » et allie mise en scène et danse. ³⁸

RÉSUMÉ

La culture populaire est un large moyen de médiatisation des maladies psychiatriques en général. Bien que comportant souvent des idées stigmatisantes, elle permet d'ouvrir les perspectives de compréhension de ces maladies au grand public. Cette vulgarisation volontaire et plus ou moins fantasmée n'en reste pas moins un moyen de communication facile d'accès.

De tout temps, la passion est un sujet qui intéresse, d'autant plus si elle est exploitée dans ses extrêmes et dérives. L'érotomanie est une notion se prêtant bien au jeu des scénarios et des intrigues, à cause de ce qu'elle représente et de ce qu'elle renvoie. La dimension de danger, de harcèlement, de troubles du comportement donne matière à bon nombre de trames et d'histoires, que ce soit au travers des séries, des films, des mises en scène et des romans. Ce qui ressort quand même, c'est l'insistance sur le caractère potentiellement dangereux de l'érotomane.

En pratique clinique, nous verrons que cette potentialité ne fait pas majorité de cas. Encore une fois, il faut se prémunir de ces visions fantasmées et stigmatisantes que diffuse la culture populaire, tout en reconnaissant les efforts investis dans leur démarche de garder une certaine authenticité aux descriptions cliniques.

L'érotomane reste souvent plus dangereux pour lui-même que pour autrui, à l'image du patient schizophrène.

III. L'érotomanie et sa clinique

A. Epidémiologie

Les auteurs classiques dressent un profil type du patient érotomane.

Il s'agit souvent d'une jeune femme, isolée sur le plan social et affectif, avec des antécédents de maltraitance dans l'enfance, et d'abandon. Si elle est mariée, elle n'est pas heureuse dans la relation ou au niveau matériel. Des traits narcissiques sont aussi fréquemment retrouvés. L'objet est souvent un homme inaccessible, de rang social élevé, plus âgé qu'elle.

Dans environ 80% des cas, les observations de Clérambault portent sur des femmes. Les femmes ont un objet de rang plus élevé qu'elles, et sont plus nombreuses à développer une érotomanie homosexuelle.

Ferdière et Fretet mentionnent quand même les cas d'érotomanie masculine, dans lesquels il s'agit souvent d'un homme isolé socialement et dont l'objet d'amour varie dans le temps ; parfois une présence simultanée de plusieurs objets peut être mise en évidence.

Quant aux études récentes, les données semblent rares.

Rettersol et al.,³⁹ concluent que sur un matériel de 1802 patients admis consécutivement, 6 parmi eux (0,3%) présentent une érotomanie.

Kennedy et al.,²⁶ tirent de leurs travaux que 73% de leurs cas sont des femmes, l'âge moyen du début des troubles est de 44 ans, 80% des patients n'ont pas de relation affective (célibataires, séparés ou veufs), 50% ont un antécédent psychiatrique familial au premier degré, 40% ont perdu un parent dans le jeune âge, 70% sont au chômage.

Sampaoui et al.,⁴⁰ reprennent une prévalence de 0,3% d'érotomanie au sein de la population générale.

Rudden et al.,⁴¹ retiennent une prévalence de 75% de femmes, la moyenne d'âge du début des troubles retenu sur l'échantillon est de 31 ans, et 70% d'entre eux étaient célibataires.

Brüne et al.,⁴² recensent 246 cas d'érotomanie et font apparaître les principales caractéristiques épidémiologiques en fonction du sexe :

- 70 % de femmes : âge moyen de 33 ans, célibataires dans 76% des cas, statut social moyen dans 60% des cas, objet unique dans 83% des cas, objet de rang supérieur dans 87% et objet plus âgé que le sujet dans 73% des cas.
- 30 % d'hommes : âge moyen de 28 ans, célibataires dans 95% des cas, statut social bas dans 55% des cas, objet unique dans 80% des cas, objet de rang supérieur dans 72% des cas, objet plus jeune que le sujet dans 67% des cas.

L'âge médian est en règle similaire entre les deux sexes.

Nous pouvons retenir que les hommes et les femmes diffèrent principalement dans le choix de leur objet, puisque les femmes ont tendance à choisir un objet de rang supérieur et plus âgé qu'elles comme la définition classique le précise, tandis que les hommes en majorité choisissent un objet plus jeune et de manière moins constante de rang social élevé.

Ils sont également plus à même de changer d'objet au cours du temps, comme le faisait remarquer Clérambault. Les hommes érotomanes sont également plus souvent célibataires que les femmes, et connaissent un statut social en moyenne plus bas.

Plus récemment, Portugal et al.,⁴³ met en avant que l'érotomanie compte pour 1% parmi les troubles délirants.

Elle engloberait 60% de femmes contre 40% d'hommes. Ils retrouvent 75% de célibataires parmi les sujets.

Les études récentes tendent donc vers une égalisation du sex ratio, malgré une sur-représentation féminine qui persiste.

RÉSUMÉ

L'érotomanie représente 1% des troubles délirants persistants.

En somme, le profil type retenu de la patiente érotomane est :

- *Une femme jeune (entre 25 ans et 40 ans)*
- *Célibataire, ou mariage sans bonheur*
- *Avec des antécédents psychiatriques familiaux*
- *Enfance émaillée de maltraitance ou d'abandon parental*
- *Choix d'un objet au statut social plus élevé*

Les érotomanies masculines ne sont plus considérées comme l'exception qui confirme la règle.

Les auteurs dans les études récentes tendent à rapprocher les sex ratio.

L'érotomanie masculine se traduit par :

- *Age médian similaire aux femmes, voire plus jeune*
- *Choix d'un objet plus jeune, changement d'objet, ou plusieurs objets en même temps*
- *Célibataire, isolé et niveau éducationnel bas.*

B. Psychopathologie

Le délire que développe le sujet est orchestré de manière à l'extirper d'un conflit intrapsychique intense et engendrant chez lui des angoisses d'anéantissement et de solitude extrêmes.

Le sujet se sent comme menacé d'une sensation de désintégration, terme repris par Kestemberg, et de mort imminente, et va alors s'en prémunir par le biais de mécanismes de défense archaïques, comme le déni, le clivage, la projection sur l'autre et la construction d'un délire.

Si on le décrit habituellement fleurissant chez le sujet à la structure psychotique, il n'est pas exclu de l'apercevoir aussi chez celui à la structure névrotique, puisqu'il apparaît comme la solution défensive ultime contre un traumatisme qui a outrepassé les capacités de résilience névrotique. C'est ce qu'on nomme volontiers l'ensemble des « psychoses hystériques ».

Freud décrit le mécanisme de solution délirante chez le sujet psychotique autour du cas Schreber.¹⁴

Lorsque ce personnage est nommé président de la cour suprême de Dresde, et qu'il rencontre le médecin Flechsig, cette nouvelle résonne chez lui comme un tel ébranlement qu'il se met à avoir des visions apocalyptiques et des angoisses d'anéantissement dans ses cauchemars. Ainsi, la réalisation d'un idéal et la rencontre d'un père qui se prend pour tel peuvent appuyer sur un point de vulnérabilité de ce nouage et provoquer la décompensation.

Cette effraction psychique le mène à construire une néo-réalité délirante se cristallisant autour de la relation érotomaniaque qu'il partage avec Dieu, et grâce à laquelle il trouve une porte de sortie aux angoisses psychotiques qui lui semblent insoutenables.

Il retrouve à la fois place et fonction, puisqu'il est l'élu de Dieu et sa mission est celle de repeupler le monde et de le sauver.

La solution érotomaniaque en particulier consiste en l'idéalisation d'un objet réel ou imaginaire, et d'une relation amoureuse illusoire en découlant. La néo-réalité amoureuse créée par le sujet lui garantit une unité psychique, en lui donnant à nouveau place et fonction.⁴⁴

Quand bien même la relation à l'autre est teintée de persécution, comme lors de la phase de rancune possiblement, elle offre pourtant une sécurité narcissique au sujet, en lui garantissant place (celui de l'amant moqué et éconduit) et fonction (celui qui doit rétablir la justice en se vengeant).

Le délire érotomaniaque vient défendre le sujet de ses failles narcissiques, puisqu'il se sait être aimé par un objet idéal, de haut rang social, souvent inabordable. Le choix de cet objet n'est

pas le fruit du hasard. La composante orgueil de Clérambault est une condition préalable presque constante à la génération du délire.

Hollender et Callahan ⁴⁵ suggèrent que l'illusion amoureuse résulte d'un déficit de l'ego et est formée à partir de la lutte intrapsychique de l'individu, afin qu'il puisse se sentir aimé et réhaussé à nouveau.

A la suite d'un deuil aigu, le sujet psychotique ne parvient pas à fournir un véritable travail de désinvestissement, se sentant encore en fusion narcissique avec son objet primaire qui compte désormais parmi les absents. Le sujet se sent menacé par un effondrement psychique et tente de se sortir des angoisses massives en investissant un nouvel objet idéalisé, dit de substitution, et qui lui apporte une sécurité affective.

Raskin et Sullivan ⁴⁶ voient l'érotomanie comme une fonction adaptative, contrant les sentiments de dépression et de solitude survenant après une perte.

Le délire peut également émerger comme une défense contrant un conflit œdipien intolérable pour le sujet, en investissant une nouvelle relation paternelle idéalisée, avec un objet inaccessible, et dont la rencontre ne s'envisage même pas. C'est le cas d'une patiente célèbre, Dorothee, que présente Kestenberg, qui cherche une représentation paternelle en son objet, avec laquelle toute réalisation est exclue.

Lagache parle de l'intense fixation de l'érotomane à sa mère, qui vient placer son objet en substitut de la figure protectrice et maternante.

Feder ⁴⁷ rapporte que dans des conditions de régression, il s'agit d'une tentative de restauration de la précédente union heureuse avec la figure de la mère.

Perrier évoque aussi cette notion dans le choix de l'objet de l'érotomane, qui apporte à la fois protection, sécurité et bienveillance au sujet.

RÉSUMÉ

La solution délirante du psychotique s'efforce à l'extirper d'un conflit intra psychique intense, insoutenable, mêlé d'angoisses de néantisation et de mort imminente.

La solution érotomaniaque, en particulier, vient lutter contre le narcissisme effondré du sujet et lui permet d'acquérir une nouvelle place et fonction, se sentant aimé par un objet, à la fois idéalisé et de haut rang social.

A la suite d'un deuil aigu, le sujet psychotique ne parvient pas à se défusionner de l'objet primaire perdu et n'entreprend pas le travail de désinvestissement nécessaire. Il échappe à l'angoisse de la perte en projetant sur l'Autre un nouvel investissement, comme une substitution de la perte qui lui est intolérable. On parle alors de solution délirante comme fonction adaptative du sujet.

L'érotomane peut également substituer la figure parentale, maternelle essentiellement, à travers son objet. Cela concerne des patientes ou patients qui ont le sentiment d'avoir manqué d'amour et de bienveillance dans leur enfance. Perrier imagine « l'homme de bien » pour ces patientes érotomanes, qui cherchent sécurité, bienveillance, sans que la réalisation de la relation ne soit envisagée pour autant, gardant ainsi une inaccessibilité certaine, contribuant au maintien du délire.

Cette substitution peut faire également obstacle à un conflit œdipien insoutenable pour le sujet, en imaginant une relation idéale mais dont la réalisation est impossible, comme dans le cas de Dorothee chez Kestemberg.

Allant plus loin, il peut également contrer un désir homosexuel refoulé et inconscient « ce n'est pas elle que j'aime, c'est lui qui m'aime, donc je l'aime » à l'image du cas Aimée de Lacan, qui se persuade d'être aimée par le prince de Galles dans le but de faire disparaître ses désirs homosexuels refoulés.

C. Les érotomanies pures

Clérambault définit précisément ce qu'il appelle l'érotomanie primaire.

Les patients concernés ne sont pas atteints d'hallucinations. Il y a assez peu d'évolution, et certaines maladies restent fixées au stade d'espoir pendant leur intégralité.

En dehors de la thématique attrait à l'érotomanie, il n'y a pas d'autre élément délirant, ces personnes fonctionnent normalement. Leur autonomie est préservée. L'évolution se fait classiquement de manière chronique, à bas bruit, et les guérisons totales sont rares.

Son cas le plus célèbre est certainement celui d'Henriette, amoureuse d'un prêtre pendant trente-sept ans, ⁴⁸ en dépit de son mariage, de ses amants, ou de l'éloignement physique. Henriette fonctionne très bien en dehors de l'érotomanie, avec une « absence totale d'extension, de polymorphisme, de troubles sensoriels ou de démence ». Elle reste fixée aux phases d'espoir ou dépit, sans jamais sombrer dans la rancune, ce qui représente un argument supplémentaire en faveur de l'érotomanie pure. Clérambault affirme que « le malade doute mais n'a aucune idée de vengeance ».

Chanes et al., ⁴⁹ proposent un cas d'érotomanie hétérosexuelle pure, qui semble fixée à la phase d'espoir depuis vingt-huit ans, à l'instar de Henriette. Gernez reçoit en consultation privée une érotomane pure hétérosexuelle. ⁵⁰ Ces deux exemples exposent une présentation clinique typique.

Une femme d'une trentaine d'années émet la conviction implacable d'être aimée par un homme, idéalisé et de rang social élevé, plus vieux qu'elle, marié ou pas ; ce n'est pas important.

Le délire n'irradie pas aux autres secteurs de son existence, reste contenu dans la dimension affective, et n'empêche pas l'une d'être mariée à un autre homme. Le fonctionnement autonome de la patiente est préservé, il s'avère qu'elle continue à travailler, et à assumer les responsabilités familiales. Il n'existe pas d'autre élément délirant ni de processus hallucinatoire décrit.

L'objet est fixe, sans changement. Il n'existe pas d'antécédent psychiatrique familial et pas non plus d'histoire familiale marquante a priori. Des traits narcissiques pré-morbides se perçoivent.

Alberti propose une analyse psychanalytique d'un cas d'érotomanie pure. ⁵¹

Madelaine consulte en premier lieu pour des tendances compulsives alimentaires. Elle n'a pas d'antécédent psychiatrique notable, elle connaît une enfance *a priori* conventionnelle, et idéalise énormément les figures paternelles comme celle de son grand-père décédé. Elle se sent mise en compétition féminine directe avec sa mère qui est « mince mais triste », et préfère se comparer à sa grand-mère qui est « grosse au caractère bien trempé ».

Elle se marie ensuite avec un homme, presque passivement, puis explique le divorce par un manque d'amour. Il s'avère qu'au fil des entretiens, elle dévoile peu à peu les raisons plus précises de son mariage d'abord, qui permettait d'ériger « un mur » entre elle et l'homme qui occupe réellement ses pensées, et qui est autre que son mari.

Le divorce survient ensuite, après avoir eu un enfant « par accident », et cet homme qu'elle avait tenté de chasser de son esprit reste bien présent. Il s'agit d'un homme qu'elle a rencontré lors de son adolescence, qu'elle idéalise depuis, sans n'avoir jamais tenté de le contacter.

Ici, l'érotomanie existe depuis le jeune âge adulte, à bas bruit, et n'a pas empêché la patiente de fonctionner. La patiente n'est pas atteinte d'autre processus délirant. Le manque affectif de sa mère et ses difficultés d'acceptation de son propre corps représentent un facteur déterminant dans les failles narcissiques du sujet. Elle a par ailleurs *a contrario* toujours idéalisé les hommes de sa famille. L'objet pourrait substituer la figure du grand-père paternel décédé.

RÉSUMÉ

L'érotomanie pure décrite par Clérambault est classiquement définie par une absence d'hallucination et d'idée délirante, en dehors de la thématique concernée. Elle concerne davantage les femmes. Les composantes orgueil, désir et espoir se vérifient invariablement. L'évolution des troubles tend vers une chronicité, mais sans altération de l'autonomie du sujet ni de ses capacités cognitives. L'objet est fixe. Ce sont des patients qui fonctionnent très bien en général. La réponse au traitement médicamenteux et à la psychothérapie est aléatoire.

D. Les érotomanies mixtes

Elles s'accompagnent *in princeps* d'autres idées délirantes qui peuvent être à thématique variée. Le sujet connaît une altération fonctionnelle plus marquée comparativement à celle observée dans la forme pure. Les érotomanies mixtes sont les plus communes et les plus rencontrées en pratique clinique.

Le sujet est amené à plus volontiers changer d'objet, ou à en considérer plusieurs en même temps. Des hallucinations psychiques ou acoustiques peuvent s'observer.

a. Formes secondaires psychiatriques

Les érotomanies secondaires sont associées à un autre trouble psychiatrique préexistant.

Les grandes catégories que nous pouvons retrouver dans les textes classiques et plus récents sont les troubles bipolaires, la schizophrénie, et la schizophrénie dysthymique. Les troubles de la personnalité qui représentent une entité décrite plus récemment, se révèlent associés régulièrement dans ces processus.

L'étude de Rudden et al.,⁴¹ menée sur 80 cas d'érotomanie retrouve en diagnostic associé une proportion de 43% de cas de schizophrénie, 25% de schizophrénie dysthymique, et 7% de troubles bipolaires.

Brüne⁴² quantifie chez ces 246 cas une proportion de 39% atteinte de trouble délirant associé (autre thématique que l'érotomanie) et 33% de schizophrénie.

L'érotomanie et troubles bipolaires

Bien qu'un diagnostic de schizophrénie ou de trouble schizo-affectif soit régulièrement posé, Signer et Swinson⁵² considèrent que de nombreux cas présentent les caractéristiques cliniques d'un trouble affectif majeur, probablement les troubles bipolaires et leur spectre, en introduisant dans leur article deux cas de femmes suivies pour un trouble bipolaire de longue date qui

vérifient le paradigme de l'érotomanie en phase d'euthymie. Les thymorégulateurs représentent un traitement de choix, qui fonctionnent et qui valident l'hypothèse diagnostique de départ.

Dans sa reconsidération des « *psychoses passionnelles* » en 1991, Signer recense 14 cas d'érotomanie ⁵³, dont 5 considérées primaires, et les 9 autres des érotomanies secondaires.

Dans les 5 cas d'érotomanie primaire, il retrouve une note hypomaniaque rattachée, ainsi qu'un cas rattaché à un épisode dépressif sévère. Une hypersexualité est retrouvée dans 2 des cas. Un trouble délirant de persécution fait également irruption dans 4 cas sur 5.

Dans les 9 cas d'érotomanie secondaire, l'hypomanie se retrouve dans 6 cas, et une dépression dont une avec tentative de suicide dans 2 des cas. Il existe 5 cas qui retrouvent des éléments nets de persécution.

Des réponses cliniques satisfaisantes avec des molécules thymorégulatrices et aux antidépresseurs viennent valider l'hypothèse du trouble bipolaire sous-jacent.

L'érotomanie revêt volontiers un habit d'accélération psychomotrice. La présentation maniaque ou plus souvent hypomaniaque observée dans la phase d'espoir ou parfois celle de rancune est mentionnée par plusieurs auteurs, comme Ferdière, Clérambault ou Lagache. On parle alors d'hypersthénie amoureuse, également teintée d'une dimension mégalomaniaque rapportée par Portemer, qui se justifie par le choix d'un objet de rang élevé.

Il est aussi possible que l'érotomanie se déguise en syndrome dépressif franc lors des phases de dépit, lors desquelles le risque auto-agressif accroît. Ce dernier représente d'ailleurs un motif de prise en charge psychiatrique et une étape diagnostique par les médecins. Les antidépresseurs semblent occuper une place de choix parmi l'arsenal médicamenteux.

Mais comment savoir si le trouble bipolaire entraîne l'érotomanie, et en ce cas, si cette dernière le potentialise ? Ou bien s'agit-il du schéma inverse ? La nature du lien n'est pas toujours claire.

L'érotomanie et troubles de la personnalité

Un fonctionnement pré-morbide à l'érotomanie est régulièrement retrouvé lors des anamnèses des patients.

Ce dernier se cantonne bien souvent à de simples traits volontiers narcissiques comme le mentionnent les auteurs. Quelquefois, le délire se cristallise autour d'un véritable trouble de personnalité, ayant un impact direct sur la qualité de vie du sujet.

Ce n'est pas une condition *sine qua non* au développement ultérieur d'une érotomanie. Une anamnèse minutieuse ne retrouve pas forcément de fonctionnement pré morbide chez le sujet. En outre, la prévalence des troubles de personnalité associées à une érotomanie secondaire reste inconnue, à cause du manque d'études épidémiologiques sur ces questions, mais l'on suppose, une fois n'est pas coutume, qu'elle est sous-estimée.

- érotomanie et personnalité borderline :

L'APA propose une définition clinique de la personnalité borderline en 2013, lors de la publication du DSM5. Il s'agit « d'un modèle omniprésent d'instabilité dans les relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects, et marquée par l'impulsivité, commençant au début de l'âge adulte et présent dans une variété de contextes ».

Christina Rizk consacre sa thèse à l'érotomanie dans ses rapports avec la personnalité borderline.⁵⁴ Elle s'interroge sur les facteurs communs aux deux entités, et leurs mesures préventives.

Elle revient sur les similitudes des deux entités comme :

- l'instabilité comportementale et relationnelle,
- la peur de l'abandon (sans doute exacerbée par un vécu abandonnique dans le passé),
- la recherche affective de l'autre.

En effet, les personnalités borderline ayant eu un attachement dans l'enfance de style *préoccupé* sont plus à même à l'âge adulte de développer une érotomanie.

Le besoin d'un autre individu dans leur vie est l'un des déclencheurs des comportements instables, à la fois pour les érotomanes, mais aussi pour les borderline.

Meloy en 1989⁵⁵ propose une alternative à la description classique de l'érotomanie. Il la désigne comme une entité singulière, qu'il appelle l'érotomanie borderline.

Il n'est pas question ici de perte de contact avec la réalité, ni de rupture brutale avec un état antérieur mais d'un trouble extrême de l'attachement qui éclate dans la poursuite obsessionnelle de l'objet.

Le sujet a pourtant conscience de l'amour non partagé mais la séparation vécue comme un véritable abandon lui est impossible à accepter.

Le risque de passage à l'acte en est d'autant plus élevé. Cette entité s'inscrit dans la lignée des comportements harcelants ou du « stalking », que nous étudierons en détail ultérieurement.

- Erotomanie et personnalité hystérique :

La personnalité hystérique se caractérise par une quête de l'attention d'autrui et des réponses émotionnelles excessives et inadaptées.

Corcos et al.,⁵⁶ présentent le cas d'une jeune fille de vingt et un an, atteinte d'anorexie mentale et hospitalisée pendant un mois avec un contrat de poids. Elle développe un trouble érotomaniaque dont l'objet est son médecin traitant, ainsi que des idées délirantes de dépersonnalisation et de perte de ses parents. Malgré les traitements, le délire ne cède qu'à la fin de l'hospitalisation, lorsqu'elle retrouve ses parents, desquels elle avait été séparée.

Les auteurs supputent que cette relation érotomaniaque est venue remplacer le vide objectal laissé par les parents. Ils le justifient par un début brutal, un état pré-morbide hystérique, la relation temporelle aigue à l'évènement traumatique, un amendement des symptômes une fois les parents retrouvés, la résistance au traitement antidépresseur et neuroleptique entrepris et l'amnésie des idées délirantes à la sortie de l'hôpital.

Le patient à la structuration hystérique développe un délire ordonné qui lui permet une mise à distance psychique suffisante de l'évènement traumatique. C'est ce qu'on nomme « les psychoses hystériques » ; le délire apparaît comme une solution défensive contre un sentiment d'anéantissement et de mort imminente.

Quand bien même ce délire devient chronique, il se distingue de la schizophrénie par une adaptation conservée au réel et une absence d'évolution vers un caractère autistique.

L'érotomanie et l'anorexie mentale

Les précédents auteurs s'imaginent aussi que l'anorexie mentale dont souffre la patiente et le rapport au corps et à la nourriture disloqué, puissent avoir un lien indirect avec la construction érotomaniaque.

Perrier avait déjà évoqué la faille narcissique en lien avec la structuration corporelle de l'érotomane, qui ressentait de la haine et du dégoût envers sa propre enveloppe charnelle. L'érotomanie vient questionner le sujet dans son rapport brut avec la féminité, et apparaît alors comme une solution défensive des angoisses d'anéantissement que ce rapport provoque.

Michel Lehmann ⁵⁷ évoque le lien entre l'érotomanie et l'anorexie mentale lorsqu'il présente une patiente de trente ans aux antécédents d'anorexie-boulimie qui est encore dans un maintien du contrôle alimentaire rigoureux.

Alors qu'elle est hospitalisée, elle s'éprend d'un jeune homme. L'état amoureux qui apparaît chez elle peut être compris comme une première tentative pour maintenir la relation à un objet sans faille : elle place le jeune homme comme un objet imaginaire idéal. Après bon nombre de sollicitations, ce dernier refuse des avances, à la suite de quoi, elle commence à faire l'expérience d'hallucinations acoustiques et verbales.

L'auteur penche pour une signification à l'hallucination en tant que survivance de cette modalité archaïque de rapport à l'objet : il s'agit de la perception dans la réalité de la représentation d'un objet satisfaisant à un désir frustré.

Les hallucinations acoustiques et verbales apparaissent après la déception amoureuse assurant ainsi la pérennité d'une présence constante, la voix représentant l'objet aimé.

Cela est encore plus manifeste dans les cas d'érotomanie où l'image de l'être aimé, sous la forme d'une hallucination visuelle, est souvent rencontrée dans la vie quotidienne.

Freud parle de satisfaction « hallucinatoire du désir ».

Quand le nourrisson est confronté au manque de l'objet satisfaisant, quand ses besoins archaïques ne sont pas apaisés (comme la nourriture), alors la représentation de l'objet satisfaisant est activée et investie. Il se produit alors la perception de sa présence dans la réalité et une sensation de plaisir associée.

L'érotomanie et la schizophrénie

La schizophrénie est la première cause d'érotomanie secondaire dans la littérature, avec une prévalence entre 30 à 40%.

Rudden et al., retrouvent presque la moitié de schizophrénie dans leur étude autour de 80 cas d'érotomanie. De nombreux auteurs la pensent en association avec l'érotomanie.

Phillips et al.,⁵⁸ choisissent d'inclure une population de 448 patients randomisés et diagnostiqués schizophrènes en Chine. Cette évaluation se faisait à l'aide d'un item portant sur la question érotomaniaque qu'on avait ajouté à l'échelle d'évaluation des symptômes positifs.

Les 42 patients retrouvés finalement qui souffraient d'érotomanie secondaire à la schizophrénie étaient plus souvent des hommes, célibataires, avaient des symptômes négatifs moins grave, une hostilité et des idées de grandeur plus marquées, et un niveau éducationnel moyen.

Les auteurs concluent également que l'occurrence importante retrouvée au sein de cette population chinoise a pu être marquée de l'influence culturelle et liée à une manière indirecte d'exprimer leur intérêt pour les dimensions affectives et sexuelles.

Erotomanie et trouble de l'identité de genre

Ritchie et al.,⁵⁹ présentent le cas d'un jeune étudiant souffrant d'une érotomanie homosexuelle envers un autre élève de son campus, et ce pendant deux ans, avec des conduites harcelantes à la clé. Il exprime également un trouble de l'identité de genre, souhaitant ainsi devenir une femme. Aucun autre trouble psychiatrique ou physique n'a été mis en évidence.

Les auteurs s'interrogent sur l'éventualité d'un rapport entre l'érotomanie et le trouble de l'identité du genre qui lui a succédé.

Myers et Miller⁶⁰ rejoignent ce questionnement autour du cas clinique d'un jeune homme, érotomane pour l'un de ses pairs, et qui développe ensuite un trouble de l'identité du genre. Selon eux, les problèmes d'identité de genre font souvent surface dans l'enfance, et au début de l'adolescence, et les déclarations tardives sont plus rares, bien qu'elles puissent exister aussi.

Chez ce patient, avant de développer les premiers stigmates d'érotomanie, il n'y avait jamais eu le moindre questionnement à ce propos.

Cela laisse à penser que la dysphorie de genre partage des intrications psychopathologiques communes avec l'érotomanie.

Erotomanie et troubles de l'identification

Des cas d'érotomanie secondaire associée aux délires des sosies décrit par Capgras ont également été rapportés dans la littérature.

Le délire d'illusions des sosies a été décrit par Capgras en 1927 ⁶¹, comme « une non-identification de personnes familières avec affirmation de différences imaginaires et croyance subséquente que la ou les personnes réelle(s) ont été remplacée(s) par un double. » Il s'agit donc d'une forme de re duplication au cours de laquelle le proche, non déclaré comme tel, est remplacé par quelqu'un qui lui ressemble, un sosie. Des détails morphologiques précis et apportés avec conviction par le patient s'additionnent, sensés valider la thèse de la substitution d'identité.

Signer et Isbister ⁶² soutiennent que l'association entre érotomanie et délire de Capgras est plus commune qu'elle n'en a l'air dans la littérature, en présentant le cas d'une femme qui souffre d'un trouble délirant de persécution, d'un trouble érotomaniaque marqué et de troubles de l'identification, accompagnés d'hallucinations somesthésiques sexuelles.

Ce cas clinique prend également une allure de « folie à deux » que d'autres auteurs nomment la « folie partagée », mettant ici en scène cette dame et son fils. « La folie à deux » compose avec un premier patient authentiquement délirant et un second, sans être de nature psychotique mais qui, à la faveur d'une situation de confinement singulier, va adopter la conviction délirante du patient qui partage sa vie.

D'autres auteurs tel que Zarrouk et al., ⁶³, O'Dwyer et al., ⁶⁴ publient également des cas d'érotomanie secondaire en association à l'illusion des sosies, et soutiennent l'idée que cette dernière est loin d'être rare et serait bien souvent sous diagnostiquée par les psychiatres.

Quelques cas d'érotomanie secondaire ont également été présentés en compagnie du syndrome de Frégoli ou syndrome du persécuteur désigné, notamment les articles de Wright ⁶⁵ ou de Brüggemann ⁶⁶.

Le syndrome de Frégoli est méconnu de la plupart des cliniciens, rarement décrit dans les textes, et sa première description clinique date de 1927, lorsqu'une patiente était persuadée qu'une célèbre actrice de théâtre de l'époque pouvait à la fois prendre l'apparence de n'importe qui mais aussi transformer l'apparence des autres, pour continuer à la suivre et la malmener. Ainsi, le sujet identifie toujours le même persécuteur en lieu et place des autres auxquels il peut avoir affaire et qu'il côtoie. Stéphane Tibierge le définit comme « un syndrome dans lequel, de manière exemplaire, l'image du corps et le Nom qui désigne cette image sont séparés. » ⁶⁷

Ce syndrome a souvent été discuté comme une variante du syndrome de Capgras dans la littérature ⁶¹.

Ces deux syndromes se rejoignent dans l'entité des délires d'identité ou d'identification, mais sont bien distincts par leurs mécanismes, et peuvent survenir avec ou sans lésion cérébrale. Tandis que dans le délire des sosies, l'autre est vécu comme remplacé par un sosie, en raison de dissemblances minimes et imaginaires, dans le syndrome de Fregoli l'autre remplace et investit d'autres personnes en dépit de dissemblances physiques réelles.

Mann et Foreman ⁶⁸ décrivent un cas d'érotomanie homosexuelle chez un jeune homme dont l'objet se trouve être un voisin masculin, qu'il pense prendre l'apparence de son père. Pour les auteurs, le trouble de l'identification est à la lisière entre le délire des sosies et le syndrome du persécuteur désigné, évoluant sur un fond d'érotomanie secondaire.

RÉSUMÉ

Les formes d'érotomanie secondaire sont intimement liées aux pathologies psychotiques comme la schizophrénie, les troubles délirants chroniques, et les troubles bipolaires.

Equilibrer la pathologie de fond semble constituer la piste thérapeutique la plus logique.

Les auteurs mentionnent l'apparition de plus en plus probante d'érotomanie en lien avec des troubles de personnalité, comme l'état limite de Meloy, et encore des formes de « psychoses hystériques », dont les présentations cliniques, pronostics et les réponses au traitement semblent différer.

L'émergence de nouveaux liens tissés entre l'érotomanie et les dysphories de genre, l'anorexie mentale, ou les troubles de l'identification (comme le délire des sosies ou le syndrome de Frégoli) renvoient à des pistes psychopathologiques déjà évoquées par les auteurs classiques.

b. Formes secondaires organiques

Alors que nous associons par habitude l'érotomanie secondaire aux autres troubles psychiatriques, Brüne ⁴² établit que parmi 246 cas d'érotomanie 5% d'entre eux s'intriquent dans un tableau organique.

Érotomanie et médicaments ou toxiques

Garcia Toro ⁶⁹ publie le cas d'un patient traité pour une hépatite C par la mise sous traitement anti viral composé de l'association interféron et ribavirine. Le patient, après quelques jours de traitement seulement, développe des troubles en faveur d'une érotomanie, son objet étant le médecin qui a initié le traitement. Le patient a pour seul antécédent une consommation sevrée d'alcool. Les traitements interféron et ribavirine ont déjà été décrits comme générateurs de symptômes psychotiques ⁷⁰, et certaines maladies psychiatriques connues représentent une contre-indication partielle de la mise sous traitement rétroviral ⁷¹, en évaluant le rapport bénéfice-risque. Le patient étant bon répondeur est maintenu sous traitement pour la VHC, et on introduit l'olanzapine qui permet une accalmie de l'illusion délirante, puis son abrasion.

Adamou et Hale ⁷² formulent de leur côté des hypothèses autour de la question d'une érotomanie induite par la mise en place de la venlafaxine chez une patiente souffrant de dépression unipolaire récidivante. Une érotomanie survient lors du passage à doses élevées du traitement antidépresseur, et ce, à deux reprises, et les symptômes s'amointrissent à chaque fois que le traitement décroît.

Pour eux, il s'agirait de l'action dopaminergique en excès de la venlafaxine sur la zone mésolimbique, qui serait à l'origine de la production de symptômes psychotiques, comme décrit également dans le papier de Waldemeir ⁷³ ou celui de Risch ⁷⁴.

Ce cas ouvre le champ des possibles quant au développement futur de molécules anti-dépressives ayant moins d'impact dopaminergique sur le système limbique.

Des formes d'érotomanie s'intriquant dans des tableaux d'alcoolisme chronique sans comorbidité psychiatrique ont également été décrites. ⁷⁵ La prise en charge addictologique adéquate associée à une psychothérapie permettrait une accalmie des symptômes.

Érotomanie et troubles hématologiques

Singh et al., ⁷⁶ présentent le cas d'une érotomanie secondaire complétée d'un syndrome de Frégoli (syndrome du persécuteur désigné), évoluant dans un contexte d'anémie ferriprive (carence en fer) et cobalaminique (carence en vitamine B12).

Seuls quelques cas de présence simultanée d'érotomanie et de syndrome de Frégoli ont été décrits ^{66,65}.

La patiente est une femme de vingt-trois ans, sans antécédent notable. Depuis six mois, elle est convaincue d'être en relation avec un homme qui l'a aimé en premier, mariée avec lui, mais ne sait pas où il se trouve, et qu'il prend la forme de n'importe qui, et que les autres lui ressemblent beaucoup.

Les examens sanguins objectivent l'anémie par carence en fer et vitamine B12. La patiente est mise sous risperidone 6mg, et son anémie corrigée par multi vitamines et l'apport en fer. En une semaine, une fois le taux d'hémoglobine dans le sang normalisé, la patiente n'a plus d'idée délirante. Le traitement neuroleptique est diminué, prolongé à 4 mg jusqu'à six semaines, puis arrêté, sans qu'aucune résurgence délirante ne soit observée.

La carence en vitamine B12 provoque une diminution de la synthèse des monoamines neurotransmetteurs et une destruction neuronale pouvant avoir des conséquences neurologiques et psychiatriques ⁷⁷.

Quant au fer, il est nécessaire au développement des différents systèmes de neurotransmetteurs (dont dopamine, noradrénaline, et sérotonine) ⁷⁸ et une étude récente a démontré que les patients

souffrant d'anémie ferriprive présentaient un risque plus élevé de troubles psychiatriques (troubles de l'humeur, troubles du spectre autistique, troubles de l'hyperactivité avec déficit de l'attention) ⁷⁹

Erotomanie et génétique

Morali et Bénézech ⁸⁰ déclinent, dans le cadre d'une expertise pré-sentencielle menée à cause d'un harcèlement sexuel téléphonique, le cas d'une érotomanie secondaire chez un patient atteint du syndrome de Klinefelter.

Ce diagnostic est une anomalie chromosomique qui consiste à l'ajout d'un chromosome sexuel, aussi noté 47 XXY (diagnostiqué par la lecture du caryotype de l'individu). Il s'ensuit ce qu'on appelle un hypogonadisme hypergonadotrope, avec une diminution de la testostérone plasmatique et une augmentation de LH, hormone hypophysaire.

Les manifestations sont dues à cette carence en testostérone : petits testicules mais verge normale, répartition gynoïde de la graisse sous cutanée, grande taille, augmentation des membres, gynécomastie, difficultés érectiles, et une stérilité par azoospermie (signe constant). Les comorbidités les plus fréquentes sont l'ostéoporose, le diabète, les tumeurs médiastinales, cancer du sein. ⁸¹ La littérature met également en lumière l'augmentation d'incidence de troubles psychiatriques au sein de la population atteinte du syndrome de Klinefelter ⁸², variés et non spécifiques, comme la schizophrénie, ⁸³ le délire paranoïaque, le trouble bipolaire, les troubles de la personnalité, les troubles du langage et autistiques ⁸⁴.

Le patient est âgé de vingt-trois ans lorsqu'on lui diagnostique, devant une dysfonction érectile et une atrophie des testicules, l'anomalie chromosomique. Il est supplémenté par voie intramusculaire de testostérone depuis cet âge.

Il est également hospitalisé quelques jours en psychiatrie cette même période, et le compte-rendu souligne la présence d'éléments délirants, dont certains de la lignée érotomaniaque. Un traitement neuroleptique avait été initié, mais rapidement interrompu, à l'initiative du patient.

Il a quarante-deux ans lors de l'expertise pré sentencielle. Il est sous traitement antidépresseur (miansérine), traitement hormonal (testostérone en intra-musculaire), traitement thyroïdien, traitement anti-diabétique oral, traitement hypocholestérolémiant. Il consomme également de

l'alcool de manière régulière, également avant d'appeler cette femme, afin d'en quelque sorte se donner du courage.

Depuis plusieurs mois, il est accusé d'harcèlement sexuel de la même femme par téléphone. Il rapporte un évènement marquant survenu à l'âge de dix-huit ans ; un rapport sexuel avec cette dite femme, prenant des allures assez violentes et bestiales. Depuis cette date, il affirme l'avoir rencontré à de multiples reprises, sans jamais lui parler, mais que, par son style vestimentaire, elle lui adresse des messages. Il connaît des périodes de dépression plus marquées, lorsqu'elle est inaccessible. Perturbé par le fait qu'elle s'éloigne de lui, commencent alors les appels inopinés.

Les auteurs reconsidèrent le traitement androgénique pris depuis vingt-cinq ans dans ce double contexte (organique et psychiatrique) avec le souci de réduire le risque potentiel d'hétéro-agressivité ; sachant que les auteurs s'accordent pour dire que le taux de testostérone plasmatique est probablement impliqué dans la survenue de comportements agressifs⁸⁵ (sexuels ou non) mais sa seule présence ne suffit pas.

Un cas d'érotomanie secondaire à la suite d'un cas de syndrome du X fragile a également été rapporté par Silva et al.,⁸⁶. L'X fragile est une maladie génétique chromosomique rare qui atteint les deux sexes et qui peut être associée à un déficit intellectuel léger à sévère et à des troubles du comportement.

Erotomanie et troubles endocriniens

Kua et Yeo⁸⁷ décrivent le cas d'une jeune femme de trente-six ans atteinte d'érotomanie, et qui, depuis cinq ans, est suivie pour une hyperthyroïdie mal traitée, à cause de sa mauvaise compliance au traitement.

Son objet est son directeur au travail, à qui, pendant plus de deux mois, elle aura écrit pas moins de quatorze lettres, où elle dépeint ses sentiments. Elle a également les manifestations classiques d'un déséquilibre de la glande thyroïde : amaigrissement de plus de cinq kilos en deux mois, tremblements fins des extrémités et augmentation de la fréquence cardiaque ; éléments cliniques confirmés par la pratique d'une échographie thyroïdienne (examen de référence).

Après un traitement bien conduit pendant quatre semaines alliant chlorpromazine et propranolol, une euthyroïdie est obtenue ainsi qu'une critique des éléments délirants érotomaniaques, avant d'obtenir leur amendement total.

Michael et al.,⁸⁸ exposent le cas d'une érotomanie bisexuelle chez une patiente atteinte du syndrome des ovaires polykystiques (abréviation française SOPK).

Le SOPK représente la maladie hormonale la plus fréquente touchant la femme (on estime une femme sur dix, chiffre INSERM) en âge de procréer. Il peut entraîner des troubles de la fertilité, de la pilosité (hirsutisme) et des complications métaboliques (diabète).

Cette érotomanie homosexuelle évolue secondairement vers une érotomanie hétérosexuelle (changement d'objet).

Il s'agit d'une présentation atypique d'une forme d'érotomanie secondaire, sans que la causalité entre le SOPK et cette dernière ne soit formellement établie comme prédisposante, mais les auteurs évoquent les perspectives d'étude des liens potentiels de cause à effet.

Mazeh et al.,⁸⁹ rapportent un cas clinique d'un jeune patient masculin souffrant d'érotomanie après un séminome et une orchidectomie. Les dynamiques probables qui conduisent à cette illusion sont ensuite discutées.

Érotomanie et troubles auto-immuns

Wright⁹⁰ s'intéresse à une relation supposée entre l'érotomanie et le lupus.

Le lupus érythémateux systémique est une maladie auto-immune apparaissant essentiellement chez les jeunes femmes, se manifestant par des atteintes organiques multi-systématisées (atteintes cutanées, rénales, hématologiques, pleurales, péricardiques), ainsi que des possibilités d'atteintes neuropsychiatriques variées (maladies cérébraux-vasculaires, anxiétés, désordres cognitifs, psychoses, épilepsie).

Ces dernières s'expliqueraient par des actions délétères des auto-anticorps et/ou de l'inflammation des neuro médiateurs dans le cerveau. La psychose est devenue un critère diagnostique depuis 1971 par le American College of Rheumatology (ACR), révisé en 1999 ⁹¹.

Cette présentation évoque la possibilité d'une érotomanie comme manifestation neuropsychiatrique au décours d'un lupus diagnostiqué depuis l'âge de 20 ans chez une jeune femme afro-américaine. Elle remplissait des critères biologiques diagnostiques ainsi que d'autres atteintes viscérales, et a été traitée par immunosuppresseurs (qui sont les traitements de référence).

A l'âge de vingt-quatre ans, elle est évaluée sur le plan psychiatrique, devant une hyperreligiosité, un hyper graphisme, et une conviction délirante que le pasteur de son église est amoureux d'elle et qu'elle est destinée à l'épouser. A noter que l'hyperreligiosité est un élément associé à l'érotomanie, d'abord dans les observations de Portemer et de Ferdière, puis repris dans la littérature dans l'ouvrage de Monmorand ⁹². Ces symptômes vont perdurer plusieurs années et elle sera hospitalisée deux ans plus tard, et traité par des neuroleptiques risperidone et Haldol, ainsi qu'un traitement antidépresseur sertraline mise en place quelques mois plus tard.

La discussion s'est ouverte, entre la possibilité d'une maladie psychiatrique déjà existante qu'envisage le rhumatologue de la patiente en pensant qu'il s'agirait d'une schizophrénie, et celle qui consiste à l'envisager comme conséquence du lupus sur le système nerveux.

La première hypothèse se construit autour de taux biologiques stables lors des exacerbations des symptômes érotomanes et hyper religieux, avec probablement des symptômes par le passé, dont l'hyper graphie et la rigidité religieuse, qui seraient passés inaperçus.

La seconde, quant à elle, s'appuie sur le fait que l'hyper graphisme du départ apparait en même temps que les premiers symptômes organiques, que la pratique religieuse s'intensifie lors d'une pause dans les traitements immunosuppresseurs, et que la variation des taux biologiques n'est pas instantanée avec la variation des symptômes organiques.

Smith ⁹³ pointe le lien entre la sclérose en plaques et l'érotomanie. La sclérose en plaques est une maladie auto-immune affectant le système nerveux central, engendrant des atteintes motrices, sensibles et cognitives, pouvant évoluer vers un handicap irréversible. Dans une

étude Canadienne multi-systématisée ⁹⁴, on considère une prévalence de plus de 1,3% de symptômes psychotiques présents dans la sclérose en plaques, et cette relation a bien été documentée ⁹⁵ dans la littérature. Néanmoins, l'érotomanie (secondaire) n'avait jamais été décrite.

Il s'agit d'une femme de quarante ans, travaillant dans l'armée, et qui, lors d'un entretien avec le psychiatre militaire, soumet des idées érotomaniaques atypiques homosexuelles. Elle affirme que depuis six mois, elle s'angoisse énormément à propos des « femmes dans l'armée » qui lui font des avances perpétuelles, et craint d'être agressée sexuellement (par ces mêmes femmes).

Devant la présentation délirante et anxieuse de la patiente, elle est internée en psychiatrie, où on lui fait passer des examens paracliniques (IRM, ponction lombaire). Ces derniers concluent à une SEP (sclérose en plaques).

L'entrée dans la maladie se fait donc par des manifestations psychiatriques, ici à titre d'érotomanie secondaire. Elle évolue dans un contexte politique dommageable dans l'armée, qui pousse les personnes à cacher leurs tendances homosexuelles et qui participe indirectement à la retenue de la patiente sur ses ressentis de harcèlement. Ces symptômes psychiatriques trouvent une nette accalmie avec un traitement par aripiprazole, à doses moyennes.

Erotomanie et maladies neurologiques

La déficience intellectuelle représente un point d'entrée pour une érotomanie secondaire, selon plusieurs auteurs.

Mc Guire et al., ⁹⁶ présentent un cas d'érotomanie secondaire accompagnée d'hallucinations cenesthésiques touchant les organes génitaux, chez une femme de soixante-six ans, souffrant d'une déficience intellectuelle depuis la naissance. Il va de soi qu'après une évaluation clinique aucun autre diagnostic psychiatrique préalable n'a été retenu, ni d'antécédent relevé.

D'ailleurs, un traitement neuroleptique bien conduit par pimozide permet d'obtenir une rémission pendant plus de huit mois. Les auteurs n'établissent pas de lien direct entre érotomanie et déficience intellectuelle mais imaginent que le cortex frontal et préfrontal qui ne permettent pas une régulation correcte des émotions sont des facteurs prédisposants.

De Bhaumik S1 et al.,⁹⁷ rejoignent cette idée en exposant le cas d'un homme handicapé mental depuis la naissance qui développe une érotomanie secondaire au cours de son suivi médical, et excluent le fait que le patient soit atteint d'un trouble psychiatrique au préalable.

Dans le cas d'hémorragies cérébrales, et notamment sous arachnoïdiennes (à la suite d'un accident vasculaire cérébral), il a également été décrit l'émergence de symptômes érotomaniaques.

Gaddal et al.,⁹⁸ présentent le cas d'une patiente qui développe une érotomanie à la suite d'une intervention chirurgicale cérébrale post hémorragie arachnoïdienne. Elle souffre également dans les suites de l'intervention d'une épilepsie résiduelle. Les auteurs se demandent s'ils peuvent relier l'érotomanie aux dommages cérébraux.

Anderson et C.A⁹⁹ exposent le cas clinique d'une femme qui, quatre ans après l'intervention chirurgicale d'une rupture anévrysmale de l'artère basilaire développe une érotomanie franche. Bien que l'étiopathogénie soit méconnue, l'hypothèse formulée par les auteurs est celle que la perfusion cérébrale interrompue lors de la rupture basilaire et que l'opération réparatrice touchant les régions cérébrales impliquées dans le contrôle des émotions ont participé toutes deux à la construction du délire.

Il en va de même pour Suarez-Richards¹⁰⁰ qui constatent une érotomanie secondaire à une hémorragie sub-arachnoïdienne à la suite d'une rupture d'anévrysme de l'artère antérieure cérébrale chez une patiente. La discussion fait état du potentiel lien entre les dommages cérébraux causés par l'hémorragie et le délire que développe la patiente.

La littérature neuro-gériatrique évoque la possibilité d'établir un lien entre démence, anomalies cérébrales et symptômes érotomaniaques.

Drevets et Rubin¹⁰¹ exposent le cas d'une femme de soixante-quinze ans atteinte d'érotomanie et de démence suite à une maladie d'Alzheimer. La même année, c'est Carrier¹⁰² qui présente le cas d'une érotomanie sur un tableau de démence senile.

Cipriani et al., ¹⁰³ publient un article de revue rassemblant les cas décrits entre démence et érotomanie dans la littérature, concluant qu'il s'agit d'un phénomène rare et mal expliqué, mais méritant d'ouvrir des perspectives d'études en imagerie fonctionnelle cérébrale.

Brune et Schroder ¹⁰⁴ s'intéressent aussi à cette question. Les auteurs nous présentent deux cas de démence, l'un dans le cadre d'une démence suite à une maladie Alzheimer, l'autre dans le cadre d'une démence vasculaire. Leurs présentations cliniques d'entrée sont toutes deux en faveur d'une démence accompagnée de symptômes érotomaniaques, et répondent, au moins partiellement, de manière favorable au traitement neuroleptique bien conduit.

Ils supposent que la démence est responsable de la suppression des circuits corticaux qui répriment les émotions, et que les zones atteintes (notamment l'amygdale et la capsule interne) sont impliquées directement avec la formation de convictions délirantes amoureuses. Ils partagent alors l'opinion d'Anderson ⁹⁹ qui avait évoqué ces mêmes zones cérébrales atteintes, dans le cadre d'une hémorragie sub-arachnoïdienne.

Wijeratne et al., ¹⁰⁵ observent chez une patiente traitée par radiothérapie dans l'aire péri orbitale dans l'enfance l'émergence d'une érotomanie à l'âge adulte. La neuro-imagerie permet d'établir que ce sont les zones temporales médianes qui sont atteintes.

Geroldi ¹⁰⁶ amène une étude effectuée chez une population de patients souffrant de la maladie d'Alzheimer et présentant également des idées délirantes paranoïaques, dont l'érotomanie (et autres, jalousie, mégalomanie). Les résultats montrent une asymétrie au niveau des lobes temporaux, avec une prédominance de la diminution du lobe temporal droit.

Signer et Cummins ¹⁰⁷ amènent la possibilité d'établir un lien entre épilepsie et érotomanie. Les auteurs présentent deux cas cliniques de patients atteints d'érotomanie et d'épilepsie au long cours. Gaddal et al ⁹⁸ avaient déjà évoqué ce diagnostic comme participant potentiellement au tableau d'érotomanie.

Enfin, d'autres causes neurologiques prédisposantes sont évoquées. Olojugba et al., ¹⁰⁸ décrivent l'érotomanie comme caractéristique de la démence fronto-temporale et de la maladie des moto-neurones. Kelly et al., ¹⁰⁹ mentionnent l'érotomanie dans le cadre d'une atteinte cérébrale au décours de traumatismes crâniens répétés, à la suite d'un méningiome ou d'une

malformation artério-veineuse. Maha et Goetz ¹¹⁰ citent l'apparition de symptômes érotomaniaques chez un patient souffrant du VIH en stade C, avec une atteinte cérébrale.

RÉSUMÉ

Les érotomanies secondaires en lien avec des maladies organiques représentent selon les études un total de presque 5%.

Les maladies neurologiques constituent la majeure partie d'entre elles, que ce soit au niveau des démences vasculaires ou séniles, des déficiences mentales, des hémorragies arachnoïdiennes post AVC provoquées à la suite de rupture artérielles, des atteintes cérébrales post radiothérapie, méningiomes, traumatismes crâniens répétés, malformation artério-veineuse, atteinte cérébrale du VIH, ou encore de l'épilepsie.

Cela s'explique essentiellement par les zones cérébrales atteintes dans ces pathologies, comme l'amygdale, la capsule interne et les régions temporales. Il a même été retrouvé après une asymétrie des lobes temporaux au sein d'une population d'érotomanes.

Les intrications auto-immunes (notamment lupus et sclérose en plaques) ont aussi été mises en lumière, de même pour des intrications endocriniennes (thyroïde, SOPK, orchidectomie) génétiques (Syndrome de Klinefelter, syndrome de l'X fragile) hématologiques (anémie fériprive et cobalaminique). La consommation d'alcool chronique a pu faciliter l'émergence de tels symptômes.

Les pistes médicamenteuses ne sont pas en option, en passant par la thérapie rétrovirale qui peut faire émerger des symptômes psychotiques, mais également la venlafaxine, traitement anti-dépresseur communément utilisé en pratique clinique, qui aurait induit l'érotomanie d'une patiente en actionnant la dopamine en excès sur la zone mésolimbique. Des études complémentaires sont à promouvoir.

c. Formes liées à l'environnement

L'exacerbation de l'usage d'internet et des réseaux sociaux semble constituer un facteur environnemental prédisposant à certains types de comportements harcelants et pouvant alimenter certains délires de type érotomaniaque.

Profils des sur-utilisateurs des réseaux sociaux

Les médias sociaux sont devenus une activité de loisirs de plus en plus populaire au cours de la dernière décennie.

Bien que cette utilisation par le plus grand nombre ne soit pas problématique, une partie semble s'engager de manière excessive et/ou compulsive, si bien que des critères d'addiction comportementale peuvent être remplis.

L'objectif principal de l'étude de Andreassen et al.,¹¹¹ est d'évaluer les rapports entre une utilisation exacerbée des réseaux sociaux et les traits comportementaux et psychologiques des usagers.

Les facteurs prédisposants retenus semblent être :

- le sexe féminin
- l'isolement social
- être célibataire
- avoir une faible estime de soi (côtée avec un score)
- un narcissisme plus élevé (côté avec un score)

Ces facteurs prédisposants ne sont pas sans rappeler le profil type de l'érotomane.

En somme, cette utilisation excessive des réseaux sociaux reflète un besoin de nourrir l'égo et de remonter l'estime de soi. Les femmes semblent être un public davantage concerné.

Pantic et al.,¹¹² font le même constat dans une population de 244 étudiants. Il existe une corrélation négative de l'utilisation des réseaux sociaux avec l'estime de soi (mesurée grâce à l'échelle de Rosenberg), c'est-à-dire une utilisation qui augmente quand l'estime de soi diminue. Au contraire, une corrélation positive se retrouve également avec le narcissisme. Une augmentation de cette valence est liée à une exacerbation de l'utilisation des réseaux sociaux.

La surutilisation d'Internet et ce à des âges de plus en plus jeunes semble se positionner comme un problème de santé mentale de plus en plus décrié par les autorités de santé.

Les traits narcissiques sont une constante retrouvée dans les études.

Patients psychiatriques et réseaux sociaux

Néanmoins, il est possible de retenir de cette pratique certains avantages, notamment celui de la lutte contre l'isolement social, qui reste une des premières finalités des réseaux sociaux et des sites de rencontre.

Highton-Williamson et al.,¹¹³ incluent un total de onze études de 2005 à 2013. Les auteurs concluent que les personnes atteintes de troubles psychiatriques, notamment psychotiques (incluant également les troubles bipolaires) sont plus susceptibles d'utiliser les chats en ligne et les sites de rencontre qu'un groupe contrôle, exempté de maladie psychiatrique évolutive.

Cela leur permet de lutter contre l'isolement en faisant la connaissance de nouvelles personnes ou en maintenant des rapports déjà existants. Nous relevons ici une issue positive dans la tentative de maintien d'insertion sociale auprès d'une population que nous savons facilement esseulée et en proie à la marginalisation et à la stigmatisation.

Erotomanie et réseaux sociaux

Krishna et al.,¹¹⁴ choisissent d'exposer le cas d'un jeune homme diagnostiqué schizophrène, ayant eu des conduites harcelantes (ou stalking, notion que nous allons décrire plus tard) envers

une jeune femme, et ce, par le biais des réseaux sociaux. Dans le but évident de partager une idylle avec elle, il développe par la suite des stigmates d'érotomanie.

Les auteurs s'interrogent sur le rôle que les réseaux sociaux ont tenu quant à la thématique et la cinétique de son délire, et encouragent les intervenants en santé mentale à repérer chez leurs patients le risque de mésusage des réseaux sociaux.

Faden et al.,³⁴ s'interrogent également sur le lien de cause à effet entre l'explosion récente des réseaux sociaux ces dernières décennies et l'émergence d'une érotomanie.

Il est ici présenté un jeune étudiant de vingt-quatre ans sans antécédent psychiatrique, qui semble persuadé qu'une jeune fille du même campus que le sien est amoureuse de lui. Son approche singulière lui permet de la retrouver via ses comptes Twitter et Facebook, et ainsi ce jeune érotomane la harcèle en lui envoyant une multitude de messages et en changeant régulièrement son profil pour ne pas se faire repérer. La jeune fille porte plainte et obtient une ordonnance de restriction, que le soupirant ne respecte pas.

Le patient est alors évalué sur le plan médical, sans qu'aucune anomalie somatique ne soit retrouvée. On constate lors de l'entretien psychiatrique des traits narcissiques marqués ainsi qu'une érotomanie franche. Il n'est ni désorganisé, ni délirant en dehors de la thématique concernée, fonctionne sans altération de comportement, ne décrit pas de phénomène hallucinatoire.

Les auteurs supputent que l'isolement social et relationnel, l'âge jeune, les traits narcissiques ont facilité chez le patient le mésusage des réseaux sociaux. Ces derniers ont mis à sa disposition l'intimité de la jeune fille. Le patient se sent comme privilégié de partager cette relation, aussi virtuelle soit-elle, et ce sentiment alimente son délire.

En cela, les auteurs rappellent l'importance capitale de protéger ses données personnelles, afin de ne pas être soi-même la victime d'un harceleur.

Dressing et al.,¹¹⁵ mentionnent le concept de cyberharcèlement (ou cyberstalking). Pour eux, il s'agit d'un phénomène de société de plus en plus facilité par l'usage des réseaux sociaux, et son

taux de prévalence est sur une pente ascendante ces dernières années à cause de l'essor d'Instagram, Facebook, twitter.

Les victimes de cyberharcèlement peuvent connaître des dommages sociaux et psychologiques similaires à des harcèlement de la vie réelle. La nécessité de mener des études sur de plus vastes échantillons semble se dessiner plus vraie que jamais.

Le complexe de Cendrillon

L'apprentissage par les médias (télévision, radio, livres, réseaux sociaux...) a influencé le développement de ce type particulier d'illusion amoureuse, notamment chez les jeunes femmes.

C'est ce que Colette Dowling appelle « le complexe de Cendrillon », ¹¹⁶ celui du fantasme de la jeune fille qui attend son prince charmant. Ces femmes répondent alors au besoin profond d'être prises en charge, attendant qu'un événement extérieur (représenté comme la rencontre avec l'homme de leur vie) vienne transformer leur existence, masquant une angoisse sous-jacente vis-à-vis de leur indépendance propre.

Cette sublimation du prince charmant et l'attente d'être aimée par lui renvoie à « l'homme de bien » évoqué par Perrier et aux mécanismes psychopathologiques intrinsèques de l'érotomanie.

RÉSUMÉ

L'exacerbation de l'utilisation des réseaux sociaux s'adresse plus particulièrement au profil de la femme jeune, célibataire, isolée, et avec une faible estime d'elle-même et un narcissisme élevé. Ces caractéristiques nous renvoient à la description classique que nous connaissons de la patiente souffrant d'érotomanie.

C'est un phénomène allant croissant ces dernières années, et décrié chez les populations de plus en plus jeunes. Le but souvent recherché est de rehausser l'estime de soi et de conforter ses assises narcissiques, en partageant un point de vue idéalisé, fictif, de son quotidien.

En outre, au sein de la population psychiatrique, cet accès facilité à Internet en général et aux réseaux sociaux favorise nettement l'intégration sociale des patients et constitue pour eux un moyen direct de lutte contre l'isolement.

Néanmoins, l'exacerbation de ces utilisations connaît ses dérives. L'accessibilité à la vie privée des autres est chose facilement obtenue lors de la navigation sur les profils des utilisateurs.

Les auteurs s'interrogent sur l'existence d'un lien de cause à effet entre exacerbation de l'utilisation des réseaux sociaux et développement de stigmates érotomaniaques, Cette facilité d'accès incite le sujet à traquer son objet, et à s'engouffrer dans des comportements harcelants, pouvant alors relever de ce que les anglo-saxons nomment « cyberstalking ». L'isolement social et les traits narcissiques semblent constituer des facteurs prédisposants à ces comportements, à l'instar de la conviction érotomaniaque.

Le complexe de Cendrillon est un type singulier d'illusion amoureuse, facilité par l'apprentissage par les médias et les réseaux sociaux, notamment chez les jeunes femmes.

E. Pronostic

Clérambault décrit l'érotomanie primaire comme un état clinique évoluant vers la chronicité, et dont la réponse au traitement semble assez variable. Henriette est restée souffrante pendant plus de trente-sept années, sans remettre en question la conviction délirante.

Portemer estime que les patients érotomanes évoluent vers une récurrence des troubles, et l'enjeu principal réside dans la limitation des risques de passage à l'acte, les qualifiant « d'incurables et dangereux ».

Seeman distingue les érotomanies fixes, qui ne connaissent globalement pas une bonne évolution et ne répondent que faiblement aux traitements, des érotomanies récurrentes et fugaces au travers desquelles s'observent de véritables phases de rémission avec une meilleure réponse à la psychothérapie et au médicament.

Kennedy ²⁶ estime que la majorité des patients souffrant d'érotomanie primaire répond à de faibles doses de neuroleptiques et ont de meilleurs résultats que les érotomanies secondaires. Au sein de ces dernières, traiter convenablement la maladie causale associée (qu'elle soit somatique ou psychique) permet une accalmie des symptômes, sans entraîner pour autant leur extinction totale.

Jordan et al., ¹¹⁷ proposent le cas d'une jeune afro-américaine qui est persuadée sur son professeur d'art lui fait des avances et est amoureux d'elle. Elle est hospitalisée à plusieurs reprises pour la prise en charge d'une schizophrénie, difficilement stabilisée, et émet de nombreuses idées de persécution accompagnant les idées d'érotomanie.

Plusieurs lignes de traitement neuroleptiques ont été tentées, ayant une efficacité partielle sur l'ensemble des symptômes, mais n'ayant jamais ébranlé la conviction érotomaniaque, et ce pendant plus de 30 années.

Ils estiment que le pronostic global des érotomanies qu'elles soient primaires ou secondaires est assez médiocre. D'après eux, les objectifs de rémission complète des idées érotomaniaques se vérifient rarement : le patient étant certes amélioré cliniquement par la mise en place de traitements et/ou de psychothérapie mais conservant sur du long terme des idées résiduelles à bas bruit.

De nombreux auteurs affirment cependant avoir obtenu une rémission clinique pour leurs patients.

Ce pronostic reste difficile à établir franchement, puisque la prévalence de l'érotomanie demeure assez rare, de surcroît lorsqu'il s'agit d'une érotomanie primaire.

Le pronostic global colle à celui des autres pathologies psychiatriques installées dans lesquelles s'intrique l'érotomanie.

Les récurrences s'observent régulièrement dans la littérature. Ce fait objective l'importance d'une bonne anticipation des passages à l'acte, relativement rares bien que redoutés.

RÉSUMÉ

Le pronostic de l'érotomanie reste incertain et au cas par cas. Porter les estime dans l'ensemble incurables, et condamnés à récidiver. Clérambault insiste sur le fonctionnement normal en société des sujets atteints d'érotomanie primaire, sans pour autant qu'ils abandonnent la conviction délirante de départ.

Pour certains auteurs anglo-saxons, les érotomanies primaires répondent plus facilement au traitement que les érotomanies secondaires. La stratégie à mettre en œuvre dans ce second cas de figure est d'équilibrer et traiter la maladie causale, afin de contrôler les symptômes érotomaniaques, sans pour autant parvenir à leur extinction complète. Le pronostic dépend du tableau clinique d'ensemble.

IV. Les diagnostics différentiels de l'érotomanie

A. Les étapes de la vie amoureuse

Les différentes étapes affectives que traverse un être humain au cours de son existence sont ponctuées de diverses émotions qui entraînent des comportements, quelquefois exagérés. Il convient de ne pas associer l'érotomanie à toute démonstration d'amour un peu enflammée.

a. La passion amoureuse

Clérambault définit l'érotomanie comme appartenant à la classe des délires passionnels. Ainsi, il crée un noyau initial générateur des délires passionnels qualifié de « syndrome passionnel morbide ». ³

Cet état se distingue de la passion par son intensité, sa véhémence, sa permanence, sa survenue brutale, mais aussi par les traits pré-morbides des individus.

Le délire érotomaniaque naît du postulat fondamental « *c'est l'objet qui a commencé, qui aime le plus ou qui aime seul* ».

La passion amoureuse connaît le raisonnement inverse, puisqu'en principe l'on aime avant de savoir si la réciprocité est de mise. Le délire érotomaniaque est rigide malgré les rejets répétitifs de l'objet et d'évolution typique avec des risques de passages à l'acte.

Michel Démangeat estime que cette différence entre la passion et l'érotomanie dans « *Grandes illusions de la passion amoureuse* » ¹¹⁸ est parfois vaporeuse. Il cite le très célèbre exemple de passion amoureuse que ressent Phèdre envers son beau-fils Hippolyte. ¹¹⁹ Le personnage éponyme de la pièce s'illusionne mais n'a aucune certitude d'amour en contrepartie.

« Je le vis, je rougis, je pâlis à sa vue.

Un trouble s'éleva dans mon âme éperdue.

Mes yeux ne voyaient plus, je ne pouvais parler,

Je sentis tout mon corps et transir, et brûler.

Je reconnus Vénus, et ses feux redoutables,

D'un sang qu'elle poursuit tourments inévitables. » (Phèdre, vv. 274-279)

b. L'adolescence et le flirt

Il n'est pas exclu que l'érotomane puisse être un adolescent. C'est ce que soutient Alphonse Portemer dans sa thèse en 1902, concernant l'étude médico-légale des érotomanes. Selon lui, il n'existe pas de limite d'âge très nette pour développer une érotomanie ; cette dernière pourrait tout autant affecter un enfant, qu'un adulte ou une personne âgée.

Néanmoins, chez l'enfant et l'adolescent, elle prend plutôt l'aspect d'inclinations momentanées, et « le véritable délire érotomaniaque évolue progressivement, chroniquement, et fatalement, appartient à l'âge adulte ».

Les études épidémiologiques actuelles tendent vers un âge moyen de début des troubles érotomaniaques d'environ 34 ans chez la femme, et 28 ans chez l'homme⁴². Les cas cliniques chez les adolescents ou jeunes enfants se font rares.

Mishra et al¹²⁰ interrogent la nuance entre l'inclination chez l'adolescent qui se manifeste communément par une rêverie amoureuse et le trouble érotomaniaque constitué. Les ressemblances sont là, puisqu'un adolescent peut offrir des explications élaborées à ses amis concernant les allusions subtiles d'un partenaire fantastique, tout en passant des journées à rêver de lui.

L'adolescent utilise le mécanisme défensif de projection d'amour sur son objet, permettant de maintenir le narcissisme du *moi*, facilement éprouvé lors de ces périodes de grande fragilité narcissique que représente le passage entre l'enfance et l'âge adulte. Ce mécanisme psychique défensif du sujet renvoie à la vision psychanalytique de l'érotomane chez Freud « *Je l'aime parce qu'elle m'aime* ».

Ils présentent un premier cas, celui d'un jeune homme qui n'a pas d'antécédent psychiatrique, et qui se décrit comme amoureux d'une fille de sa classe depuis plus de deux ans. Il émet des déclarations d'amour pour elle allant crescendo et qui finissent par inquiéter l'entourage. Lorsqu'un psychiatre l'interroge et l'examine pour ses troubles du comportement, il est alors retrouvé chez lui un trouble délirant érotomaniaque et de persécution envers d'autres camarades de sa classe, pensant qu'ils lui veulent du mal et complotent contre lui. Il est alors traité par valproate de sodium et quetiapine. Le pronostic est favorable en quelques semaines.

Le second patient présenté n'a pas non plus d'antécédent psychiatrique connu, souffre d'une dépression depuis le rejet de ses avances par une fille de sa classe, qu'il dit aimer depuis plus

de 8 mois. Une fois qu'il est examiné par un psychiatre, on conclue que le patient est atteint d'un délire érotomaniaque associé à un délire de grandeur. Il est alors traité par clozapine. Il a une bonne évolution de son trouble également, avec des illusions amoureuses s'estompant en quelques semaines.

Dans les deux cas, les auteurs soutiennent que la présentation de départ ressemble à un crush adolescent. La réticence à accepter le rejet initial et la persévérance des émotions passionnées jusqu'à leur approbation positive n'est en rien la démonstration d'un trouble psychiatrique en cours.

L'ombrage sous-jacent de la psychose est difficile à voir initialement, car les composantes typiques de l'érotomanie manquent :

- pas de choix d'un objet socialement plus élevé (fille de leur classe),
- pas de statut isolé du sujet sur les plans sociaux et affectifs (jeunes garçons plutôt bien intégrés socialement et avec un entourage amical)
- le début des troubles est insidieux et non brutal.

De manière plus générale, la rêverie amoureuse des adolescents prend fin à la suite des confrontations multiples de ses pairs ou bien à la suite du rejet du partenaire, sans que l'on ait besoin de recourir à des psychotropes.

Cette limite est aussi à poser lors de nos évaluations initiales.

c. La jalousie

Lagache tient à distinguer dans son ouvrage « Erotomanie et jalousie »¹⁸ ces deux entités. Effectivement, lors de la phase espoir du moins, l'érotomane ne ressent pas le besoin d'être jaloux puisqu'il est persuadé que son objet l'aime en retour et ce, sans condition.

Un des thèmes dérivés de la définition clinique retenu par Clérambault précise bien que pour l'érotomane « *l'objet est libre, son mariage n'est pas valable* ».

Par exemple, si l'objet est marié, il s'agit d'un mariage de façade, pour cacher sa véritable inclination.

Ou bien, si l'objet est en couple, il s'agit d'une « *conduite paradoxale de l'objet* » qui teste son soupirant, l'amène à redoubler ses efforts.

Le mariage est une condition préalable qui vient presque conforter l'érotomane dans sa conviction délirante.

Alors que le jaloux sera plus enclin à douter de son/sa partenaire, ce qui représente l'essence même du trouble et des comportements qui en dérivent, l'érotomane ne connaît pas la moindre perplexité.

Ou si le patient dans un délire érotomaniaque vient à hésiter, c'est lorsque se manifestent en lui des désirs de vengeance, expérimentés plutôt lors de la phase de rancune. A ce moment-là, le patient pourra s'en prendre à un éventuel rival amoureux, se sentant attaqué et gêné dans sa quête amoureuse.

Lorsque Clérambault décline les psychoses passionnelles en trois sous-types : celui de la revendication, de la jalousie et de l'érotomanie ; il a dans l'idée que ce sont des formes bien distinctes mais dont les nuances peuvent aussi se confondre. Il n'est pas exclu qu'un délire de jalousie s'accompagne également d'une érotomanie.

Or, il est plutôt question ici de la jalousie dans son sens commun et ordinaire que nous lui connaissons.

Les auteurs s'accordent plutôt à dire qu'il est rare de voir un érotomane se montrer jaloux, en dehors de la phase de rancune à laquelle la majeure partie de cette population de patients n'accède de toute façon pas.

Evidemment, le sentiment de jalousie que l'on peut expérimenter au cours de son existence est propre à chacun, et n'aura pas la même valence sur la gestion de ses émotions et ses comportements. Nous nous garderons bien de fixer une échelle normative de jalousie, puisqu'elle dépend de nombreux paramètres, comme les défenses narcissiques de chacun, les schémas de pensée, le contexte évolutif, les dimensions familiales et sociales et les expériences de vie.

RÉSUMÉ

Toute étape de la vie amoureuse d'un sujet n'est pas la manifestation d'un processus délirant en cours. Une passion amoureuse un peu enflammée, démonstrative ou évoluant chez un adolescent peut laisser planer le doute. Une jalousie mal placée peut évoquer à tort une phase de rancune érotomaniaque. La « normativité » ne se situe pas au même niveau pour chaque individu, et tout trouble du comportement ne relève pas de l'affaire de la psychiatrie. Attention à bien faire cette distinction, en nous appuyant sur le postulat de départ qui fonde la clinique « c'est l'objet qui m'aime en premier, qui aime seul ou qui aime plus ».

B. Le harcèlement

a. Evolution du concept

Nombreuses vignettes cliniques mettent en évidence les chevauchements existants entre l'érotomanie et les comportements pathologiques s'apparentant au harcèlement, ou plus spécifiquement à l'une de ses formes, que les Anglo-saxons appellent communément le phénomène de « stalking ».

Au départ, le mot « stalking » renvoie à la traque du chasseur, lorsqu'il aperçoit sa proie et qu'il veut s'en emparer.

Ce terme a été ensuite attribué aux conduites harcelantes de certains fans envers leurs stars fétiches, comme assez justement présenté dans le film *Body Guard* de Mick Jackson paru en 1992 avec les acteurs Whitney Houston et Kevin Costner.

Cet engouement, même posthume, nourri pour les célébrités (stars de la chanson, du cinéma, grands sportifs) est un phénomène de société de plus en plus décrié. L'auteur Gabriel Segré analyse cette notion et ses processus dans son ouvrage « *Fans de... : sociologie des nouveaux*

cultes contemporains »¹²¹ et explore les fondements anthropologiques de cet attachement en même temps que ses réalités contemporaines.

La justice américaine ne légifère le stalking que tardivement en 1989, à la suite de l'assassinat de l'actrice Rebecca Schaeffer par son harceleur ¹²².

En France, encore aucune loi ne régit clairement cette notion.

De même, un exemple de réalité plus récent met en scène la célèbre it-girl Kendall Jenner et son stalker, qui, à de multiples reprises, s'est introduit à son domicile, est même allé jusqu'à se baigner dans sa piscine privée, ce malgré les ordonnances de protection que la justice avait prononcées à son encontre. Cet homme a été récemment condamné à de la prison ferme.

En outre, Veyrat ¹²³ illustre bien que le domaine de la cinématographie a largement exploité cette notion fantasmée dans notre culture populaire, qui prend parfois des allures dramatiques à l'instar de l'érotomanie. Il y mentionne le film « *Fatal attraction* » de Adrian Lyne en 1987, ou bien « *Misery* » de Rob Reiner en 1990, mais encore « *Single White Female* » de Barbet Schroeder sorti en 1992. Il distingue déjà nettement le « stalking » de l'érotomanie.

De nos jours, le stalking s'est étendu à la sphère privée et sa judiciarisation a pour conséquence l'enjeu médico-légal direct sur la prise en charge des patients atteints de pathologies psychiatriques et également auteurs de ce genre de comportements déviants.

b. Définition

Le stalking n'est ni défini par du harcèlement moral ni sexuel mais comme « un harcèlement du troisième type. »

Il se manifeste comme l'imposition d'intrusions répétées dans la vie privée d'une personne, suscitant l'effroi.

Les auteurs français Bourgeois et Bénézech ¹²⁴ le nomment « dioxis », pour l'établir dans la longue série des étymologies médicales grecques, se traduisant en français par « la persécution » : recherche active, la traque, et la dangerosité induite.

Les comportements de « stalking » les plus classiquement décrits sont :

- les tentatives de communication (courriers, appels),
- d'approche (au domicile, sur le lieu de travail, ou dans les lieux publics),
- filature et surveillance,
- dégâts matériels (appartenant aux rivaux ou à la victime),
- présents offerts à la victime (cadeaux, fleurs).

Le risque d'homicide, même s'il est redouté, reste rare : seulement 2% des stalker en viennent à cette extrémité. ¹²⁵

c. Caractéristiques cliniques

Fouilhoux et al., ¹²⁶ s'interrogent sur les facteurs affectifs ou cognitifs communs entre l'érotomanie et le harcèlement. Ils exposent ainsi le cas clinique d'un homme âgé de trente-quatre ans qui, depuis une première rencontre et pendant des années, poursuit une femme prénommée Aline par de multiples courriers et appels téléphoniques.

Malgré les refus répétés de la jeune concernée, il réitère ses comportements déviants, et engage même des filatures et surveillances multiples tout en cherchant à se rendre à son domicile.

Aline finit par déposer plainte, et le patient, à la suite de l'expertise psychiatrique, est irresponsabilisé de ses actes, selon l'article du code pénal 122-1 ¹²⁷, puis ordonné de suivre un traitement psychiatrique (psychothérapie).

La clinique présentée ici laisse à imaginer le double diagnostic, celui de l'érotomane et du stalker.

D'après Dunne ¹²⁸, approximativement 10 % des érotomanes ont des conduites associées de stalking. Cette proportion d'érotomanes parmi les stalker est également retenue à 10% par les auteurs Zona et al., ¹²⁹ et Meloy ¹²⁵.

Zona ¹²⁹ catégorise trois profils de stalker :

- *Les érotomanes* : correspondant au tableau d'érotomanie pure décrit par Clérambault, sans relation antérieure établie entre l'objet et le soupirant.

- *Les amoureux obsessionnels* : correspondant au tableau d'érotomanie secondaire, ou ceux qui sont amoureux sans la conviction de réciprocité, et sans relation antérieure établie.
- *Les obsessionnels simples* : il s'agit de la plus grande proportion, souvent une relation antérieure est établie entre le stalker et sa victime (ex-compagne, voisin), avec autant de femmes que d'hommes au sein de cette catégorie.

Mullen et Pathé³³ incluent 145 « stalker » d'un centre de psychiatrie légale dans leur étude. La plupart des harceleurs étaient des hommes (74%), 115 hommes contre 30 femmes, une certaine partie était au chômage (39%), et n'avaient jamais eu de relation intime (52%). Ils classent alors les « stalker » en cinq sous-types :

- *Les rejetés* (dans l'étude, 52 sur 145) : classiquement, il s'agit d'un homme qui harcèle son ex-compagne après une rupture sentimentale ; la durée du stalking peut être longue, et le stalker se montrer très intrusif, avec une composante notable de jalousie. Ils font partie de ceux qui passent les plus à l'acte (agression physique) avec la classe des prédateurs.
- *Les chercheurs d'intimité* (dans l'étude, 49 sur 145) : le but est d'établir une relation intime avec leur objet idéalisé. C'est dans cette catégorie qu'il existe le plus de troubles délirants d'allure érotomaniaque (30% dans cette étude), avec la conviction de réciprocité d'amour. La durée du stalking est également possiblement longue.
- *Les incompetents* (dans l'étude, 22 sur 145) : classiquement, il s'agit d'un homme avec de faibles habiletés sociales, parfois limité intellectuellement, en recherche de partenaire. Les antécédents de stalking ne sont pas rares et sont en général de courte durée.

- *Les irrités* (dans l'étude, 16 sur 145) : le but est d'humilier la victime, avec un esprit de revanche contre un vécu teinté d'humiliations et d'insultes. Des traits paranoïaques sont retrouvés communément.
- *Les prédateurs* (dans l'étude, 6 sur 145 et seulement des hommes) : ce sont souvent des hommes atteints de paraphilie, de perversion sexuelle, qui suivent leur victime en se projetant sur une possible agression sexuelle. Tous ne passent pas à l'acte.

Mullen et Pathé retiennent quant à eux une proportion de 30% de patients érotomanes (hommes et femmes) parmi les stalker chercheurs d'intimité.

Pour Meloy ⁵⁵, une autre forme des cinq catégories précédemment présentées se distingue.

Il décrit celle de l'érotomanie sans délire, ou ce qu'il nomme l'érotomanie borderline. Elle ne sous-entend pas forcément un trouble de personnalité borderline associé, mais des traits de personnalité antisocial, paranoïaque, narcissique ou borderline. Une relation antérieure (pas forcément amoureuse) entre le sujet et sa victime est quasi toujours vérifiable, mais la séparation est vécue comme insoutenable, bien que le sujet ait pleine conscience de la non-réciprocité des sentiments. Le risque de passage à l'acte est classiquement plus élevé qu'une forme pure d'érotomanie.

Bien que les données épidémiologiques ne s'accordent pas toutes entre elles, le profil retenu du stalker se dessine autour d'un homme d'une quarantaine d'année, célibataire, aux antécédents psychiatriques et/ou addictologiques, aux antécédents d'infractions délictueuses.

Si la majorité des harceleurs sont des hommes (89%) ¹³⁰ et que les victimes atteintes sont souvent des femmes d'âge jeune (18-24 ans) ¹³¹, il n'est pas exclu de voir des femmes auteurs de stalking.

C'est ce que tend à nous rappeler West et Friedman ¹²² dans leur article portant sur les caractéristiques des femmes harcelantes, en s'appuyant sur différents travaux.

Le profil typique est plutôt celui d'une femme jeune (la trentaine d'années), célibataire, sans enfant, avec un niveau d'instruction correct, sans consommation de toxique notable (hormis lors des traques où l'on peut observer une recrudescence des consommations d'alcool).

Elles composent souvent avec des troubles psychiatriques sous-jacents, avec une proportion de troubles délirants et de troubles de la personnalité (type borderline) plus importante.

Des antécédents personnels de maltraitance physique ou sexuelle semblent également les prédisposer.

Les femmes qui harcèlent ont quand même tendance à choisir des victimes qu'elles connaissent déjà, (anciens amoureux ou membres de la famille) mais 20% d'entre elles choisissent des personnes inconnues.

Les comportements observés impliquent généralement des tentatives de contact téléphonique ou par courrier, des intrusions sur les lieux de travail ou au domicile qui sont plus rares, des filatures.

Plus de la moitié se montrent menaçantes, et 25% se montrent physiquement violentes.¹³²

Purcell et al.,¹³³ comparent un groupe d'harcèleurs de 150 hommes et de 40 femmes, pour objectiver des différences dans les comportements harcelants entre les deux sexes.

Bien que l'on observe plus de toxicomanie et d'antécédent d'infractions criminelles chez les hommes, les profils psychiatriques sont quant à eux assez similaires. Il s'agit de troubles délirants, ou de troubles de personnalité type borderline, dépendant, ou narcissique.

La durée du stalking et les violences commises sont elles aussi assez semblables.

Les femmes restent davantage susceptibles d'harcèler des personnes qu'elles connaissaient déjà, notamment des collègues de travail ou des intervenants du milieu de la santé mentale, et davantage susceptibles d'harcèler des victimes du même sexe qu'elles.

Leurs motivations principales sont d'établir un lien d'intimité avec leur victime, ou de réparer un sentiment d'abandon, et il n'y a pas de notion de traque prédatrice chez les femmes.

Les femmes ont davantage l'habitude de harceler au téléphone et moins de suivre physiquement leur victime que les hommes, mais contrairement aux idées reçues, les passages à l'acte

(menaces, dégâts matériels, violences physiques) se retrouvent dans les mêmes proportions chez les deux sexes.

d. Cas particulier du cyberstalking

Flash et al.,¹³⁴ affirment que la cyberculture élargie depuis les années 2000 incitent les participants à s'engager dans la surexposition de leur vie privée, avec des conséquences inhérentes à l'image personnelle, en permettant l'accès aux variables intimes des individus, notamment les dimensions sexuelles et affectives.

Ce sont autant de facteurs de risques incitant les comportements harcelants à se manifester.

C'est ce phénomène de cyber harcèlement qui en résulte que Dressing et al.,¹¹⁵ étudient. En pleine explosion ces dernières années, à l'instar de l'utilisation des sites de rencontres et des réseaux sociaux, il s'explique par la facilité d'accès aux données personnelles, entraînant une intrusion virtuelle dans la vie privée et l'intimité de chacun.

Fox et al.,¹³⁵ évoquent aussi la possibilité d'une traque via les réseaux sociaux à la suite d'une rupture amoureuse, ce qui concerne plus volontiers la catégorie des stalker rejetés mais pouvant être également valable pour d'autres profils. Compte-tenu de leurs moyens, les réseaux sociaux sont considérés comme des catalyseurs potentiellement malsains pour la surveillance en ligne après la fin d'une relation amoureuse.

Néanmoins, tout type de stalker peut en faire usage.

C'est également le cas des stalker prédateurs dont leurs victimes sont essentiellement des jeunes filles, souvent mineures. Henry et al.,¹³⁶ parlent de violences sexuelles facilitées par la technologie (harcèlement sexuel, exploitation sexuelle basée sur l'image..)

En outre, nous pouvons aussi imaginer aisément un stalker incompetent, qui présente de grandes difficultés dans les interactions sociales quotidiennes, préférer ce mode de communication, dans le but d'établir des liens affectifs.

Ce phénomène renvoie aussi au personnage de la série *You* précédemment cité, puisque Joe Goldberg, anti-héros de surcroît érotomane, se sert des réseaux sociaux pour repérer et traquer son objet. C'est son biais d'approche, de filature et de surveillance préféré.

Ce dernier présente un profil de « chercheur d'intimité », sous tendu par une personnalité pré morbide anti sociale et narcissique.

e. Conséquences chez les victimes

Dressing et al., ¹³⁷ retiennent des taux de prévalence à vie de victimisation par harcèlement de 12 à 16% chez les femmes, et de 4 à 7% chez les hommes.

L'impact social, économique et psychologique sur les victimes est prégnant. Ils insistent sur la nécessité d'une prise de conscience collective à ces risques et de la sensibilisation accrue à la fois politique et sociale afin de financer la recherche pour que des études bien menées soient conçues dans un but de réduction des risques et d'intervention à la fois auprès des victimes et des stalker.

Mullen retient, dans son étude incluant les 145 stalker, que le profil des victimes compte pour 30% parmi les ex-partenaires de vie, (dans ces cas plutôt reliés à la catégorie des stalker rejetés) et que les inconnus représentent environ 14% des victimes ³³.

Leurs travaux ont également étudié l'impact social et psychologique chez 100 victimes de harcèlement ¹³¹ : les victimes pouvaient avoir été suivies, harcelées par téléphone ou par courrier, pendant des périodes variables allant de un mois à vingt ans.

93 victimes ayant rempli l'auto-questionnaire ont déclaré avoir changé de vie sociale et professionnelle, 39% avoir déménagé, et 53% avoir changé d'emploi.

Une augmentation d'anxiété a été signalée chez 83%, des idées suicidaires verbalisées par 24%, des souvenirs intrusifs et des flash-backs chez 55%. Les critères définis pour un trouble du stress post traumatique ont été retenus chez 37% des sujets.

L'augmentation des seuils d'anxiété engendre une surconsommation notable de substances psychoactives (anxiolytiques essentiellement, somnifères).

A l'instar de la clinique de l'érotomane, il est commun que les victimes des harceleurs connaissent plusieurs vagues successives de symptômes prévalents.

En premier lieu, elles sont en proie à une incompréhension face aux agissements de leur stalker. Les victimes sont souvent exposées à un fort sentiment d'auto-culpabilité, se demandant si elles n'ont pas incité le comportement à leur rencontre.

Ensuite, devant le manque de réactivité et de compréhension de leur entourage proche, devant l'insistance dans le temps du stalker, et les délais de latence du système judiciaire, les victimes se sentent souvent esseulées, et désarmées, constatant que leurs actions sont mises en échec.

Enfin, l'anxiété prenant le pas, les consommations de substances anxiolytiques s'intensifient et les symptômes s'apparentant à un véritable trouble du stress post-traumatique s'installent.

L'étude souligne alors l'insuffisance de réponses à la fois juridiques et médicales aux besoins des victimes, comme facteur participant à la pérennité des symptômes et leur aggravation.

Kamphuis et al.,¹³⁰ pointent que sur 201 femmes victimes de harcèlement (comme des menaces de violences dans 74% des cas, et des violences authentifiées dans 55% des cas), 88% ont déclaré sentir leur sécurité physique menacée, 55% ont évité de sortir de chez elles, 62% ont changé de téléphone et leurs itinéraires quotidiens, 30% ont changé d'adresse dans la ville ou déménager, 23% ont cessé de travailler ou de fréquenter leurs lieux d'étude habituels.

59% d'entre elles déclarent un niveau cliniquement significatif (score retenu au-dessus de 3) à l'échelle de l'auto-questionnaire du « *General Health Questionnaire and the Impact of Event Scale* ».

Le niveau des symptômes du traumatisme décrit par les victimes était alors comparable à celui rapporté dans des échantillons de traumatismes généralement reconnus (accidents de la route, violences physiques, deuil aigu). Ces situations subies aboutissent à des niveaux élevés de morbidité psychologique. Le préjudice social, professionnel et moral est non négligeable.

Pour ce qui est du cyberstalking, les victimes semblent touchées à des niveaux similaires qu'un cas classique de harcèlement. ¹¹⁵

Il s'agit d'un mode de harcèlement à ne pas négliger puisque notre société voit son taux de prévalence d'utilisation d'internet et des réseaux sociaux en constante hausse, surtout chez les jeunes générations.

Le conseil qu'il est évident de donner est celui de protéger au maximum l'accès à ses réseaux sociaux et ne pas publier de données personnelles que certaines personnes pourraient facilement s'approprier.

f. Stalking et intervenants en santé mentale

Selon les études, on estime que 11% des professionnels de santé mentale ^{138, 139, 140} ont déjà été victimes de stalking.

Les harceleurs sont le plus souvent des hommes, avec des antécédents psychiatriques (troubles délirants le plus souvent, et schizophrénie) et des antécédents de stalking préalable.

Ce sont souvent des personnes en lien direct avec le professionnel, et leur motivation principale se trouve être une recherche d'intimité.

De tous les professionnels, ce sont les psychiatres les plus susceptibles d'être victimes. Ce phénomène s'explique par les arguments suivants, relatifs aux patients :

- La propension des patients à mal percevoir le cadre thérapeutique et ses limites
- L'assignation d'un degré inadapté d'intimité à la relation qu'il entretient avec son thérapeute.

Kaspembelis, dans *La position érotomaniaque* ¹⁴¹, évoque d'ailleurs ce fonctionnement comme une étape logique du processus thérapeutique chez les patients psychotiques.

A cause de la non-reconnaissance personnelle de la demande du soin par le sujet psychotique, il peut de ce fait se sentir désiré par son autre (le thérapeute) qui lui dit vouloir son bien.

Cette situation répond aux fondements du délire érotomaniaque, puisque le sujet n'ayant rien demandé, reçoit l'attention soudaine du thérapeute. Il en déduit cette position particulièrement vraie pour les patients schizophrènes.

Les médecins somaticiens ne sont pas une population épargnée par ce risque. D'une part, le rapport au corps est fragmenté chez les sujets psychotiques, avec une grande difficulté pour eux d'intégrer la différence soi/non soi.

Les médecins somaticiens peuvent bien malgré eux, à cause d'une méconnaissance des mécanismes en jeu dans la maladie mentale et plus particulièrement dans l'érotomanie, encourager le sujet avec des phrases connotées de bienveillance malhabile.

Wes et Friedman¹²² énoncent un plan d'action et de prévention face au risque de stalking destinée à la communauté soignante.

Ils conseillent aux cliniciens de préserver autant que possible leurs données personnelles (téléphone, mail, adresse, plaque de leur véhicule).

Ils les invitent aussi à prendre conscience des limites de violation de leur vie privée par les patients : demandes inappropriées, cadeaux fréquents et déplacés, contacts en dehors du cadre du travail, appels téléphoniques inhabituels.

Il faut également noter tout comportement suspect, le rapporter à sa hiérarchie dès que possible, avertir son entourage proche de la potentielle menace. Il faudra également ne pas tarder à le déclarer aux forces de l'ordre et au système judiciaire (dépôt de plainte).

Ainsi est-il opportun de dispenser une conduite à tenir systématisée et protocolisée à chaque professionnel de santé.

Les intervenants en santé, encore plus en santé mentale, se doivent de mettre tout en œuvre pour protéger leurs données personnelles, en tenant aussi compte du facteur internet et des réseaux sociaux. Ces derniers représentent des moyens d'accès faciles et préférentiels choisis par certains types de harceleurs.

RÉSUMÉ

Le stalking est un terme rapporté par les anglo-saxons qui se définit par la traque du chasseur. Ce terme a ensuite été attribué aux conduites harcelantes de certains fans envers leurs stars fétiches, pouvant connaître des issues dramatiques (homicides, suicides).

En France, aucune loi ne légifère ce phénomène de stalking.

Le stalking se définit ensuite par la répétition d'intrusions dans la vie privée d'un individu, suscitant des réactions de peur et d'effroi.

Cela peut se traduire par de multiples tentatives de communication, de surveillance, de filature, d'approche, de présents offerts de la part du stalker à l'encontre de son objet.

Selon les auteurs, entre 10% et 30% des érotomanes adoptent des conduites de stalking. Tout stalker n'est donc pas érotomane, et tout érotomane n'est pas stalker.

Dans plus de 80% des cas, les stalker sont des hommes.

Les auteurs définissent des grandes catégories de profils psychopathologiques au sein de ces stalker : il y a les chercheurs d'intimité, les rejetés, les prédateurs, les irrités, les incompetents, qui présentent chacun leurs spécificités.

Les chercheurs d'intimité représentent la plus grosse partie des patients érotomanes. On ne décrit classiquement pas de patients érotomanes dans la catégorie des prédateurs.

Les femmes peuvent également tenir des conduites harcelantes mais elles diffèrent dans leurs présentations cliniques de celles des hommes, notamment par le choix de leur victime (une victime qu'elles connaissent déjà le plus souvent) et le mode d'action de stalking (moins de filatures et d'intrusions physiques que les hommes, mais plus de tentatives de communication).

Le cyberstalking est une version plus récente de traque et adoptée par certains profils de stalker. Elle est exacerbée par l'essor ces dernières décennies des réseaux sociaux et des sites de rencontre.

Les victimes des stalker sont généralement des femmes jeunes, entre 18 et 25 ans.

Les conséquences sur la morbidité sociale, professionnelle et psychologique sont peu considérées dans la société, mais présentes.

De véritables syndromes de stress post-traumatique sont décrits. Les victimes de cyber stalking sont autant touchées que celles d'une autre forme de harcèlement plus classiquement décrite.

Dans le milieu médical, les médecins somaticiens et psychiatres sont visés de manière privilégiée par ce type de comportements.

On estime à 11% la proportion de personnel intervenant dans le domaine de la santé mentale ciblée par les stalker.

Cette donnée alarmante doit faire proposer un plan d'action et de prévention auprès de chaque clinicien et personnel soignant. Chaque clinicien doit se prémunir de ce risque en adoptant des réflexes bien rodés.

Le risque d'homicide bien que redouté reste assez rare. Moins de 2% des stalker parvient à cette finalité ; finalité pourtant si crainte de prime abord mais qui ne doit pas pour autant être oubliée.

C. Les déviances sexuelles

Les déviances sexuelles sont classées parmi les paraphilies dans le DSM5 et parmi les troubles de la préférence sexuelle dans la CIM10.

Elles débutent en général à l'adolescence, concernent majoritairement les hommes (90%), connaissent une évolution chronique, et sont d'origine multifactorielle. Les antécédents d'abus sexuels dans l'enfance retrouvés dans environ un tiers des cas.

Elles peuvent comprendre le fétichisme, le voyeurisme, le sadisme sexuel, la pédophilie, le masochisme sexuel, le frotteurisme, le transvestisme, et d'autres déviances non spécifiées.

Elles s'apparentent parfois à des formes d'érotomanie et confondent ainsi les frontières diagnostiques, comme nous pouvons le voir dans les cas du voyeurisme et du fétichisme.

a. Le voyeurisme

De notre récente discussion sur le stalking, nous avons retenu que la catégorie des « stalker prédateurs » de Mullen et Pathé ³³ est la plus volontiers atteinte de déviances sexuelles, notamment de voyeurisme. Ces individus présentent régulièrement des troubles de personnalité aux traits narcissiques, antisociaux, borderline.

Il est quasi toujours question d'individus de sexe masculin, qui choisissent une victime plus jeune, de sexe opposé, parfois mineure. Les comportements déviants comme la filature et la surveillance servent à la planification de la future agression sexuelle. La sensation d'emprise sur l'autre et de soumission les maintient en éveil, et le passage à l'acte n'est pas constant ; parfois, le fantasme d'aboutir se suffit à lui seul.

Dans certains cas, il peut s'agir de cyberstalking ¹¹⁵.

NB : Lorsque les victimes concernées sont des mineures, il s'agit de pédopornographie, considérée alors comme une agression sexuelle violente. Celle-ci devra être traitée dans un cadre légal bien spécifique, attrait à celui des auteurs des violences sexuelles, lequel nous explorerons ultérieurement.

Au sein de cette catégorie de stalker, il n'y a classiquement pas d'érotomane. Les différenciations diagnostiques doivent être claires dans l'esprit de chaque praticien car les prises en charge et les conséquences médico-légales ne sont pas les mêmes.

b. Le fétichisme

Le fétichisme est défini dans le dictionnaire par un respect scrupuleux, une admiration sans réserve pour quelque chose, quelqu'un. Le fétiche devient alors un objet de culte.

En sexologie, il s'agit d'une déviation des pulsions sexuelles d'un sujet sur un objet érotique de substitution, qui peut être aussi bien une partie déterminée de son corps (cheveux, seins, fesses) qu'un objet (chaussure, vêtement) et se classe dans la catégorie des paraphilies dans le DSM 5.

Les limites semblent se flouter entre l'érotomane et le fétichiste, et dans certaines situations se confondre.

Le Dr Emile Laurent ¹⁴², ancien interne de l'infirmerie centrale des prisons de Paris, illustre ce parallèle dans son ouvrage « *fétichistes et érotomanes* », publié en 1905. Il consacre une partie de sa carrière aux enjeux criminels des comportements amoureux, notamment en 1891 dans son ouvrage « *L'amour morbide : étude de psychologie pathologique* » ¹⁴³.

La désignation commune d'un objet adulé et idéalisé est certaine, mais c'est la conviction de réciprocité qui manque dans la pratique du fétichiste, et ses motivations penchent principalement du côté du plaisir sexuel.

Dans des cas d'érotomanies pures, on peut assister à une certaine vénération de son objet, relevant presque du mysticisme, mais la motivation charnelle reste en second plan, et ce qui compte le plus c'est la conviction que c'est l'autre qui nous aime, et qui alimente ainsi la perpétuité du délire.

RÉSUMÉ

L'érotomanie a été classée plusieurs années au sein de la catégorie des déviations sexuelles dans la Classification Internationale des Maladies. Les diagnostics peuvent se confondre dans certains cadres.

La limite n'est pas toujours nette entre un trouble érotomaniaque constitué et la pratique du fétichisme, en ce sens où un objet idéalisé et mis sur un piédestal semble constituer l'origine des troubles.

Ce sont vraisemblablement les motivations qui diffèrent, le fétichiste étant à la recherche de plaisir sexuel et de l'objet pour le satisfaire, l'érotomane à la recherche de l'amour de l'objet et non pas de l'objet en lui-même.

Le raisonnement semble similaire pour le voyeurisme et les conduites harcelantes décrites dans les moments féconds de l'érotomanie.

Le voyeurisme a de principe des motivations perverses, d'ordre de satisfaction sexuelle, est rarement en recherche d'intimité de l'objet primaire, tandis que les finalités de l'érotomanie sont tout autres.

D. Les addictions sexuelles

a. Nosologie actuelle

Les addictions sexuelles se définissent par une fréquence excessive, croissante et non contrôlée du comportement sexuel, en général conventionnel, à l'opposé des déviances sexuelles. Malgré les conséquences négatives pour le sujet qui en est atteint, elles persistent dans le temps, à l'instar des addictions aux substances ou autres addictions comportementales. Elles apparaissent en règle générale en fin d'adolescence, concernent majoritairement des hommes (sex ratio de 5 pour 1). On note également la fréquence d'abus sexuels dans l'enfance chez ces patients.

Les addicts sexuels doivent au moins présenter deux critères parmi ceux-là : la drague compulsive avec plusieurs partenaires, la fixation amoureuse compulsive sur une ou des partenaires multiples, les rapports amoureux compulsifs multiples, les rapports sexuels compulsifs insatisfaisants, et l'auto-érotisme compulsif avec des masturbations frénétiques.

D'autres comorbidités sont fréquemment associées, comme la consommation de toxiques, ou l'association à d'autres addictions comportementales (achats compulsifs, addiction au sport, addiction aux jeux d'argent). Des troubles de la personnalité sont retrouvés dans 50% des cas. Elles peuvent également s'associer aux déviances sexuelles, desquelles elles se distinguent dans leur définition classique. L'addiction sexuelle est en règle une pratique sexuelle exacerbée mais non déviante.

L'érotomanie se présente comme l'un des principaux diagnostics différentiels de la nymphomanie, notamment dans les cas de fixation amoureuse compulsive, qu'on peut confondre avec une phase d'espoir classique.

Bien que l'érotomanie soit représentée comme « la folie de l'amour chaste », Gianni et al.,¹⁴⁴ présentent 5 cas d'érotomanie, ayant chacun une activité sexuelle libérée, dont l'une d'entre elles est homosexuelle, avec des pratiques sexuelles homosexuelles consenties. Il n'est pas exclu d'avoir du désir sexuel en étant érotomane, et il n'est pas non plus exclu d'avoir une addiction sexuelle et de développer un délire érotomaniaque. L'addiction sexuelle dû fait d'un trouble de personnalité histrionique marqué pourrait constituer un facteur pré-morbide intéressant au développement d'un trouble érotomaniaque.

Pourtant, les deux entités diagnostiques n'ont pas toujours été aussi bien distinguées au cours de l'histoire psychiatrique.

b. Glissement historique entre la nymphomanie et l'érotomanie

A la seconde moitié du 18^{ème} siècle, la nymphomanie (pour les femmes) et le satyriasis (pour les hommes) étaient devenus le prototype de l'érotomanie. D'ailleurs, à ce moment-là, l'érotomanie est reconnue comme « la pratique de l'amour physique excessif ».¹⁴⁵

Philippe Pinel donne à ces « névroses génitales » la même origine : l'irritation des organes reproducteurs finit par réagir sur toute l'économie somatique. Il se situe dans la médecine néogalénique où prime la logique des tempéraments et des fluides.¹⁴⁶

En 1838, c'est Esquirol dans « *Le traité des maladies mentales* »⁵ qui différencie les pathologies de l'appareil reproducteur (nymphomanie, satyriasis) de l'érotomanie, qui elle est une affection qui touche le cerveau. En somme, la nymphomane est victime de son corps, et l'érotomane est victime de son imagination.

La grande majorité des observations de cette période porte sur des femmes ou des jeunes filles. Le rapport avec le péché et le diable est suggéré, bien qu'énoncé d'une manière différente. D'ailleurs, Sylvie Chaperon, dans les « *Fondements du savoir psychiatrique sur la sexualité déviante au 19^{ème} siècle* » estime que « ce cadre théorique mal dégagé de la culture religieuse, est très contesté à l'époque. »¹⁴⁶

En 1885, Magnan ¹⁴⁷ présente l'érotomanie comme une dégénérescence cérébrale antérieure, loin des instincts primitifs. Cette théorie triomphe dans le dernier tiers du siècle, où se fixe la nomenclature des perversions sexuelles. La grande majorité des observations de pervers portent désormais sur des hommes.

En 1888, Benjamin Ball ¹⁰ oppose l'érotomanie, qu'il appelle la folie de l'amour chaste, avec les champs de la nymphomanie, du satyriasis, et de l'excitation sexuelle. L'érotomanie est pour lui caractérisée par l'absence de désir charnel, un amour platonique.

D'autres auteurs partagent ces opinions, c'est le cas de Portemer dans sa thèse en 1902, mais qui nuance quand même cette chasteté en rapportant des cas d'érotomanie homosexuelle, qui seraient accompagnées de rapports sexuels. Ces propos doivent aussi être re contextualisés, puisque c'est une époque où l'homosexualité était considérée comme une maladie mentale.

Clérambault s'éloigne de ces convictions en proposant des exemples d'érotomanie pure mais dans lesquelles l'une des composantes observées est celle du désir sexuel. Selon lui, il n'y a pas de clivage aussi franc.

L'érotomanie pure est classiquement orientée vers un objet et un seul, bien que l'on puisse observer des changements d'objets dans les érotomanies secondaires, plus volontiers chez les hommes, et reste cantonnée à un secteur de la vie de l'individu, n'altérant pas son fonctionnement global.

A l'opposé, la nymphomanie et le satyriasis ne sont pas exclusifs d'un objet idéalisé, et s'étendent progressivement à tous les secteurs de vie, impliquant un retentissement fonctionnel majeure (social, affectif, professionnel, familial) dans les formes évoluées de la maladie.

RÉSUMÉ

Les addictions sexuelles ont revêtu l'apparence de l'érotomanie pendant des siècles, jusqu'à ce que ces notions soient distinguées.

Aujourd'hui, on la mentionne comme « la folie de l'amour chaste », expression que l'on doit à Balle, mais que d'autres auteurs trouvent trop radicale.

Il n'est pourtant pas exclu d'observer des cliniques atypiques, à l'origine d'un glissement certain entre ces deux pathologies, que le clinicien se doit de repérer lors de la phase diagnostique afin d'orienter au mieux sa prise en charge.

E. Les causes psychiatriques

Différentes étiologies psychiatriques peuvent prendre la forme de l'érotomanie, au moins pendant une période limitée dans le temps. D'un point de vue de pratique clinique, il faut rester fidèle au postulat de base, ainsi qu'aux thèmes dérivés de Clérambault.

a. Les troubles de la personnalité

Les troubles de personnalité aux caractéristiques borderline, antisociales, histrioniques, narcissiques, dépendantes des autres nous posent question.

Les interactions avec leurs pairs sont biaisées, un savant mélange de manipulation et perversité, de séduction inappropriée, de marchandage et négociation, et d'émoussement affectif s'observe alors.

Par exemple, une personne aux traits de personnalité dépendants a de grandes difficultés à gérer une rupture amoureuse, si bien que l'on pourrait croire à une phase de dépit constituée.

Une personne aux traits narcissiques a également de grandes difficultés à entendre un refus de la part d'une autre personne, et sa réticence à accepter tout déclin peut nous faire penser à l'inclination lancinante propre à l'érotomane. Il pourra ainsi avoir un esprit revanchard et paraître comme expérimentant une phase de rancune.

Un individu aux traits histrioniques manifeste une présentation de séduction inappropriée dans ses interactions avec les autres, à la fois démonstratif et suggestif. Et celle-ci pourrait aussi être associée à tort à une phase d'espoir, féconde, d'érotomanie.

b. Les troubles hypomaniaques ou maniaques

Dans les accès (hypo)maniaques, nous savons que les patients présentent une forte labilité émotionnelle, une humeur exaltée et des marques de désinhibition comportementale, affective et sexuelle.

Une présentation clinique que les auteurs qualifient d'hypersthénique s'observe communément dans les phases d'espoir et de rancune de l'érotomane, avec des idées de grandeur, laissant penser à des présentations teintées d'hypomanie.

L'absence du postulat initial, des thèmes dérivés et des idées délirantes sert à la différenciation des deux entités. L'obtention d'une euthymie s'accompagne généralement de la disparition de tels propos désinhibés.

c. La mélancolie

Nous pouvons mentionner le patient souffrant de dépression sévère aux allures mélancoliques. Ce dernier peut exprimer des idées délirantes de ruine ou de perte d'un être cher.

Ces idées peuvent se confondre avec une phase de dépit, lorsque le sujet se confronte à une non-réciprocité des sentiments. Néanmoins, la phase d'espoir ne laisse pas vraiment planer le doute diagnostique quant à l'existence d'un trouble dépressif constitué.

d. La schizophrénie

La schizophrénie génère possiblement des amalgames. Les patients font régulièrement preuve de désinhibition sexuelle lors des moments de discordance idéo-affective, ont des intuitions erronées ou des processus hallucinatoires corporels suggestifs au niveau de leurs organes génitaux. Ces dernières n'excluent pas une érotomanie, néanmoins c'est l'évolutivité des symptômes qui permet de distinguer une schizophrénie d'une érotomanie secondaire liée à la schizophrénie.

e. Les troubles délirants persistants

Les autres troubles délirants persistants et notamment le délire de jalousie et le délire de persécution sont non seulement des thématiques pouvant venir compléter un diagnostic d'érotomanie secondaire (forme mixte de délires persistants) mais aussi constituer un diagnostic différentiel de taille, et biaiser l'évolution et la prise en charge de la maladie.

En effet, à la phase de rancune de l'érotomanie des idées de vengeance habitent le sujet, et il cherche à faire du mal à son objet ou à son entourage. Cela s'apparente alors à de véritables symptômes de jalousie ou de persécution. Ici, c'est l'anamnèse complète de la maladie qui permet de faire émerger la conviction délirante d'être aimé aux prémices de la maladie.

La véracité diagnostique est obtenue après un examen psychiatrique minutieux. Clérambault proposait un vrai travail d'enquêteur auprès de ses patientes, et affirmait devant la société clinique se montrer presque manipulateur auprès de ses patientes : « en interrogeant de tels malades, il ne suffit pas de les questionner, il faut les actionner. Il faut, en particulier, faire jouer l'élément Espoir du syndrome érotomaniaque ». ¹³

Il s'engageait alors un véritable bras de fer entre le psychiatre et le patient, dont la finalité était de distinguer les syndromes de persécutions et les érotomanies.

RÉSUMÉ

Les maladies psychiatriques en général peuvent s'associer à une érotomanie, dans le cadre des érotomanies mixtes. Mais elles peuvent également en prendre l'allure, sans pour autant en revêtir la véritable clinique. C'est par exemple le cas de l'accès maniaque aux aspects de désinhibition affective et sexuelle, ou bien celui d'un comportement inapproprié de séduction que l'on peut apercevoir dans les troubles histrioniques. L'évolutivité des symptômes et le postulat fondamental servent à distinguer clairement les entités entre elles.

F. Les causes non psychiatriques

Il existe également des origines non psychiatriques qui peuvent s'apparenter à un trouble érotomaniaque sans en être un.

C'est le cas des causes substantielles, toxiques ou médicamenteuses. Par exemple, l'alcoolisation aigue engendre une forte désinhibition comportementale voire sexuelle et l'on peut constater une exacerbation de la libido du sujet ¹⁴⁸. Les mêmes conséquences peuvent s'observer avec de la cocaïne ¹⁴⁹, des boissons énergisantes ¹⁵⁰, et avec des produits dopants à base de testostérone (notamment dans le domaine sportif ¹⁵¹). Des anesthésiques utilisés lors des opérations chirurgicales peuvent également entraîner les mêmes effets. Ces symptômes sont tous réversibles une fois l'effet des substances dispersé.

Les lésions frontales au niveau des axes qui contrôlent l'inhibition et la régulation des émotions, intervenant notamment au niveau des pulsions sexuelles, pourront engendrer des symptômes s'apparentant un temps à des stigmates de l'érotomanie. Ce phénomène peut être observé en cas d'atteinte dégénérative (syndrome frontal, maladie de parkinson), vasculaire (une hémorragie méningée provoquée à la suite d'une rupture artérielle) et dans certains syndromes génétiques (syndrome de Klein Levine ¹⁵² et Klüver Bucy ¹⁵³).

Ces précisions sont apportées afin d'éviter le diagnostic de l'érotomanie à outrance, en faisant appel à une consultation spécialisée psychiatrique, si le doute persiste.

La différenciation se fait quand même assez aisément, l'érotomanie n'étant pas classiquement décrite en premier lieu par de la désinhibition sexuelle, même si des présentations atypiques tendent à montrer que c'est envisageable, et qu'il ne faut rien laisser au hasard.

RÉSUMÉ

Les diagnostics différentiels somatiques ou toxiques (substances ou médicaments) s'observent dans certaines présentations de notre pratique. Le postulat fondamental « c'est l'autre qui m'aime » fait toujours référence. L'évolution fugace et résolutive de la pathologie permet dans la plupart des cas une distinction entre les entités nosographiques.

V. La prise en charge

Dalle ¹⁵⁴ mentionne dans son livre « *Bien que mon amour soit fou* » que, malgré bon nombre de débats sur la question de la clinique érotomaniaque, trop peu de publications concernant la prise en charge thérapeutique du patient sont parues.

La prise en charge est multidimensionnelle.

Kelly ¹⁰⁹ propose un guide thérapeutique du patient érotomane :

- Etape 1 : évaluation (histoire psychiatrique et médicale, examen physique et psychiatrique, examens complémentaires, investigations sociales, interrogatoire de l'entourage)
- Etape 2 : recherche d'un diagnostic différentiel
- Etape 3 : traitement selon le modèle bio-psycho-social (médicamenteux, psychothérapie, facteurs sociaux, prévention des risques)
- Etape 4 : suivi (psychiatrique et psychologique, social, liaison avec la médecine générale, liaison avec la psychiatrie légale dans certains cas).

En premier lieu, il s'agit d'investiguer sur le plan psychiatrique et somatique le patient. Il faut relever tous les antécédents et demander des examens complémentaires en cas de doute.

Le contexte affectif, familial, social, environnemental, et professionnel du patient sont autant de facteurs à prendre en compte pour la mise en place d'une prise en charge spécifique. La recherche d'un diagnostic différentiel est de mise.

La prise en charge s'apparente à celle entreprise vis-à-vis des autres pathologies psychiatriques, en tenant compte du modèle bio-psycho-social.

Ensuite, elle contient le choix d'un traitement médicamenteux, en essayant d'obtenir un consentement éclairé du patient, ce qui ne se révèle pas être une chose facile dans bien des configurations en psychiatrie.

Elle met en scène l'alliée principale du thérapeute, une psychothérapie qui accompagne le patient, adaptée à ses capacités cognitives.

Enfin, le suivi reste primordial et englobe également la notion de prévention des risques de passage à l'acte auto ou hétéro agressifs.

A. La place de l'institution

a. Le début de la prise en charge

Les soins libres

L'entrée de la maladie peut se faire progressivement dans un cadre de consultations. Le patient peut, spontanément ou sur les conseils d'une famille inquiète, décider de consulter un spécialiste. La demande ne sera pas toujours orientée de la même façon, et le psychiatre se doit de lire entre les lignes. En favorisant l'alliance thérapeutique, il peut être amené à suggérer au patient d'aller se faire hospitaliser. Il se peut que le patient soit capable de consentir de façon éclairée à cette prise en charge.

Nous pouvons également imaginer qu'un patient expérimentant une phase de dépit et l'effondrement psychique qui la caractérise, demande l'aide d'un thérapeute et accepte de ce fait une hospitalisation.

Les soins sous contrainte

Cependant, il arrive souvent qu'un patient initie sa prise en charge au décours d'une hospitalisation qu'il n'a lui-même pas souhaitée.

Les patients qui représentent un danger immédiat pour eux-mêmes ou pour autrui dû fait de leurs troubles psychiatriques aigus sont sous le coup des soins sous contrainte, légiférés par le texte du 5 juillet 2011 relatif *aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge*.¹⁵⁵

Deux notions préalables rentrent en jeu. La première, c'est l'impossibilité du patient à consentir aux soins à cause de ses troubles mentaux. La seconde, c'est la nécessité immédiate pour le patient de recevoir des soins adaptés pour ces dits troubles.

L'article 2 de la loi en vigueur spécifie que l'admission en soins psychiatriques peut se faire à la demande du tiers ou en cas de péril imminent, c'est-à-dire en l'absence de tiers.

Le tiers est représenté par toute personne justifiant de l'existence de relations antérieures avec le patient et agissant dans son intérêt (membre de la famille, enfants, proche, curateur ou tuteur). En cas d'absence de tiers et de nécessité de soins immédiats pour le patient, une admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent est demandée.

Plus spécifiquement, dans le cadre de l'érotomanie et pour des raisons assez intuitives, il convient que le tiers ne soit pas l'objet du patient. En effet, cette mention légale risque d'alimenter les croyances erronées du patient et de lui faire tirer des conclusions illusoire.

Néanmoins, toute personne désignée persécutrice par le patient, comme un proche de l'entourage de son objet, ou un rival amoureux, ou quiconque remplit la fonction d'obstacle à sa quête amoureuse, doit être tenue à distance de cette procédure légale.

Cette réalité clinique s'observe dans d'autres troubles délirants ou dans la schizophrénie, dès lors qu'une ou plusieurs est/sont désignée(s) comme persécuteurs. Le psychiatre doit prendre en compte cette dimension lorsqu'il rédige le certificat médical de contrainte aux soins psychiatriques.

L'article 3 de la loi en vigueur spécifie que l'admission en soins psychiatriques peut se faire sur décision du représentant de l'état (à Paris le préfet de police, et dans les autres départements les représentants de l'état). Ce mode d'hospitalisation survient lorsqu'un malade compromet la

sûreté des personnes, ou porte gravement atteinte à l'ordre public. Par exemple, il peut s'agir d'un érotomane ayant agressé physiquement un rival amoureux.

b. Le temps de l'hospitalisation

Le mur s'érige entre le sujet et son objet

Le patient est donc hospitalisé dans un service public de psychiatrie correspondant à son secteur d'habitation, en soins sous contrainte ou en soins libres, selon les présentations.

Cette période d'observation en service marque pour certains patients érotomanes le mode d'entrée dans le monde psychiatrique. Pour d'autres, elle survient au cours de l'évolution d'une pathologie en cours de traitement et/ou traitée, afin d'enrayer une probable décompensation aiguë.

Dalle ¹⁵⁶ rappelle que cet espace institutionnel représente une psychothérapie à lui seul en ceci qu'il met en scène divers intervenants pouvant susciter de multiples projections transférentielles. C'est dans ce cadre que va s'exercer la défusion de la relation duelle avec l'objet, pour ensuite accepter le tiers soignant.

Cette césure volontaire permet une distanciation nécessaire, dans le but de protéger le patient d'un risque auto agressif supposé. Elle a aussi pour fonction de protéger l'objet du sujet érotomane ainsi que son entourage direct en cas de risque de passage à l'acte, ou de conduites harcelantes traumatisantes. Elle fait office de barrière protectrice par ses murs.

L'isolement se renforce

L'isolement peut être renforcé, si et seulement si, les murs simples du service ne suffisent plus à contenir le patient et qu'il doit être mis à l'écart urgemment, afin d'éviter une mise en danger de sa personne et/ou d'autrui (les autres patients, le personnel soignant).

Ce confinement physique et psychique doit respecter les recommandations de bonne pratique fixées par la Haute Autorité de Santé, et être employé uniquement si d'autres mesures ont été prises avant et ont été mises en échec (chambre d'apaisement, sédation adaptée etc..).

Celui-ci doit obligatoirement être accompagné d'une sédation suffisante afin de tout mettre en œuvre pour le rendre le plus supportable possible, et doit être de la plus courte durée envisagée.

¹⁵⁷ L'isolement psychiatrique est régi par la législation de 2016. ¹⁵⁸

La loi stipule que l'isolement et la contention sont des pratiques médicales de dernière instance. Cette décision est médicale, prise pour une durée limitée et fréquemment révisée, et doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée aux personnels de santé de l'établissement concerné.

Un registre, pour chaque mesure d'isolement ou de contention thérapeutique prise, doit être dûment rempli, signé par un psychiatre ayant validé la mesure, avec sa date, son heure et sa durée, ainsi que le nom des professionnels de santé l'ayant mis à exécution. Ce registre, sous forme numérique, doit pouvoir être présenté à la commission départementale des soins psychiatriques et au contrôleur général des lieux de privation et de liberté, s'ils en font la demande. L'établissement hospitalier émet un rapport chaque année rendant compte des pratiques d'isolement et de contention.

Au décours de cette période d'isolement qui doit être la plus courte possible, on espère obtenir une amélioration rapide des symptômes du patient.

On peut imaginer un patient érotomane dans les moments féconds de la maladie (lors de la phase d'espoir par exemple), et présentant une excitation psycho motrice, associé à un déni des troubles du comportement et une désorganisation psychique intense qui rendent l'utilisation de l'isolement thérapeutique nécessaire, à un moment donné. C'est possiblement une des alternatives envisagées.

c. Le suivi en ambulatoire

Le réseau en psychiatrie

Lors de la décision de sortie du patient, que l'équilibre psychique est atteint, l'articulation de secteur en psychiatrie permet une continuité des soins hors des murs de l'hôpital.

La psychiatrie de secteur a mis en place un dispositif diversifié de structures de soin qui relègue de plus en plus l'hospitalisation à un ou plusieurs moments de la vie du patient, alors qu'il n'y a encore pas si longtemps sa vie s'écoulait au sein de l'hôpital. Ce dispositif forme un véritable maillage autour du patient.

L'impulsion donnée à la psychiatrie et en particulier aux travaux extra hospitaliers ces trente dernières années, a permis sans doute aux acteurs concernés de se connaître et de développer des complémentarités.

L'existence de ce réseau diversifié d'acteurs a transformé la nature de la demande. Autrefois adressée uniquement à l'hôpital, la demande de soins s'adresse à présent aux multiples intervenants qui contribuent à préserver le réseau naturel du patient.

Au CMP (centre médico-psychologique), le patient continue sa prise en charge psychiatrique, ou bien à l'HDJ (hôpital de jour), il participe à des activités thérapeutiques de groupe, ou encore au sein du CATTP (centre d'activité thérapeutique à temps partiel) il peut assister à des actions de soutiens en groupe.

L'hôpital de jour, par sa fonction contenant mais son ouverture à l'extérieur, représente ce que Winnicott nommait « l'espace transitionnel », à la frontière entre la réalité interne et la réalité externe du patient.¹⁵⁹

Les relais extra hospitaliers, notamment par les activités groupales, permettent ainsi créer un espace transitionnel, un lieu de soin où le travail va être d'aménager la réalité psychique du sujet à la réalité extérieure objective.

La notion de réseau pour le psychiatre renvoie à deux aspects qui ont parfois tendance à se superposer :¹⁶⁰

- Les divers lieux et personnes au sein desquels gravitent le patient et l'équipe soignante.
- Le soutien qu'une personne peut trouver à travers les relations sociales avec d'autres groupes ou associations.

Dans la région Sud-Est, le COFOR (centre de formation au rétablissement) ou les GEM (groupes d'entraide mutuelle) sont des exemples d'associations pour les malades psychiatriques.

Il est devenu habituel de distinguer d'un point de vue sociologique :

- Les réseaux primaires constitués d'individus en interaction les uns avec les autres. La relation se constitue sur une base affective.

- Les réseaux secondaires sont constitués par les institutions médico-sociales créées pour répondre à des besoins de services particuliers.

En psychiatrie, il est malheureusement constaté que nous intervenons alors que le réseau primaire soit n'existe déjà plus, soit se disloque dans le contexte de la décompensation.

La réhabilitation psycho-sociale

La réhabilitation psycho-sociale au cours de l'hospitalisation et se prolongeant en dehors représente un véritable enjeu et facteur de bon pronostic. L'aide va de la mise en place d'une relation psychothérapique jusqu'au soutien actif matériel au patient.

Au sein du dispositif sectoriel la question de la frontière du soin et du social s'articule de manière concomitante. Les difficultés liées aux problèmes sociaux et familiaux se répercutent sur l'évolution de la maladie.

Nous citons également les articulations réalisées entre les équipes psychiatriques et le champ médico-social dans le cadre de la réinsertion et de l'hébergement. Ces axes sont souvent bien investis par le patient et les équipes.

Le rôle et la place de l'entourage et de la famille

Autant que faire se peut, si des aidants existent, ils doivent être sollicités par l'équipe médicale, dans une perspective d'étayage adapté du patient au sortir de l'hospitalisation.

Un bon entourage représente un facteur pronostic de taille dans le rétablissement des patients en psychiatrie, et se considère comme un partenaire de soins.

En effet, on devine que ce n'est pas le « corps-objet » qui domine la vie d'une personne atteinte d'un trouble délirant érotomane ou de schizophrénie, mais son rapport au monde, aux autres et en particulier à ses proches, ce que G. Pankow appelle « le corps vécu » ou « l'être-là du schizophrène ».

Par ailleurs, cette charge imposée à l'aidant peut aussi dénaturer le lien entre un malade et son proche, qui se trouvent bloqués tous les deux dans un rapport d'interdépendance aidant-aidé.

Il est parfois nécessaire pour un aidant de se distancer de la prise en charge. Les familles souffrent et cela engendre des conséquences néfastes pour elles et pour le patient.

Elles ont souvent des idées fausses sur la maladie, sur ses causes et ses symptômes et sur la façon de la prendre en charge. ¹⁶²

Ces opinions erronées sont celles de la population générale et souvent stigmatisantes, attribuant les troubles du comportement observés soit :

- à l'éducation (responsabilité de la famille),
- à des traits de caractère du malade (responsabilité du malade).

Le retentissement sur la santé psychique et physique des membres de la famille, sur le fonctionnement familial global et la qualité de vie est important.

On peut par ailleurs leur proposer des groupes de soutien pour aidants, et favoriser la bonne information thérapeutique.

RÉSUMÉ

Bien qu'il puisse accepter la prise en charge plus volontiers lors des phases de dépit (marquées de dépression), il arrive souvent qu'un patient érotomane ne veuille pas se faire prendre en charge, et s'oppose en bloc aux soins, notamment lors des moments féconds de l'érotomanie. Il considère que le médecin et le cadre hospitalier dans son ensemble s'érigent en obstacle sur le chemin de sa conquête amoureuse imaginée.

Il est alors contraint à se faire hospitaliser, recours permis et légiféré par le texte du 5 juillet 2011. Le patient se trouve ainsi contenu dans les murs de l'hôpital dans le but premier de le distancer volontairement de son objet primaire. Le cadre institutionnel, au travers de ses différents acteurs, lui permet un transfert multi-dimensionnel et donc de mettre à distance son attachement singulier à l'objet primaire.

A sa sortie d'hospitalisation, le patient se trouve dans un espace transitionnel, entre sa réalité expérimentée et la réalité objective extérieure. L'ensemble des structures de soins du réseau secondaire en psychiatrie constitue cet espace.

Le réseau primaire, représenté par l'entourage proche et la famille, doit être encouragé dès les premiers instants de la prise en charge et perçu comme un véritable partenaire de soins, ayant un impact direct sur le rétablissement du patient. La réhabilitation psycho-sociale représente un enjeu prégnant et facteur du bon pronostic du patient.

B. La psychothérapie

a. La psychothérapie individuelle

Le transfert érotomaniaque

La mise en place d'une psychothérapie individuelle semble constituer l'une des options emblématiques de la prise en charge du patient érotomane, qu'elle soit primaire ou secondaire.

Cette stratégie est préconisée par la presque unanimité des auteurs. Le point de vue doctrinal de Freud a réfuté la possibilité d'une cure psychanalytique avec des patients souffrant de symptômes psychotiques. Cependant, cette position de principe n'a pas empêché de commencer une telle cure avec certains d'entre eux et d'obtenir des résultats probants.¹⁶³

Le transfert érotomaniaque prend l'allure d'une variante du transfert psychotique, en ceci que l'autre est identifié comme un lieu d'émission de libido.¹⁶⁴

D'un point de vue psychopathologique, le transfert érotomaniaque peut avoir plusieurs fonctions : suppléer une figure parentale ou un imago pré œdipien. Selon Bulat-Manenti, la fonction paternelle et celle de l'idéal présentent, avec la sublimation, des positions pivots qui permettent de travailler avec la psychose.¹⁶⁵

Le clinicien ne doit pas s'opposer à ce transfert, mais pointer les éléments de réalité et soutenir le patient dans son travail psychique.

Le contre-transfert du thérapeute

D'après Winnicott, le contre-transfert se situe lorsque le thérapeute quitte sa position de neutralité pour agir avec ses émotions.

Pour Covello et Dalle ¹⁶⁶, la négation par l'objet d'avoir participé à un quelconque processus érotomaniaque est souvent décrite. Cette dénégation et ce rejet, réactions contre-transférentielles, entretiennent les convictions délirantes de l'érotomane, puisqu'elles suscitent les interprétations du patient. Celui-ci pense les justifier par la conduite paradoxale de son objet, ou bien les attribue à une volonté d'exclusion de sa personne émanant du thérapeute, et entretenant alors un sentiment de persécution.

Caroli ¹⁶⁷ invite les cliniciens à écouter la souffrance brute du patient, sans adopter la position de « l'homme de bien » de Perrier ²³, décrite par une bienveillance trop prononcée à l'égard du patient. Il faut également ancrer les récits délirants du sujet dans la réalité objective.

La place et la fonction de l'objet au sein de la thérapie

West et Friedman ¹²² rappellent l'importance de la prise de distance lorsqu'on est l'objet d'un érotomane, et l'information à son entourage et aux autorités légales, s'il le faut. Leong ¹⁶⁸ partage cette opinion, en encourageant une consultation psychiatrique pour un individu à la moindre émergence symptomatique.

Dalle ¹⁵⁴ pense que la mention de l'objet doit être incitée au cours de la psychothérapie.

Jordan et al., ¹¹⁷ estiment que la confrontation du sujet avec son objet au cours d'un entretien encadré ne doit pas être utilisée, car ces patients sont souvent persécutés et peuvent intégrer le thérapeute respectif dans leur délire tout en devenant agressif. Le thérapeute devient un adversaire s'opposant à leur idylle. ¹¹⁷

En somme, si l'éloignement de l'objet est incité par de nombreux auteurs lors des phases hypersthéniques de l'érotomanie, sa mention lors des entretiens est considérée comme pertinente et ne devant pas être censuré.

b. La thérapie à plusieurs

De toutes les modalités d'accompagnement, une constante reste inchangée : celle du tiers. Chaque prise en charge doit s'efforcer d'introduire une personne tiers, afin d'éviter le piège de s'enfermer dans la relation duelle narcissique.

Perrier questionne la place et la fonction de « *l'homme de bien* » et, au gré de ses travaux, incite le clinicien à veiller à ne pas s'enfermer dans une relation duelle. Il est question de « toujours créer le tiers ».

La mise en place d'un tiers substitutif suggérée par Kestenberg permet de dépasser l'étape érotomaniaque dans la relation thérapeutique. Il propose ainsi de mêler psychothérapies institutionnelle et collective, en plus de la psychothérapie individuelle.

La thérapie de couple

Cette proposition de psychothérapie spécialisée s'inscrit dans la lignée de volonté de faire intervenir un tiers au décours de la prise en charge du sujet, ce qui permet d'élargir le champ des possibilités transférentielles.

L'adjonction de la présence du ou de la conjoint(e) peut s'avérer pertinente, puisqu'elle ancre le patient dans des éléments de réalité extérieure, favorisant ainsi son retour progressif dans cette réalité, à la manière de l'espace transitionnel de Winnicott.

Cette thérapie ne se propose que si le sujet n'éprouve pas des sentiments de persécution vis à vis de son ou sa conjoint(e), car le cas échéant elle présente un risque certain à alimenter le délire du sujet, qui pense ainsi que le thérapeute et le partenaire s'allient tous deux pour contrer son idylle imaginée.

C'est au thérapeute d'en juger les indications lors de ces entretiens avec le malade.

C'est également une proposition de thérapie sur du plus long terme, une fois les phases fécondes du délire érotomaniaque résolues et à distance de la crise conjugale qu'a provoquée la décompensation.

Elle permet d'apporter un étayage solide au couple, de donner un espace de parole aux deux partenaires, de travailler sur des facteurs qui ont pu prédisposer à l'émergence de tels symptômes, en se gardant de faire naître toute accusation chez l'un ou l'autre des partis.

Il peut aussi arriver que le partenaire du sujet érotomane en soit également l'objet, c'est que tenait à affirmer Clérambault, expliquant ainsi que certains érotomanes déjà mariés à leur objet n'étaient alors jamais diagnostiqués. En ce cas, la distanciation lors des moments de décompensation s'envisage plutôt. Plus tard, on peut envisager une réintroduction de l'objet au cours de la prise en charge du sujet.

La thérapie familiale

La thérapie familiale, avec l'accord de tous les membres sollicités, s'envisage également dans la relation érotomaniaque.

Elle permet de multiplier les intervenants et donc de privilégier un investissement pluriel, et élargir le champ des relations transférentielles pour le patient. Ainsi, ce dernier est plus à même de se détacher de l'objet primaire.¹⁵⁶

Le ou les thérapeute(s) menant à bien ce projet s'assure(nt) au préalable de l'identité de l'objet du patient, et de ce fait qu'il n'en fasse logiquement pas partie. L'intervention directe de l'objet au sein d'une thérapie ne semble pas être une option reconnue.

Cette prise en charge se propose en dehors des moments féconds et bruyants de l'érotomanie, et en excluant toute idée de persécution marquée de la part du sujet envers sa famille. Elle pourrait en ce cas avoir l'effet inverse de celui escompté.

Le thérapeute est donc amené à la prudence lorsqu'il sélectionne les personnes de l'entourage familial, en se gardant de céder à quelconque pression, et en privilégiant l'alliance avec le patient.

La thérapie de groupe

Dalle rapporte son expérience groupale de la prise en charge de plusieurs patientes, dans lequel une érotomane avait été intégrée.

C'est également une activité groupale qui s'observe lors des relais extra hospitaliers, au sein des structures de soins, qui permettent un retour progressif pour le patient à la vie extérieure.

Elle s'illustre autour d'activités thérapeutiques sous différentes formes (art thérapie, musicothérapie, sophrologie, sport) ou des groupes de soutien et d'espaces de paroles.

RÉSUMÉ

La psychothérapie individuelle est unanimement reconnue pour accompagner le patient dans son travail psychique et l'ancrer à des éléments de réalité extérieure. Le transfert érotomaniaque existe, et le clinicien ne doit pas le rejeter. Il doit garder une position de neutralité, ne pas occuper la position d' « homme de bien », et n'émettre ni dénégation ni rejet, puisque cela pourrait affecter et alimenter le délire du patient.

L'objet ne doit pas interférer directement dans la thérapie mais sa mention permise et incitée.

Il est primordial pour le thérapeute d'introduire le tiers, que ce soit par le cadre institutionnel, par les thérapies de groupes et spécifiques (conjugales et/ou familiales) afin de ne pas s'enfermer dans une relation duelle narcissique.

c. Les traitements médicamenteux

a. Les antipsychotiques

Les patients atteints de troubles psychotiques type schizophrénie ou schizophrénie dysthymique ont des résultats moyens sur les symptômes de l'érotomanie avec l'usage des neuroleptiques.

Il est tout de même noté une accalmie de la clinique et une rémission lorsqu'on utilisait des neuroleptiques à plus fortes doses et pendant de plus longues périodes.²⁶

Néanmoins, il faut veiller à ne pas exacerber d'éventuels effets secondaires causés par des posologies plus importantes et sur des plus longues durées.

Les neuroleptiques d'action retard favorisent l'observance chez les patients érotomanes, chez qui l'acceptation des troubles semble difficile et les éventualités de passage à l'acte (auto ou hétéro agressifs) présentes.

- Le pimozide

Munro rapporte en 1985 le traitement réussi de deux patients atteints d'érotomanie primaire avec du pimozide.¹⁶⁹ Il s'agit d'un antipsychotique typique de la famille des diphenylpipéridines, introduit dans les années 1960, largement utilisé au Canada et en Grande-Bretagne, utilisé dans le syndrome de Gilles de la Tourette, et qui a montré son efficacité dans d'autres cas d'érotomanie secondaire.⁹⁶

Le pimozide a néanmoins des effets secondaires connus comme les effets extra pyramidaux, l'hypotension orthostatique ou l'allongement de l'intervalle QT à l'ECG (électrocardiogramme).

- les antipsychotiques atypiques

Du fait de leurs actions combinées sur les cibles sérotoninergiques et dopaminergiques et de leur tolérance neurologique meilleure, les antipsychotiques atypiques représentent des traitements communément utilisés pour les troubles délirants. Ce ne sont pas des molécules spécifiques au trouble érotomaniaque.

Une différence d'efficacité entre les sous types délirants n'a pas été mise en exergue. Une différence d'efficacité entre les molécules de 2ème génération n'a pas été prouvée.

L'aripiprazole (Abilify) est référencé comme une molécule de choix dans l'arsenal thérapeutique.^{170, 93}

La risperidone (Risperdal) semble également être efficace pour différents auteurs.^{76, 90, 171, 110} Kennedy et al., observent une rémission clinique complète à faibles doses de Risperdal.²⁶

L'olanzapine (Zyprexa) est également mentionné.⁶⁹

La Clozapine (Leponex)^{120 109} est une piste envisagée. Cette dernière est peu utilisée en première intention en pratique clinique mais plutôt envisagée après l'échec de deux traitements neuroleptiques bien conduits, à cause du monitoring biologique qu'elle nécessite pour anticiper le risque d'agranulocytose médicamenteuse.

Les formes retard (IM) sont également utilisés.²⁶

b. Les thymorégulateurs

Des cas d'érotomanie associés à une hypersthénie lors de la phase espoir, en association ou non avec des troubles bipolaires authentifiés, ont trouvé une accalmie à la suite d'une prescription adaptée de thymorégulateurs, comme le lithium,¹⁷² le valproate de sodium¹²⁰, ou la carbamazépine, la lamotrigine¹⁷³.

c. Les antidépresseurs

Imipranine¹⁷⁴, Mirtazapine¹⁷⁵, Clomipranine¹⁰⁹ sont des molécules introduites lors d'épisodes dépressifs sévères observés au décours d'une érotomanie et l'obtention d'une euthymie est décrite comme associée en parallèle à la régression des convictions délirantes.

d. Le traitement de fond des maladies causales

Un traitement ciblé du trouble sous-jacent associé, dans un objectif d'équilibrage de la pathologie causale, semble offrir la meilleure option thérapeutique pour les symptômes érotomaniaques secondaires.

Si l'érotomanie est liée à une pathologie psychiatrique (schizophrénie, trouble bipolaire), chercher le bon équilibre passe par la psychothérapie et la mise en place de molécules de fond adaptées au degré de compliance et d'observance du sujet.

Les formes retard de neuroleptiques sont utilisées en pratique clinique.

Les addictions aux substances ou comportementales éventuellement associées doivent faire également l'objet d'une prise en charge spécialisée.

Si l'érotomanie est liée à une pathologie organique comme par exemple un trouble auto-immun⁹⁰, hématologique⁷⁶, infectieux¹⁰⁹, neurologique⁹⁹, le traitement causal peut suffire à enrayer les illusions érotomaniaques.

Si la stabilisation de l'érotomanie secondaire n'est pas suffisamment obtenue, accompagner cette prise en charge en introduisant en plus une psychothérapie à bon escient et une molécule neuroleptique ne constitue pas une erreur.

Enfin, la prise en compte globale environnementale est fondamentale, dans une logique du modèle bio-psycho-social. Elle passe par exemple par la réhabilitation psycho-sociale d'un érotomane isolé, par la mise en place d'une psychothérapie de soutien pour une jeune érotomane au passé de maltraitance sexuelle, ou par la proposition de thérapie familiale ou de couple à distance d'une crise.

En somme, tout facteur qui a pu prédisposer d'une manière ou d'une autre l'émergence d'une symptomatologie érotomaniaque se considère à part entière dans la thérapeutique du patient.

e. L'ECT

Pour Jeffries et al¹⁷⁶, les troubles bipolaires et schizo-affectifs doivent être envisagés chez les patients présentant des délires érotomanes, et l'électroconvulsivothérapie peut offrir une alternative efficace lorsque d'autres traitements somatiques ont échoué. Dans deux cas d'érotomanie secondaire, il a été démontré la résolution complète des désillusions, et une rémission clinique.

D'autres auteurs ont également observé des cas de rémission clinique complète avec l'ECT,¹⁷⁷ ou une franche amélioration clinique sans complète rémission^{178, 179}.

Cette pratique n'est pas classiquement conduite en première intention en dehors de cas isolés mais peut s'avérer fonctionnelle en deuxième ou troisième intention.

RÉSUMÉ

Les traitements médicamenteux semblent avoir des réponses difficilement prévisibles et variables selon les tableaux cliniques.

Aucun consensus qui consiste à privilégier une molécule par rapport aux autres n'a été formulé.

Des publications concernant le pimozide ont fait état de rémission clinique. Les neuroleptiques atypiques connaissent également des résultats encourageants sur les convictions délirantes, mais sont valables pour l'ensemble du cortège des troubles délirants.

Les anti-dépresseurs et les thymo-régulateurs peuvent également enrayer des processus érotomaniaques évoluant en parallèle de troubles thymiques.

Traiter la maladie causale (organique ou toxique) semble être une option efficace dans de nombreuses situations. Stabiliser la pathologie mentale associée est un facteur de bon pronostic des troubles érotomaniaques.

Certaines érotomanies secondaires tenaces pourraient faire l'objet d'électroconvulsivothérapie, avec des résultats de rémission clinique complète.

D. La prévention

a. Primaire

Il s'agit d'une prévention en amont de la manifestation des premiers symptômes d'érotomanie, avant la constitution du nœud idéo-affectif chez le sujet.

Le clinicien interroge de manière scrupuleuse son patient, en questionnant la vie affective et sexuelle et ses principaux antécédents familiaux et personnels. Il faut enquêter sur l'existence d'éventuels facteurs prédisposants.

Cette prévention se vérifie également auprès du patient connu de son psychiatre depuis des années et traité pour une pathologie psychiatrique. Celui-ci n'est pas moins exempt qu'un autre à développer des idées délirantes d'allure érotomaniaque, mais il est souvent oublié car il souffre de l'étiquette un peu plaquée de sa pathologie.

Clérambault propose un vrai travail d'enquête auprès des patients érotomanes.

b. Secondaire

La prévention secondaire consiste à enrayer au plus vite le processus émergent de l'érotomanie dès lors qu'il est repéré chez le patient.

La finalité est afin réduire le risque de passages à l'acte, que l'on peut malheureusement rencontrer lors des phases de dépit et de rancune chez les patients.

Cette étape endosse une double fonction :

- la protection du patient (il s'agit là de prévenir le risque auto-agressif direct, et par conséquent éviter les sanctions pénales encourues par le patient à la suite du geste/comportement hétéro-agressif)
- la protection de la société (prévenir le risque hétéro-agressif, et prévenir l'impact psychologique/physique)

c. Tertiaire

La prévention tertiaire intervient à la suite d'un événement auto-agressif ou hétéro-agressif de la part du sujet. La finalité est ici une réduction des risques de récurrence.

Celle-ci prend forme dans un objectif de stabilisation de la maladie, qui s'obtient par la mise en place adaptée d'un traitement et d'une psychothérapie. La continuité du suivi est une des composantes de la prévention tertiaire.

Dans certains cas, le patient est alors écroué pour des raisons pénales. En milieu carcéral, l'objectif de continuité des soins reste un enjeu prégnant pour le pronostic et la prévention des récidives.

VI. Enjeux médico-légaux

A. Ouverture historique aux questions médico-légales

Les enjeux médico-légaux sont abordés assez tôt par les auteurs classiques, qui se questionnaient alors sur le potentiel de dangerosité de l'érotomane.

a. L'ordonnance de Zieller

En 1810, Zieller, un criminaliste de Vienne, rapporte le cas d'un jeune homme qui croit que de nombreuses femmes sont éprises de lui. Ce patient se convainc également de l'amour d'une jeune femme, pensant également qu'une machination se trame à leur rencontre, orchestrée par une femme plus âgée. À la suite de quoi, il va tuer ces deux femmes au cours d'une représentation au théâtre.

Il amène alors la première description médico-légale de l'érotomanie, sans pour autant citer le terme exact de cette entité.

b. Alphonse Portemer

Dans l'avant-propos de sa thèse publiée en 1902 ⁴, Alphonse Portemer donne le ton. Il met l'accent sur la potentielle dangerosité des érotomanes.

Selon lui, les érotomanes ne sont pas simplement figés à la phase d'espoir mais ils peuvent également blesser les autres intentionnellement dans des phases plus avancées.

L'érotomanie serait donc « une forme spéciale d'amour morbide ».

Il associe deux qualificatifs à ces patients, qui leur resteront attachés de manière péjorative, « incurables et dangereux ».

Il fait d'ailleurs un lien avec les délires de persécution, en avançant l'hypothèse que l'érotomane veut se venger car il se croit persécuté.

Il les classe d'ailleurs en deux catégories :

- « Les persécuteurs amoureux » qui traquent leur objet par amour,
- « Les persécuteurs percuteurs » qui se persuadent que soit l'entourage de l'objet, soit des rivaux amoureux, se mettent en travers de son chemin volontairement, et l'empêchent de vivre librement son idylle. C'est dans cette forme que la violence peut survenir.

Alphonse Portemer amène également une notion prégnante de médecine légale.

Il avance que les érotomanes ne devraient pas être condamnés par la loi et plutôt bénéficier d'une clémence en raison de leur état mental. Ils ne sont donc pas responsables des actes commis.

Il ajoute à cela que leur place n'est certes pas en prison, mais pas non plus en liberté, car ils ont besoin de soins psychiatriques et d'être internés. Cet internement représente une privation de liberté nécessaire à la sécurité du patient et à celle de l'ensemble de la population. La notion d'incurabilité amenée par Portemer appuie la décision de maintenir ces patients en dehors de la société.

B. Erotomanie, de la dangerosité induite ?

a. Expertises psychiatriques

Rôle de l'expert psychiatrique

Pour devenir expert psychiatre au niveau national, certaines conditions au niveau régional (tribunal de grande instance) s'imposent dans un premier temps.

Pour être expert régional, il faut n'avoir jamais commis d'actes immoraux, avoir les compétences requises (titulaire du diplôme de psychiatrie, et cinq ans de pratique après le diplôme, avec des formations complémentaires facultatives comme par exemple des diplômes universitaires), exercer dans l'ère de compétence du tribunal régional, avoir entre 30 ans et 70 ans et être de nationalité française.

Cette fonction dure trois ans avant de pouvoir être titularisé par une commission bipartite. L'expert régional peut être maintenu à cette fonction pour une période de 5 ans reconductibles.

La titularisation exercée pendant trois années consécutives à l'échelle régionale est nécessaire pour exercer sur la liste nationale. Cet exercice peut durer jusqu'à 7 années reconductibles à la demande de l'expert.

La liste nationale est donc établie par la Cour de Cassation.

L'expert psychiatre est mandaté par le magistrat dans l'affaire pénale concernée. L'expert rencontre alors le prévenu en pré-sentenciel, et prévient ce dernier des raisons de cette rencontre.

L'expert établit un rapport écrit où il s'astreint à répondre aux questions posées par la magistrature, et le rend à la fin de son enquête, afin que la Cour statue.

L'expert décrit l'état psychique de l'individu *au moment des faits*, et justifie si la maladie psychiatrique en cause est décompensée *au moment des faits* et si elle a altéré le discernement du sujet. Il s'assure également que les faits reprochés au sujet soient bien en lien avec des troubles psychiques.

La décision de responsabilité pénale incombe à la magistrature, qui peut choisir de suivre ou non l'avis de l'expertise.

Des données récentes montrent une grande hétérogénéité dans les expertises selon les psychiatres. ¹⁸⁰ Elle s'explique par l'influence morale, ethnique, culturelle, religieuse, environnementale de chaque expert.

Notion d'abolition du discernement

Sous Napoléon en 1810, le code civil reprend dans l'article 64 la notion d'irresponsabilité pénale.

« Il n'y a ni crime ni délit, lorsque le prévenu était sous un état de démence au temps de l'action, ou lorsqu'il a été contraint à une force à laquelle il n'a pas pu résister ». ¹⁸¹

La sentence est équivoque, soit la personne est qualifiée de démente et elle sera internée, soit elle n'est pas atteinte de démence et donc elle sera condamnée à de la prison ferme. La nuance n'existe pour le moment pas.

Le code pénal de 1994 abroge cette loi et introduit la notion d'atténuation de la responsabilité dans l'article 122-1, dans son alinéa 1.

« N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes »
127

Notion d'atténuation de la responsabilité pénale

Le même article, dans son alinéa 2, introduit la notion d'atténuation de responsabilité.

« 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. » ¹²⁷

La loi Taubira votée en 2014 ¹⁸² modifie le dit article et précise que la peine encourue doit être réduite du tiers si elle est privative de liberté.

Si la juridiction en vient à ne pas prononcer de réduction de peine, elle doit demander un avis médical puis choisir d'en tenir compte ou pas et motiver sa décision. Elle doit également s'assurer de la bonne continuité des soins du sujet.

b. Evaluation de la dangerosité

Nouvelle mission de l'expert

Une des nouvelles missions qui incombent à l'expert psychiatre est celle de l'évaluation de la dangerosité d'un patient psychiatrique. ¹⁸⁰

Cette notion est apparue assez récemment dans les expertises. Il s'agit en fait de prédire l'éventualité d'une récurrence de passage à l'acte hétéro-agressif, à des finalités de prévention tertiaire.

Pour ne pas tomber dans ce piège qui promet l'expert bouc émissaire de la récurrence, il faut que le rôle de l'expert soit clairement défini dans ses limites. L'évaluation pronostique n'est pas la prédiction astrologique de l'avenir.

L'expert évalue les facteurs de pronostic favorable, les facteurs de pronostic défavorable, et surtout, parce que l'avenir n'est jamais su par avance, il indique les mesures à préconiser pour s'appuyer sur les premiers et limiter les seconds. La psychiatrie ne peut se voir déléguer le fantasme collectif du risque zéro.

Cette évaluation dépend à la fois de la subjectivité de l'expert, de ses convictions, et de son expérience professionnelle.

De plus, elle dépend de multiples facteurs environnementaux du sujet en cause (usage de substances, précarité, isolement social), de facteurs de soins autour de la maladie du sujet (traitement stabilisé, suivi régulier ou anarchique, degré de compliance aux traitements, pathologies associées, bonne acception des troubles) et enfin du sujet lui-même (traits de personnalité, tempérament).

D'autres questions concernant le pronostic d'un patient sont récemment entrées en jeu au travers des expertises, comme les notions de curabilité ou de ré-adaptabilité. Elles entraînent inexorablement une modification du travail de fond de l'expert, qui doit non seulement tenir compte de variables au moment des faits, mais également de variables futures, difficilement prédictibles.

La loi, qui accorde une large place à l'expertise psychiatrique, est l'occasion d'une nouvelle définition de ses objectifs et de ses limites, en délogeant l'expert d'une illusoire position de devin qui profère des avis péremptores, et de lui confier plutôt celle du clinicien qui, puisant dans son expérience de thérapeute, est susceptible de donner à la justice des avis compétents et prudents pour la guider dans ses décisions.

Quels sont les facteurs prédictifs de passages à l'acte hétéro-agressifs ?

Les auteurs s'accordent à rassembler plusieurs éléments impliqués dans le risque de passage à l'acte hétéro-agressif de l'érotomane (allant de la menace verbale, en passant par les dégâts matériels, jusqu'à l'agression physique ou sexuelle) :

Le sexe masculin : En effet, les hommes ont une tendance à être beaucoup plus intrusifs que les femmes. Les femmes passent par des conduites harcelantes distancées, préférant les appels, les courriers à répétition, tandis que les hommes sont plus à même de suivre, d'aller déranger physiquement leur victime. Les populations médico-légales sont de ce fait quasi exclusivement masculines. Une femme est plus rarement mise sous le coup de la justice pour des conduites harcelantes. Mullen donne le chiffre de 11 sur 14 hommes à la fois stalker et érotomanes. ^{168, 33}

La consommation de toxiques associée : elle est souvent davantage consommée par le sexe masculin. ³³ Néanmoins, les femmes peuvent décrire des comportements d'alcoolisation ou de prises d'anxiolytiques dans les instants qui précèdent un appel harcelant, ou bien juste avant de rédiger un courrier qu'elles iront poster.

Une personnalité pré morbide de type antisocial : Cet état antérieur pré morbide semble constituer une prédisposition assez centrale dans les tendances à avoir des comportements agressifs. Les auteurs portent également leur attention sur d'autres traits

de personnalité à risque dans les études médico-légales, comme la personnalité borderline, narcissique, dépendante, histrionique.³³

La multiplicité des objets : Avoir plusieurs objets invite logiquement le sujet à multiplier les conduites harcelantes et donc multiplier les risques de passage à l'acte.^{183, 184} Les hommes, et les érotomanes secondaires sont plus à même de multiplier les objets. Mullen¹⁸³ estime que les érotomanies secondaires ont une propension plus accrue à changer d'objets, ce qui participe à une augmentation du risque de passage à l'acte.

Menzies¹⁸⁴ conclue que l'accumulation d'un trouble de la personnalité et d'une multiplicité des objets renvoie à un potentiel de dangerosité de presque 89%.

Cumuler tous ces facteurs de risque prédisposants à la violence ne veut pas dire en faire réellement preuve. Le clinicien se doit d'émettre des réserves quand il évoque la dangerosité possible d'un érotomane.

Limites et biais des études

Dunne chiffre une population de 10% de patients érotomanes ayant des conduites de stalking,¹²⁸ tandis que Mullen affirme en compter jusqu'à 30%.

Kennedy estime quant à lui que moins de 50% de comportements harcelants se repèrent dans une population érotomane, et moins de 5% ont des comportements violents²⁶.

Cette évaluation de la dangerosité chez l'érotomane semble alors biaisée, dans le sens d'une surestimation des potentiels de dangerosité des érotomanes. En effet, les études proviennent d'échantillons médico-légaux et ne prennent pas en compte le restant de la population concernée par la pathologie.

Nous avons déjà vu qu'une personne atteinte d'érotomanie peut fonctionner sans altération majeure de son comportement, n'être jamais diagnostiquée et délirer « en silence ».

Cependant, la faible prévalence de l'érotomanie et son sous-diagnostic évident amène une difficulté supplémentaire pour son étude dans un échantillon de population générale.

De plus, il se peut que les érotomanes considérés comme dangereux soient diagnostiqués à mauvais escient dans ces populations médico-légales, puisque la phase de rancune se confond

parfois avec un délire de jalousie ou de persécution. En effet, les autres troubles délirants comme le délire de jalousie et de persécution sont des maladies à plus fort risque de passage à l'acte.

Ce constat de biais de sélection majeur ouvre la perspective de nouvelles études menées sur de plus larges échantillons de patients érotomanes tout venant, afin de définir leurs profils psychopathologiques. Ces études amèneraient à se questionner sur la prédictibilité de passages à l'acte violents des érotomanes en population générale.

Ces études sont difficiles à mettre en œuvre à cause du sous-diagnostic en population générale, de la faible prévalence, de la complexité des tableaux cliniques, et de l'évolutivité de la maladie propre à chaque patient.

RÉSUMÉ

Les balbutiements médico-légaux de l'érotomanie émanent de Zieller, puis connaissent une véritable assise avec Alphonse Portemer. Il met l'accent sur leur potentielle dangerosité et introduit une notion d'irresponsabilité pénale pour ces patients, qui ne doivent pas être enfermés en prison. C'est une possibilité qui s'envisageait déjà depuis le code pénal de Napoléon et son article 64, où il était question des patients atteints de démence et qui étaient exemptés de condamnation carcérale.

Les expertises psychiatriques pénales s'efforcent de décrire le sujet érotomane au moment des faits et d'établir si l'acte commis est en lien direct avec leur délire. La loi du code Pénal de 1994 revisite à nouveau la notion d'abolition du consentement (article 1) et nuance en introduisant celle d'atténuation de responsabilité (article 2). En ce cas, la loi Taubira précise que si la peine encourue est privative de liberté, elle est réduite du tiers de la peine encourue habituelle pour le même délit et/ou crime.

Une des nouvelles missions qui incombe à l'expert psychiatre nommé par la magistrature est celle de l'évaluation de la dangerosité du prévenu. Les notions de pronostic, de réadaptabilité et de curabilité sont également questionnées.

La prédiction du clinicien n'est pas celle de l'astrologue. L'expert doit être délogé d'une illusoire position de devin qui profère des avis péremptoires, et que l'on lui confie plutôt celle du clinicien qui, puisant dans son expérience de thérapeute, est susceptible de donner à la justice des avis compétents et prudents pour la guider dans ses décisions.

Les facteurs prédisposants à la dangerosité de l'érotomane semblent se constituer autour du sexe masculin, des antécédents de passages à l'acte, de la toxicomanie associée, des fonctionnements pré-morbides de troubles de personnalité (notamment des traits anti-sociaux) et de la multiplicité ou la simultanéité des objets. Les érotomanies secondaires auraient un potentiel de dangerosité plus élevé.

Les études quant à l'estimation de la dangerosité des érotomanes semblent contenir de larges biais de sélection, en ce sens où elles sont menées à partir d'échantillons médico-légaux et non pas à partir de la population générale. La dangerosité des érotomanes semble être surestimée à cause de ces biais.

La faible prévalence du trouble, le mauvais repérage des signes cliniques par les soignants, et le fonctionnement possiblement préservé des érotomanes des années durant, ne facilite pas la construction de nouvelles études.

C. Cas particulier des auteurs de violences sexuelles

a. Les violences sexuelles en quelques chiffres

L'ONDRP (Office nationale de la délinquance et des réponses pénales) collecte les données statistiques et estime qu'entre 1974 et 1998 le nombre de viols (avec pénétration) a été multiplié par 5, et que le nombre d'agressions sexuelles a été multiplié par 3.

Les faits constatés en 2011 montrent un pic d'augmentation des déclarations en lien avec la campagne Me-Too lancée en 2007 : 23871 faits rapportés de violences sexuelles, 5423 viols sur mineurs, 4983 viols sur majeurs.

Condamnations pour violences sexuelles en 2013 : 1188 viols (44% des crimes) contre (1356 en 2010) et (1684 en 2008) et 7952 affaires correctionnelles (1,4%) contre (9292 en 2008)

Pour ce qui est de l'exécution des peines, au 1^{er} janvier 2015 on estime que 7 249 personnes sont écrouées pour une infraction sexuelle, représentant ainsi la proportion de 12 % environ des personnes condamnées dans les prisons (0,2% de mineurs) alors que la proportion de population pénale pour ces faits n'était que de 5% en 1975.

Dans 2/3 des cas il s'agit d'une violence sexuelle sur mineur.

b. Les violences sexuelles chez l'érotomane

La prévalence des actes de violence sexuelle au sein de la population érotomane n'est pas connue.

Pour Mullen, les érotomanes secondaires sont plus à même de faire preuve de violence sexuelle que les érotomanies primaires, parce que le foyer de leur délire serait davantage charnel et porté sur l'attraction sexuelle, et qu'ils ont plus tendance à changer d'objet.

L'érotomane peut être amené à avoir des conduites harcelantes sexualisées, allant de la simple allusion sexuelle anodine dans un courrier adressé à l'élu de son cœur ¹²⁰, passant par un authentique harcèlement sexuel au téléphone ⁸⁰, ou par des conduites harcelantes parfois obscènes (filatures, surveillances) ¹⁸⁵, jusqu'à la possibilité de l'agression physique à caractère sexuel.

Habituellement, l'érotomane est confronté à la justice pour des délits sexuels mineurs.

c. Evolution de la législation

Le 17 juin 1998, la loi Guigou légifère le socio-judiciaire et l'injonction de soins. ¹⁸⁶ Il s'agit de la loi n°98-468 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs (Art 131-36-1 à 138 du code pénal ¹⁸⁷)

Elle survient à la suite d'une campagne médiatique sans précédent concernant les crimes sexuels sur enfants, dans un contexte de recrudescence des plaintes et poursuites. La question de la délinquance sexuelle a été placée par les décideurs politiques comme une « priorité de santé publique ».

Sa genèse connaît plusieurs étapes transitoires :

- *Rapport Balier (1994)* : c'est un rapport qui fait date dans l'histoire en faveur de la connexion du système santé-justice.

Claude Balier, psychiatre-psychanalyste freudien, chef de service du SMPR (service médico-psychologique régional) de Grenoble s'est grandement intéressé à la question de la psychopathologie des AVS (auteurs de violences sexuelles) et a été un véritable pionnier dans la recherche portant sur les comportements sexuels violents.

A la demande du ministère de la justice, Balier rend un rapport sur les auteurs de violences sexuelles incarcérés en 1994. Il s'agit d'une étude psychopathologique multicentrique en comparant un échantillon d'auteurs de violences sexuelles et un échantillon de personnes incarcérés pour d'autres délits non sexuels.

Balier et al.,¹⁸⁸ concluent en faveur d'un profil psychopathologique statistiquement différent pour les auteurs des violences sexuelles que pour les autres types de délinquants.

Ce rapport estime possible « de réaliser des progrès sensibles dans le traitement de la pathologie des auteurs d'infraction sexuelle » et précise que « cette pathologie exige une intervention précoce dès l'incarcération », le cas échéant au stade de la mise en examen.

Tout en soulignant les limites des traitements hormonaux, qui ne doivent « pas être considérés comme un traitement systématique ou radical », ce groupe de travail les considère plutôt « comme un précieux adjuvant pour les hommes qui ne parviennent plus à maîtriser des pulsions sexuelles devenues obsédantes ».

Par ailleurs, il recommande « la poursuite d'un suivi thérapeutique à la sortie pour les détenus condamnés à une peine d'emprisonnement pour crime ou délit de nature sexuelle (...). Ce suivi peut être exercé dans le cadre d'une obligation de soins complémentaire, d'une libération conditionnelle ou de tout aménagement de peine ou alternative à l'incarcération ».

Ce rapport a donné l'impact à la création de l'injonction de soin (IS), dont nous allons parler sous peu.

- *Rapport Lemperière (1996)*

- *Loi Mehaignerie (1994)* instaure la sanction pénale la plus lourde de l'arsenal juridique français, la réclusion criminelle à perpétuité avec une peine de sureté de 30 ans ¹⁸⁹.

- *Projet Toubon (1997, garde des sceaux)* envisage le suivi médico-social des délinquants sexuels. Le projet n'a pas abouti à cause d'une réticence de la communauté médicale, y compris de l'ordre des médecins qui s'y est opposé.

- *Loi Guigou (1998)* opte alors pour le suivi socio-judiciaire, reprenant le projet Toubon. Les soins ne sont pas systématiques mais facultatifs.

d. Les soins pénalement ordonnés pour les auteurs des violences sexuelles

Le suivi socio-judiciaire

Le suivi socio-judiciaire (SSJ) est une peine à temps, qui se chiffre en années, que ce soit une peine complémentaire ou principale.

Elle s'applique en milieu libre, et non en prison, mais peut entraîner une nouvelle condamnation carcérale en cas de son non-respect. Elle est fixée par la juridiction de jugement.

Au début, la loi a été pensée pour les auteurs de violences sexuelles, mais le cadre a été élargi depuis.

La population concernait en 1998 les auteurs de :

- Meurtre ou assassinat précédé ou accompagné d'un viol, de torture ou acte de barbarie (avec toujours la notion d'une agression sexuelle associée)
- Agressions sexuelles (viol, exhibition sexuelle, attouchement sexuel)
- Corruption de mineur, pédopornographie et atteintes sexuelles sur mineurs.

Cette liste d'infractions a été étendue à partir des années 2005/2007/2010 :

- 2005 : crimes d'atteintes volontaires à la vie, d'enlèvement et de séquestration, de tortures et d'actes de barbarie, et aux destructions dégradations et détériorations dangereuses
- 2007 : Violences conjugales, violences sur mineur de 15 ans par ascendant, proposition sexuelle à mineur de 15 ans par communication électronique (même sans passage à l'acte)
- 2010 : menaces commises sur le conjoint, concubin ou partenaire pacsé et sur « ex ».

La durée maximale est de 20 ans si l'acte commis est un crime (ou 30, ou sans limite) et de 10 ans si c'est un délit (ou 20 ans si délit motivé).

Il débute à la fin de l'incarcération. La durée de l'emprisonnement encouru en cas de non-respect peut aller jusqu'à 3 ans en cas de délit, et 7 ans en cas de crime.

Les obligations du SSJ sont communes à celles du sursis avec mise à l'épreuve :

- répondre aux convocations du juge d'application des peines ou du travailleur social,
- recevoir des visites du travailleur social,
- prévenir des changements d'emploi, de résidence ou de tout déplacement < 15 jours,
- demander l'autorisation du juge d'application des peines pour se rendre à l'étranger, ou en cas de changement de résidence ou d'emploi susceptible de gêner les obligations.

Il détient des obligations spécifiques qui sont décidées par le juge comme

- une interdiction de paraître dans certains lieux (avec des mineurs),
- une interdiction de fréquenter certaines personnes (avec des mineurs),
- une interdiction d'exercer une activité professionnelle ou bénévole impliquant un contact habituel avec les mineurs.

La surveillance judiciaire peut déboucher sur une surveillance de sûreté, si la persistance de la dangerosité est constatée par une expertise médicale et que la personne répond, par ailleurs, aux critères de la surveillance de sûreté (selon l'article 723-37 du code de procédure pénale) ¹⁹⁰,

notamment qu'aucune autre mesure ne permet de prévenir la commission de nouvelles infractions.

L'injonction de soins

Elle est prononcée par la juridiction de jugement ou à postériori par le juge d'application des peines, après une expertise médicale obligatoire (la loi sous-entend une expertise psychiatrique même si elle ne l'énonce pas textuellement).

Dans l'esprit de cette loi, il faut que l'expert psychiatre ait conclu à la nécessité ou à l'opportunité d'une prise en charge thérapeutique pour que le tribunal propose une injonction de soins. Le tribunal peut quand même aller contre l'avis expertal, mais en général choisit de le suivre.

Concernant le suivi socio-judiciaire et sa législation en 1998, une injonction de soins ne s'exerce qu'en milieu ouvert, et de ce fait aucune obligation de soins psychiatriques pendant la détention n'est applicable. Mais des mesures incitatives sont mises en œuvre le temps de l'incarcération.

Le juge informe le détenu de la possibilité de bénéficier de soins pendant sa peine, et le juge d'application des peines lui rappelle tous les six mois.

Si les soins du patient sont débutés en prison, alors le juge d'application des peines considère qu'il s'agit « d'efforts sérieux en vue de la réinsertion » et donc le détenu pourra par la suite bénéficier une réduction de peine.

Traitement anti-androgénique

Le traitement inhibiteur de libido est une option thérapeutique envisagée chez les délinquants sexuels et consiste à diminuer l'appétence sexuelle par l'administration de substances hormonales. En 1996, Claude Balier avait déjà avancé ses indications dans son rapport.

Il peut faire partie intégrante du projet de suivi socio-judiciaire, sous-tendu par la loi Guigou. En France, le patient peut décider de ne pas consentir à recevoir ce traitement.

En général, il intervient après une expertise psychiatrique, et est associé à une psychothérapie.

Cette association psychothérapie et traitement médicamenteux est associée à de meilleurs résultats (notamment chez les pédophiles).¹⁹¹

La plupart des traitements utilisés ont pour cible la sérotonine (hormone qui inhibe la libido) et la testostérone (hormone qui stimule la libido).

- Chez les délinquants sexuels pratiquant des actes non-violents physiquement avec les autres (voyeurisme par exemple, conduites harcelantes simples sans contact physique) et à faible risque de récurrence, les ISRS ou les antidépresseurs tricycliques constituent des choix raisonnables.¹⁹² Les érotomanes font plutôt partie de cette catégorie.
- Chez les autres délinquants, une bithérapie doit être envisagée d'emblée (sérotoninergique et anti-androgène).

Les progestatifs oraux ou IM comme l'acétate de progestérone ou le MPA sont les traitements de 1^{ère} ligne. Les agonistes de la LHRH arrivent en 2^{ème} ligne, en cas d'insuffisance de réponse. Les œstrogènes sont des traitements de 2^{ème} voire 3^{ème} ligne.¹⁹³

Turner et Briken¹⁹⁴ recensent les cas entre 2003 et 2017 d'auteurs de violences sexuelles traités par les agonistes des hormones lutéinisantes (LHRH), qui sont les médicaments les plus prescrits. Pour eux, bien qu'ils soient efficaces, ils devraient être réservés aux auteurs de violences sexuelles atteints de paraphilies et au risque le plus élevé de passage à l'acte, en raison de leurs effets secondaires multiples (hypertension artérielle, diabète, gynécomastie, perte de la densification osseuse), et le plus possible associés à une psychothérapie adaptée.

Il peut être envisagé d'avoir recours à un traitement hormonal dans certains cas d'érotomanie mêlée à de la violence sexuelle.

Dans le cas de conduites harcelantes de la part de l'érotomane envers son objet, c'est une discussion entre le clinicien et le patient, avec l'évaluation d'un rapport bénéfice-risque. L'introduction d'un ISRS ou d'un tricyclique semble fournir aux cliniciens une alternative intéressante.

RÉSUMÉ

La prévalence des violences sexuelles au sein de la population érotomane n'est pas connue, mais certains auteurs estiment que les érotomanies secondaires représentent plus de risque de passer à l'acte. Entre 10 à 50% des érotomanes selon les études ont des comportements harcelants, mais peu de données font état des violences sexuelles.

Les érotomanes ont davantage tendance à commettre des violences sexuelles mineures, plutôt du ressort du harcèlement sexuel que de l'agression physique sexuelle directe.

Les violences sexuelles bénéficient d'un cadre légal à part, depuis la loi Guigou votée en 1998, qui succédait à bon nombre de rapports législatifs, dont le célèbre rapport Balier en 1994 qui a donné l'impulsion à la création de l'injonction de soins.

Le suivi socio-judiciaire est une peine à temps complémentaire ou principale, fixée par la juridiction de jugement et s'exerçant en milieu ouvert. Ses indications se sont élargies avec les années et il comprend désormais une plus large population d'auteurs de violences sexuelles.

L'injonction de soins n'est prononcée par la juridiction de jugement qu'après une expertise psychiatrique préalable, et ne s'applique qu'en milieu ouvert, même si des mesures incitatives s'exercent auprès du détenu pendant son incarcération.

Le traitement inhibiteur de libido est proposé dans certains cas de violences sexuelles. En France, il n'y a pas d'obligation à prendre ce traitement. En général, son efficacité croît s'il est supplémente d'une psychothérapie adaptée, notamment chez les pédophiles.

Les progestatifs oraux ou IM sont les traitements de première ligne. Les recommandations thérapeutiques dépendent aussi de la gravité de la délinquance sexuelle et de son potentiel récidivant. Les antidépresseurs ISRS ou tricycliques semblent constituer une alternative à proposer aux patients érotomanes ayant commis des violences sexuelles mineures.

D. Soins en milieu carcéral

a. Soins psychiatriques

Les pathologies psychiatriques en milieu carcéral

Au sein de la population carcérale, on distingue différents types de pathologies mentales :

- Pathologies réactionnelles à l'enfermement : troubles du sommeil, anxiété, dépression.
- Pathologies révélées par l'incarcération et/ou par le passage à l'acte hétéro-agressif causal : démence du sujet âgé, trouble bipolaire (lors des accès maniaques décompensés le plus souvent), et troubles psychotiques divers. L'érotomanie secondaire peut être révélée au moment du passage à l'acte.
- Pathologies pré existantes aggravées par l'incarcération : les troubles psychotiques, les troubles de la personnalité (état limite, antisocial) et les conduites addictives (on estime cette proportion à presque 40%). On imagine assez bien un trouble délirant érotomane non traité s'aggraver pendant la période de l'incarcération.

En 2004, une enquête épidémiologique demandée par la direction générale de la santé et la direction de l'administration pénitentiaire révélait la présence de :

- 14 % de détenus atteints de psychose avérée (plus de 8 000 détenus en tout), dont 7 % (plus de 4 000 détenus) atteint de schizophrénie,
- et les troubles de l'humeur pouvaient concerner jusqu'à 30% des détenus.¹⁹⁵

Malgré le fait qu'il n'existe pas d'échelle fiable pour la prévalence de l'érotomanie au sein de la population carcérale, nous imaginons assez bien qu'elle apparaît au travers des chiffres alarmants concernant les troubles psychotiques et les troubles bipolaires.

L'enjeu de cette prévention tertiaire est de préserver une certaine continuité des soins.

Les SMPR

Les SMPR (services médico-psychologiques régionaux) sont des structures d'unité de soins en santé mentale au sein d'un établissement pénitentiaire.

Il existe actuellement 26 SMPR sur environ 190 établissements pénitenciers. Le SMPR a donc une compétence pour une région pénitentiaire.

Dans les années 1980, avec la montée du SIDA, l'accès aux soins au sein du milieu pénitentiaire est repensé avec des grandes recommandations européennes, et la prise en charge sanitaire des prisons est alors transférée au ministère de la santé.

On crée les SMPR en 1986 à la suite du décret relatif contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique ¹⁹⁶, et qui succèdent aux CMPR (centres médicaux-psychologiques régionaux), pensés dès les années 1970 par Me Veil.

En 1987, on constate également l'ouverture de quelques antennes d'addictologie sans les prisons (CSAPA, SPIP) pour la prise en charge spécifique de la toxicomanie.

Au départ, le personnel médical est employé par le service pénitentiaire.

Actuellement, il s'agit d'un pôle exclusivement soignant, avec une indépendance totale, n'intervenant pas dans le travail de la sécurité et du pénitencier, et dont les principales missions sont celles de dépistage, prévention et soins pour les détenus.

Le respect de la confidentialité médicale et le respect du consentement aux soins des prévenus sont deux constantes invariables. Un prévenu n'est obligé à aucun soin, mais peut-être fortement incité comme on a pu le constater pour les délinquants sexuels.

Hôpitaux de jour

A l'instar de l'articulation en psychiatrie, les SMPR fonctionnent en secteur. Ils disposent d'hôpitaux de jours où les patients sont pris en charge sur les horaires ouvrés du lundi au vendredi. Ils arrivent le matin dans la structure de soins, et repartent le soir à la prison. Le consentement du patient est obligatoire, il s'agit uniquement de soins libres et de patients aux pathologies psychiatriques évolutives mais stabilisées.

Soins carcéraux en milieu hospitalier

L'hospitalisation temps-plein est envisagée dans deux cas pour le prévenu.

- Soit, il est d'accord avec la prise en charge et il est alors hospitalisé en soins libres dans des structures UHSA.

L'UHSA (unité d'hospitalisation spécialement aménagée) est une unité de soins psychiatriques, au sein d'un hôpital, avec un périmètre sécurisé par l'administration carcérale. L'UHSA est fondé en 2002, à la suite de la loi Perben¹⁹⁷, et aménagé pour accueillir des prévenus en soins libres ou en soins sans consentement (hommes, femmes, mineurs). Il y a environ une proportion de 50% de patients en soins libres, et 50% de patients placés sans consentement dans la structure de soins.

- Soit, il n'est pas capable de consentir aux soins, et il a besoin de soins immédiats au vu de son état psychique, et il est hospitalisé en soins sous contrainte. Il est pris en charge soit à l'UHSA, soit dans un service de l'hôpital psychiatrique général où il est hospitalisé sous le coup de l'article D398 du code pénal (SDRE).¹⁹⁸

b. Soins somatiques

Le versant somatique est géré au sein de la prison même par une équipe de médecins généralistes dans les unités sanitaires. Cette équipe répond aux demandes, et exerce un suivi des pathologies chroniques dont souffrent certains prévenus. Chaque entrant est reçu en consultation médicale, dans une optique de dépistage essentiellement.

Les soins peuvent aussi être prodigués à l'extérieur de la prison, à l'hôpital général.

- Soit, pour des consultations spécialisées : le prévenu est extrait de la prison, et surveillé par des personnels jusqu'à sa consultation médicale (où le personnel pénitencier doit attendre à l'extérieur en raison du respect du secret médical) et reconduit ensuite à la prison à la fin de sa consultation.

- Soit, pour une hospitalisation complète en cas de nécessité. Elle peut se faire au sein d'un service classique, sous couvert de l'article D391 du code pénal ¹⁹⁹, où le prévenu reçoit ses soins médicaux mais gardé par les forces de l'ordre. Ou bien elle peut se dérouler au sein d'une UHSI (unité d'hospitalisation spécialisée interrégionale), avec des surveillants pénitentiaires.

RÉSUMÉ

Un rapport en 2014 émet la présence de 14% de malades psychotiques incarcérés, près de 30% souffrant de troubles de l'humeur, 7% de schizophrénie. On peut facilement deviner une proportion d'érotomanes vivant entre ces murs. Ces chiffres alarmants renvoient à la nécessité primordiale de continuité des soins en prison. Aucune obligation de soins ne s'exerce le temps de la peine privative, mais des mesures incitatives s'observent.

La continuité des soins est de plus en plus mise en avant, appuyée notamment par l'essor du développement des structures de soins au sein des établissements carcéraux ces dernières années.

Néanmoins, les SMPR, structures de soins créées en 1986, ne sont qu'au nombre de 26 pour tout le territoire et les 190 établissements pénitenciers français. Le SMPR est un service indépendant, exclusivement médical, qui peut dispenser des traitements au long cours et opérer un suivi des patients.

Lorsqu'un détenu nécessite des soins psychiatriques immédiats, l'UHSA, fondé en 2002, constitue une alternative à l'hospitalisation en service de psychiatrie générale. En effet, les services classiques sont parfois mal équipés pour accueillir ce type de profil, et les intervenants de santé mal informés des droits des patients.

VII. Cas cliniques

Durant l'internat, je me suis intéressée à la question de l'érotomanie parce que j'ai eu l'occasion de rencontrer plusieurs patients qui en présentaient la symptomatologie. Cette dernière se trouvait souvent intriquée dans des tableaux plus complexes ou abâtardis et il est arrivé que le diagnostic connaisse par conséquent un délai de latence.

Notre profession médicale induit par essence un transfert et les professionnels de santé mentale peuvent être la cible privilégiée des conduites harcelantes des érotomanes. Les raisons s'expliquent par le rapport privilégié du patient et de son thérapeute et par les difficultés à la fois cognitives et psychiques du patient (souvent psychotique) de comprendre le cadre thérapeutique et ses limites. De nombreux auteurs ont souligné cette relation transférentielle comme génératrice de stigmates d'érotomanie. Nos confrères somaticiens ne sont pas en reste et représentent une cible particulièrement investie par les patients.

Les répercussions médicales impactent directement la pratique clinique du médecin, dans son rapport avec le dit patient puisque la dénégation et le rejet s'observent couramment lors du contre-transfert du médecin, qui cherche à se protéger lui-même du risque qu'il court mais aussi à protéger l'exercice de sa profession. Les relations thérapeutiques avec les autres patients s'en voient également modifiées sans qu'il s'en rende forcément compte.

Les répercussions légales s'illustrent par les conduites harcelantes potentielles du patient envers sa personne, entraînant donc un risque, fondé ou non, pour le médecin mais également pour la société en général.

L'érotomanie est une pathologie rare, encore mal comprise, manquant de consensus et de recommandations, et nécessitant pourtant une prise en charge spécifique à chaque sujet. Elle s'inscrit dans divers tableaux cliniques.

Les trois cas que nous présentons dans cette étude sont des exemples variés de ce que nous pouvons observer en pratique. Nous discuterons des prises en charge proposées.

A. Monsieur M

Introduction :

Monsieur M, 37 ans, est suivi depuis plus de 20 ans pour une schizophrénie paranoïde diagnostiquée au décours de sa vingtième année révélée par une décompensation brutale.

Biographie/Antécédents :

Monsieur M est né à Aubagne, deuxième fils d'une fratrie de trois, à terme, d'une grossesse désirée et d'un mariage a priori uni.

Monsieur M a eu un épisode de méningite virale à l'âge de trois mois, qui n'a pas laissé de séquelle sur le plan neurologique.

C'est un enfant globalement qui ne connaît pas de retard sur le plan psycho-développemental, ni dans les apprentissages et les premières acquisitions.

Il a un grand frère de deux ans son aîné et une sœur de trois ans sa cadette, avec qui il n'a pas vraiment eu de rapport privilégié durant son enfance mais qu'il qualifie de « préférée, la chouchoute des parents ».

Le rapport avec son frère aîné est bon, il joue beaucoup avec lui, le prend comme exemple

« C'était un costaud, je voulais faire comme lui »

Avec ses parents, le lien est un peu différent. Son père conducteur de trains est décrit comme une personne taciturne et solitaire, et il voit assez peu. L'autorité paternelle semble très marquée depuis la jeune enfance, puisque Monsieur M affirme avoir vécu des épisodes de maltraitance physique réguliers, qu'il qualifie d'« injustifiés ».

Sa mère, femme au foyer, est dépeinte comme une figure aimante et douce, très attachée à ses enfants, mais s'effaçant devant la volonté du père. *« Ma mère était gentille mais elle ne prenait pas trop notre défense et ce n'était pas juste, même si parfois il avait aussi raison »*

Il n'y a pas d'antécédent familial psychiatrique avéré, hormis une suspicion chez le grand-père paternel qui aurait été suivi par un psychiatre quelques années pour des raisons mystérieuses. « *Je crois qu'il avait des problèmes dans la tête, il prenait des cachetons* »

Durant l'adolescence, Monsieur M rencontre des difficultés scolaires assez tôt, par manque de motivation principalement, l'explique-t'il.

Il tisse des liens avec des amis qui l'entraînent dans des situations malsaines et adopte des comportements de petite délinquance (vol, trafic de substances illicites). Il lui arrive de mésuser d'alcool et de cannabis dès l'âge de 13 ans, dans un but récréatif et à fréquence ponctuelle.

A l'âge de 16 ans, il entame une formation de cuisinier qu'il mène à son terme et se montre très intéressé et motivé par ce travail.

Histoire de la maladie :

A 18 ans, Monsieur M expérimente un premier épisode délirant, qui se manifeste brutalement et crée une césure avec son état antérieur. Il provoque un accident de la voie publique alors qu'il est alcoolisé à la sortie d'une soirée avec ses amis, et au cours duquel il blesse peu grièvement un des passagers de l'autre voiture.

Après cet évènement, Monsieur M commence à tenir des propos délirants alors qu'il passe des moments en famille, manifestant aussi une labilité thymique marquée qui étonne ses proches.

Une première hospitalisation en psychiatrie s'envisage alors, malgré sa volonté.

Lors des premiers jours en service, il explique au psychiatre qu'il rencontre qu'il est le fils de Dieu et qu'il est envoyé sur terre pour une mission divine et qu'il doit mettre en œuvre en urgence. Son discours teinté de persécution accuse les soignants de l'empêcher de faire son travail.

Les mécanismes du délire sont intuitifs et interprétatifs, le délire est mégalomane avec une thématique mystique, et quelques éléments de persécution et d'hostilité.

Le patient présente également des hallucinations acoustique-verbales, et intrapsychiques. Nous supposons également qu'il hallucine sur le plan olfactif puisqu'il fait quelquefois allusion à une cacosmie. Lors des débuts de la prise en charge, les troubles du cours de la pensée sont massifs.

Le traitement neuroleptique halopéridol en PO est initié dans un premier temps et après trois mois d'hospitalisation, Monsieur M sort avec un suivi psychiatrique et psychologique de secteur au CMP.

Une réinsertion professionnelle est rapidement tentée mais elle n'est pas pérenne à cause de l'évolutivité de la maladie de Monsieur M.

Au cours de ses vingt dernières années, le patient est hospitalisé à de multiples reprises lors des crises et il expérimente des périodes inter critiques jamais complètement asymptomatiques. Le patient persiste toujours dans des intuitions délirantes à bas bruit.

Plusieurs lignes thérapeutiques sont tentées, mais l'observance des traitements est médiocre du fait d'un insight mauvais, et d'une famille épuisée, qui au fil des années, s'est dédouanée de la prise en charge de leur proche.

Histoire récente :

En 2018, lors de sa neuvième hospitalisation en service, le patient présente une telle recrudescence anxio-délirante aigue qu'on décide de le placer en isolement thérapeutique en urgence pour le mettre à l'abri.

Le patient est amélioré cliniquement avec une sédation adaptée et sort de chambre d'isolement trois jours plus tard.

Ainsi, Il développe à l'encontre du médecin l'ayant mis en isolement des symptômes d'allure érotomaniaques, se montrant convaincu que le médecin psychiatre l'ayant mis en isolement l'a fait pour lui déclarer son amour. Monsieur M se trouve d'ailleurs dans l'embarras et dans l'incompréhension que l'amour puisse conduire à un tel acte.

« Je sais pourquoi vous l'avez fait » déclare-t-il dans un premier temps, puis *« vous m'aimez mais j'ai compris que c'était compliqué »*

Mais il lui pardonne volontiers sa faute car *« c'était la seule façon de me faire passer le message »*.

Il souhaite que ce praticien devienne son psychiatre référent. Il l'interpelle à plusieurs reprises et lui demande « *Je voudrais que ce soit vous, j'ai le droit de choisir, et de part ce qui se passe entre nous, c'est logique* »

Ce genre de propos sont tenus pendant plusieurs jours, allant crescendo dans les démonstrations.

La désorganisation psychomotrice est présente ainsi que des attitudes d'écoute non étrangères à la présentation clinique habituelle.

Le patient fait glisser de nombreux petits mots sous la porte du bureau médical sur lesquels il dessine des petits dessins énigmatiques, suit le médecin dans les couloirs en lui demandant d'être son psychiatre à tout prix.

« *Pourquoi vous ne me répondez pas, ce n'est pas très gentil* »

« *Je ne vous causerai pas de problème, je veux m'entretenir avec vous* »

« *j'ai le droit de choisir le médecin qui me suit, et je veux que ce soit vous à tout prix, car vous m'avez compris plus que n'importe qui* »

Suite des soins :

Le patient est alors reçu par un nouveau praticien en entretien afin de recadrer les choses, et lors de cette discussion, il nie les faits en bloc et ne comprend pas ce qui lui est reproché.

Une fois cet entretien passé, Monsieur M continue quand même à suivre le psychiatre dans les couloirs, mais stoppe les mots glissés sous la porte, en lui rédigeant un dernier « *j'arrête tout, j'ai compris que l'on nous empêchait* »

Lors d'une réunion pluridisciplinaire de service, il est alors décidé que la prise en charge du patient va se dérouler à l'écart du service dans lequel travaille le psychiatre qui représente l'objet de son délire, et il est donc transféré au sein d'un autre service de l'hôpital.

Par ailleurs, le traitement est modifié une nouvelle fois et l'on propose au patient un neuroleptique d'action prolongée dans le but de favoriser l'observance médicamenteuse, qui est si problématique pour Monsieur M, en lien avec le déni des troubles.

Le valproate de sodium est également introduite afin de diminuer les désinhibitions et la fluctuation thymique associée.

Le patient est reçu en entretien de psychothérapie de soutien classique et reprend à distance de l'état de crise les séances de sophrologie dont il bénéficie régulièrement lors de ses hospitalisations.

La tolérance des molécules est globalement bonne, et une accalmie des symptômes érotomaniaques s'observe après une bonne conduite du traitement.

Le patient mentionne de moins en moins le psychiatre en entretien, et finit par ne plus l'évoquer du tout.

La décision de sortie de l'hospitalisation est prise, sous couvert d'un programme de soins, dont il fait régulièrement l'objet lors des périodes inter hospitalières.

Les soignants qui l'encadrent dans le dispositif de secteur CMP/HDJ sont alertés de cet épisode survenu au cours de l'hospitalisation de Monsieur M et restent attentifs à de quelconques propos, qui depuis ne se sont pas reproduits.

Discussion :

La clinique de Monsieur M illustre assez bien l'intrication d'une érotomanie secondaire à un tableau clinique psychiatrique plus large et complexe. Cette symptomatologie survient chez un patient connu depuis plusieurs années par le secteur qui le prend en charge, et traité pour une schizophrénie paranoïde.

Cette pathologie est d'ailleurs mal équilibrée depuis des années, à cause de multiples facteurs : d'un déni certain de la pathologie, d'une difficulté d'observance, et d'un isolement social important.

Bien qu'il ait déjà pu faire preuve de désinhibition sexuelle par rapport à la gente féminine, il n'avait jamais présenté d'idées érotomaniaques fixes. Ces épisodes de désinhibition sexuelle étaient habituellement de courte durée et cessaient lorsque le patient rassemblait ses pensées.

Les premiers stigmates d'érotomanie semblent alors émerger à la suite d'un évènement traumatisant pour le patient : il se traduit par la mise en isolement thérapeutique lors de l'épisode d'agitation psychomotrice aigu qu'il présente à son entrée.

Nous supposons que cet évènement vient faire effraction dans le psychisme du patient et le transfert avec le médecin qui fut privilégié à ce moment-là est immédiatement vécu comme intrusif. Le patient, dans la non-reconnaissance de ses troubles, ne comprend pas pourquoi le thérapeute insiste pour le soigner, à l'instar de l'objet de l'érotomane, qui vient chercher le sujet alors qu'il ne lui avait rien demandé. Kamphuis avait évoqué ce phénomène de transfert pathologique chez le patient psychotique.

La réassurance dont fait preuve le médecin dans ce moment angoissant heurterait alors de plein fouet le patient, qui se trouve à la fois désorganisé et morcelé, presque en dehors de son corps. Il connaît manifestement des angoisses d'anéantissement, et la conviction érotomaniaque apparaît comme une solution délirante qui vient contrer ce conflit intra psychique insoutenable. Elle apporte finalement une solution, une issue de secours aux angoisses.

La solution érotomaniaque lui assure également une place (celui du patient aimé) et une fonction (celui de celui qui doit défendre son idylle).

Le choix de l'objet n'est ici pas le fruit du hasard : il s'agit d'une femme idéalisée. La figure du psychiatre est celle de « *l'homme de bien* » de Perrier, elle est à la fois bienveillante et protectrice, et pourrait se comparer à un imaginaire maternel, d'autant que le patient évoque un lien attendrissant avec sa propre mère, malgré le fait qu'elle se soit peu à peu retirée de sa vie.

Il faut pouvoir rester attentif au repérage des signes cliniques d'érotomanie, dans ce cas-ci plutôt bruyants mais dans d'autres présentations potentiellement plus discrets, qui surviennent chez un patient « chronicisé » connu et traité depuis de nombreuses années.

D'autre part, la prise en charge de l'érotomanie n'a pas été spécifique.

Elle a été causale principalement et s'est axée sur la stabilisation de la maladie causale, la schizophrénie paranoïde dont souffre le patient. Nous avons donc modifié la molécule de fond ainsi que la forme de dispensation (orale versus intra-musculaire) pour favoriser une meilleure observance.

Le traitement médicamenteux a été également symptomatique par l'instauration concomitante d'un régulateur de l'humeur à doses moyennes et de sédatifs lors des moments de tension

interne et notamment lors de la période de mise en isolement thérapeutique, conformément aux bonnes pratiques d'usage de la mise en isolement par l'HAS, sur lesquelles nous avons insisté.

La prévention secondaire s'est exécutée dès les premiers signes manifestes de l'érotomanie, favorisant ainsi une régression rapide des symptômes.

Ainsi, l'érotomanie n'a pas évolué davantage et semble s'être figée aux premiers stigmates de la phase féconde de l'espoir.

Néanmoins, les derniers mots du patient pourraient aussi nous évoquer une évolution vers une phase de dépit puisque le patient s'interroge quant aux réelles intentions du médecin : « *je suis étonné que vous ne vous soyez pas davantage prononcé* ».

Ou bien l'on pourrait aussi imaginer que se vérifie l'un des thèmes dérivés de Clérambault ; celui qui définit *la conduite paradoxale de l'objet* en imaginant ce raisonnement : « *elle fait cela, même si c'est étonnant, c'est pour m'éprouver mais dans le but de renforcer notre amour* »

Le premier réflexe du psychiatre a été d'avertir immédiatement ses confrères et sa hiérarchie. Il s'agit là de faire apparaître le tiers afin d'encourager les possibilités multi-transférentielles et que le patient se défusionne ainsi de son objet primaire.

Le psychiatre a choisi de ne plus intervenir dans la prise en charge du patient et de passer le relais à un confrère. Devant les insistances du patient, il a été choisi de l'éloigner physiquement de son objet et de continuer la prise en charge ailleurs.

La surveillance du patient continue à se faire en ambulatoire par le personnel soignant qui est avisé de cet incident lors de la dernière hospitalisation, afin d'anticiper au mieux le risque d'une éventuelle récurrence.

Le rôle du secteur, notamment par le biais du CMP et de l'hôpital de jour dans lequel il est pris en charge, prévaut et permet une prévention secondaire, d'autant que la famille s'est dédouanée au fil des années de la prise en charge de Monsieur M, et qu'il se retrouve isolé sur le plan social, à l'instar de nombreux patients psychotiques.

Le réseau secondaire de Monsieur M lui permet de maintenir l'espace transitionnel de Winnicott en dehors des épisodes de décompensation, et les facteurs de réhabilitation psychosociale sont de véritables enjeux.

B. Monsieur S

Introduction :

Monsieur S, 27 ans, est suivi depuis l'âge de ses 24 ans, pour un trouble étiqueté bipolaire à caractéristiques psychotiques.

Biographie/Antécédents :

Monsieur S est né à Nice, prématuré à 36 semaines d'aménorrhée. Il est fils unique et élevé par une mère célibataire, migrante, venant de Madagascar et installée en France depuis cinq ans.

Elle a consommé de l'alcool les quatre premiers mois de sa grossesse et a été suivie par un addictologue, sevrée assez rapidement.

A priori, elle a souffert d'un épisode dépressif post-partum pris en charge en ambulatoire, et a été mise sous un traitement antidépresseur avec une bonne évolution clinique à la clé, puisqu'elle a arrêté le traitement un an plus tard, et à la suite de quoi elle n'a plus déclenché de nouvel épisode.

Monsieur S connaît une enfance émaillée de difficultés sociales importantes, évoluant dans un contexte de précarité, et lui et sa mère semblent assez isolés sur le plan familial.

Il n'a pas d'antécédent médical somatique ni psychiatrique particulier.

Il s'agit d'un enfant bien inséré à l'école, il pratique du sport, assez bon élève à l'école puis au collège. Il passe son brevet des collèges qu'il réussit et passe un BAC Pro.

Monsieur S ne pose pas de troubles du comportement pendant la période de l'adolescence, et restera à distance des toxiques.

Monsieur S part du domicile maternel à l'âge de 21 ans pour s'installer dans la région marseillaise, où il a trouvé un emploi dans l'horticulture, et est en couple avec sa compagne de l'époque, originaire de Marseille.

Il entretient encore une bonne relation avec sa mère lors des nombreux appels téléphoniques plusieurs fois par semaine, et ses rapports avec elle sont qualifiés de « fusionnels ».

En outre, alors que Monsieur S fête ses vingt-quatre ans, sa mère lui annonce qu'elle est atteinte d'un cancer du sein découvert sur le tard, métastasé.

Quelques mois plus tard, alors que Monsieur S est revenu vivre à ses côtés, sa mère est en soins palliatifs et décède quelques semaines plus tard.

Histoire de la maladie :

Il connaît alors une longue période que nous qualifions de deuil pathologique. Il présente une apparence négligée, son appartement est très sale, il connaît des grosses difficultés de planification et tient auprès de son entourage des propos suicidaires.

A minima, il a également des idées de persécution et se trouve persuadé que les voisins l'épient et complotent contre lui et que le propriétaire souhaite le voir dehors.

Il vit encore avec sa compagne. Il soutient avoir entendu la voix de sa mère le poussant à le rejoindre dans l'au-delà.

Un soir, alors qu'il rentre à son domicile très alcoolisé, il provoque une rixe dans la rue, à la suite de quoi il est placé en garde à vue, et présente en cellule des bizarreries de comportement multiples avec des écholalies et des rires immotivés, qui motivent son arrivée aux urgences.

Le psychiatre qui le reçoit confirme l'incompatibilité clinique du patient avec son maintien en garde à vue. Il est alors hospitalisé en temps plein sur son secteur sur le mode du SDRE.

Un traitement thymorégulateur par Lithium est instauré, permettant une accalmie assez rapide des symptômes. Au décours d'une hospitalisation de plus d'un mois, il sort avec ce traitement, et est chargé de continuer son suivi en CMP. Son médecin référent de l'époque au CMP part à la retraite, et est remplacé par une jeune femme psychiatre arrivant sur le secteur et qui prend le relai de la prise en charge. Au cours de son hospitalisation, il nous informe qu'il s'est séparé de sa compagne.

Histoire de l'érotomanie :

Le patient est reçu plusieurs fois en entretien par le psychiatre. Sa clinique est d'abord stationnaire. Quelques mois plus tard, alors qu'il continue régulièrement à prendre ses traitements, il envoie d'abord un mail à son psychiatre.

Ce premier mail est sans réelle connotation et concerne les traitements. Se succèdent bon nombre de mails qui sont de plus en plus connotés.

« J'ai compris ce que vous me disiez au dernier rendez-vous. Mais la situation est compliquée entre nous. » Commence-t-il par écrire.

Puis s'en suit *« Je me suis récemment séparé de ma compagne quand j'ai compris ce qui s'est passé entre nous »*

Suite des soins :

Le psychiatre référent fait immédiatement état de la situation au cours d'une réunion d'équipe, puis sur les conseils de son chef de service relaye l'information au conseil de l'ordre des médecins.

Les mails devenant de plus en plus nombreux, décousus et désorganisés, et le patient ne venant plus à ses rendez-vous CMP et CATTP, il est alors décidé d'organiser une visite à domicile avec l'équipe de secteur ambulatoire. Le patient est replié à son domicile, très hostile en voyant les soignants arriver, tenant des propos persécutés et décousus. Il est hospitalisé sous contrainte dans le service.

On apprend très vite par des dosages plasmatiques que le traitement du patient avait été interrompu depuis trois semaines.

L'arrêt du traitement est en partie confondu avec le début de l'envoi des mails enflammés pour son médecin.

A priori, le patient consomme quotidiennement du cannabis et plusieurs fois par semaine de l'alcool fort.

L'hospitalisation dure six semaines avant qu'il ne récupère un état thymique neutre et qu'une diminution des idées délirantes érotomaniaques à l'encontre de son psychiatre référent au CMP ne soit observée.

Il persiste les premiers jours dans sa conviction :

« Ce n'est pas ma faute, elle a tout organisé pour que ça se passe comme ça », « sans moi, elle ne va pas s'en sortir » assure t'il également.

Le traitement est reconsidéré avec l'ajout d'un neuroleptique de seconde génération olanzapine le temps de la crise aigüe les trois premières semaines de prise en charge hospitalière, puis substitué par de la rispéridone à doses équivalentes deux semaines avant la sortie.

Le patient connaît une bonne réponse thérapeutique avec une réduction rapide des symptômes et une bonne tolérance médicamenteuse.

Le suivi au CMP est assuré à sa sortie par un autre médecin, un homme, volontairement choisi par l'équipe médicale, au vu des récents évènements.

Le patient semble être observant au traitement, si bien, que quelques mois plus tard, une monothérapie par lithium est envisagée de nouveau.

Les consommations en cannabis sont stables, et il ne consomme qu'occasionnellement de l'alcool.

Récidive :

Quelques mois plus tard, le patient en entretien affirme à son nouveau psychiatre au CMP avoir rencontré de nouveau une femme.

Il s'agirait d'une voisine de sa résidence qu'il aurait rencontrée au décours d'une promenade.
« C'est d'abord elle qui est venue me parler » dit-il amusé.

Les consultations se suivent et il ne la mentionne que de manière irrégulière.

Le patient se montre moins assidu aux consultations qu'avant, bien qu'il vienne une fois tous les deux mois, dit régulièrement prendre le traitement, et en entretien, semble stabilisé.

Il ne mentionne que peu sa vie affective et sexuelle.

Un soir, alors que monsieur S ne s'est plus présenté au CMP depuis deux mois malgré les sollicitations, les forces de l'ordre ont été averties par le voisinage que Monsieur S avait tenté plus tôt dans la soirée d'agresser sexuellement une jeune femme du quartier.

Le patient est mené aux urgences psychiatriques compte-tenu des antécédents psychiatriques qu'il rapporte lui-même aux forces de police lors de son interpellation.

Reçu par le psychiatre, Monsieur S exprime avec une conviction inébranlable les raisons pour lesquelles il a dû agresser avec cette jeune femme.

Il en parle de manière brute et hostile :

« ça va faire des mois qu'elle me mène en bateau cette garce, elle m'a manipulé, en plus à la base, moi je m'en foutais, elle m'a trop pris pour un bouffon » « de l'amour à la haine il n'y a qu'un pas, je la déteste »

On apprend plus tard que la jeune femme en question avait déposé plusieurs mains courantes au commissariat de son quartier, puisqu'elle avait reçu des courriers insistants dans sa boîte aux lettres et avait aperçu plusieurs fois Monsieur S la suivre quand elle allait faire des courses. Cela faisait plusieurs semaines qu'elle s'était rendue compte de ses conduites harcelantes.

Plus récemment, la situation s'était dégradée, elle avait surpris Monsieur S lever le poing en sa direction quand elle l'avait croisé dans la rue, puis elle avait reçu des dessins obscènes dans sa boîte aux lettres.

La jeune femme dépose plainte pour donner suite à l'agression ce soir-là, pour attouchement sexuel.

Enjeux médico-légaux :

Monsieur S est hospitalisé dans son secteur de psychiatrie sous le mode d'hospitalisation à la demande du représentant de l'état. L'hospitalisation va durer deux mois en temps-plein.

Monsieur S n'est pas décompensé sur le plan thymique mais présente une clinique paranoïaque interprétative ; la persécutrice désignée étant cette femme, qu'il place comme objet de son amour mais également de toutes ses souffrances.

« C'est sa faute, elle l'a bien cherché » « ne me forcez pas à parler d'elle » ou bien sera dans le déni complet des événements dramatiques récents : *« ce n'était pas moi »*

Un traitement neuroleptique de seconde génération par rispéridone par voie orale puis injectable.

Après un mois de traitement bien conduit et efficace, une reconnaissance progressive et partielle des troubles voit le jour et il pourra critiquer les événements qui l'auront conduit à un tel acte.

« Je crois que c'est grave »

Monsieur S va être entretenu par un médecin expert auprès des tribunaux quelques semaines plus tard pour évaluer la responsabilité psychiatrique.

La conclusion de l'expert est que le patient avait un discernement altéré mais non aboli, et qu'il reste responsable de ses actes, avec une atténuation de la peine encourue. Monsieur S est actuellement placé en détention provisoire en attente de son jugement pour agression sexuelle.

Discussion :

Le diagnostic de trouble bipolaire, évoqué lors de la première prise en charge, a depuis été remis en question, puis est devenu un trouble schizo-affectif, avec des éléments délirants de thématique érotomaniaque.

Il s'agit donc d'une érotomanie masculine hétérosexuelle secondaire à une pathologie psychiatrique en cours.

Le premier épisode d'érotomanie fait vraisemblablement suite à un arrêt du traitement thymorégulateur et est accompagné d'une exaltation de l'humeur et une franche désorganisation idéo-motrice, également manifestée par la graphorrhée dont il fait preuve sur les mails qu'il envoie au médecin du CMP. Les choses semblent rentrer dans l'ordre, une fois le traitement repris et réajusté lors d'une nouvelle hospitalisation.

Le patient récidive quelques mois après malgré tout, mais cette fois l'objet du délire érotomaniaque change, puisqu'il passe du psychiatre à la nouvelle voisine entr'aperçue dans la rue. Ce n'est pas rare de changer d'objet lors d'une érotomanie secondaire, et de nombreux cas montrent qu'un érotomane peut avoir plusieurs objets simultanés. Ce serait d'ailleurs plutôt la gence masculine qui aurait cette tendance à changer d'objet. Cette faculté serait d'ailleurs associée à un plus fort risque de passage à l'acte.

Monsieur S avait une consommation de substances toxiques associée : alcool et cannabis. Cette consommation augmentait lorsqu'il décidait de suivre ou de surveiller sa victime. Des auteurs ont déjà rapporté ces consommations de toxiques associées aux conduites harcelantes intrusives, notamment de filature et de surveillance. Ces consommations de toxiques se surajoutent au tableau général et doivent pouvoir également bénéficier d'une prise en charge spécialisée et complémentaire.

En dehors de la conviction délirante, Monsieur S fonctionne globalement bien. Les autres secteurs de sa vie semblent stables, ce qui a participé au délai de latence du diagnostic de la récurrence.

Il dissimule volontairement sa relation imaginée en entretien et ne la mentionne que très peu à son psychiatre, puisqu'il le dira plus tard en entretien, il anticipait la possibilité qu'on lui demande de revenir à l'hôpital et qu'on le sépare de son objet.

Quand Monsieur S voit sa voisine la première fois, il se persuade qu'elle lui envoie des signaux. Il vérifie ainsi le postulat fondamental « *c'est l'objet qui aime en premier.* »

Il expérimente d'abord la phase initiale de l'espoir, comme on avait pu le lire dans les mails qu'il adressait à son psychiatre référent. Il est en recherche d'intimité de l'objet, et adopte des conduites harcelantes type stalking.

Les comportements déviants peuvent se multiplier, et aller crescendo : il lui écrit des courriers qu'il dépose dans sa boîte aux lettres, il la suit, se rend sur son lieu de travail, il la surveille par la fenêtre de son domicile.

Ensuite, Monsieur S va connaître le dépit et ses ressentiments, et se sentir rejeté par l'objet de son amour. Les refus sont finalement compris, mais vécus avec un fort sentiment d'humiliation. Il peut à ce moment-là avoir des conduites ordaliques, comme des alcoolisations massives à son domicile, ou des épisodes de scarification. Le risque auto-agressif semble présent à cette étape.

Il entre enfin dans sa phase de rancune, où l'amour se reverse en haine, et la colère prend le pas, avec des idées de vengeance. *L'objet de notre amour s'est donc moqué de nous.* Il n'est pas exclu que dans certains cas cette haine se reporte sur une autre personne, de l'entourage de l'objet, comme un rival amoureux par exemple.

Dans ce cas précis, l'attaque a ciblé l'objet du délire amoureux. Les conduites harcelantes avaient précédé l'agression finale et leur finalité avait changé. Ce n'était plus dans une optique

de recherche d'intimité, mais plutôt animé par un désir de revanche, ne supportant pas le fait d'avoir été éconduit. L'on peut alors imaginer la bascule de notre patient au sein d'une autre catégorie des stalker, celle des rejetés, que Mullen et Pathé ont précédemment décrite.

Ce second cas clinique met en exergue le caractère médico-légal attrait à la pathologie érotomaniacale, caractère non obligatoire mais qui doit être redouté et prévenu autant que faire se peut.

Monsieur S commet une agression à la fois physique et sexuelle sur son objet.

Monsieur S est d'abord hospitalisé en service sur le mode du SDRE. Lors de ses premiers entretiens, il est enfermé dans un sentiment de vengeance et de persécution, intimement persuadé que son objet s'est moqué de lui et a comploté contre sa personne. Il était donc légitime de se défendre. En outre, il va être rapidement entendu et examiné par un expert psychiatre mandaté par la magistrature qui instruit l'affaire.

L'expert psychiatre nommé par la justice doit répondre aux questions formulées, et évaluer le degré de responsabilité du patient *au moment des faits*. L'évaluation du pronostic et de l'éventualité de la récurrence peuvent être des questions posées à l'expert, qui ne pose pas en devin à la prédiction de l'avenir, mais bien en clinicien, émettant des avis pour la justice.

Durant son temps carcéral (peine préventive en attente de son jugement), le patient est incité et non contraint par le service psychiatrique pénitencier à maintenir le traitement médicamenteux et la psychothérapie. L'enjeu prégnant est ici de permettre une continuité des soins.

Dans le cadre des délinquants sexuels, il n'est pas rare de voir intervenir une injonction de soins, orchestrée par le juge d'application des peines, qui s'assure de l'intégralité du suivi avec le médecin désigné référent de la prise en charge. Monsieur S a commis un acte de violence sexuelle dans le cadre de son érotomanie secondaire. Il peut ainsi se voir proposer une injonction de soins.

Un traitement inhibiteur de libido n'a pas encore été envisagé mais l'on peut se poser la question de sa légitimité, en ayant examiné les facteurs de risque de passage à l'acte hétéro-agressifs favorisant la possibilité d'une récurrence.

Il s'agit d'un homme, érotomane secondaire, avec une consommation de toxiques notée, un changement d'objet et des traits narcissiques. Des études médico-légales montrent que ces facteurs sont prégnants sur la possibilité d'une récurrence.

Un traitement ISRS ou tricyclique peut s'envisager comme alternative au traitement inhibiteur de libido dans un premier temps, comme nous avons pu le voir dans les stratégies thérapeutiques proposées aux auteurs de violences sexuelles.

Nous devons rentrer systématiquement lors d'un processus érotomane enclenché dans une logique de réduction des risques. Sans pour autant s'immiscer à toute épreuve dans la vie privée de nos patients, il nous redoubler d'une vigilance sans faille chez un patient à risque, d'autant que celui-ci était déjà étiqueté comme un érotomane secondaire.

C. Madame V

Introduction :

Madame V est une femme âgée de 42ans et atteinte d'un trouble thymique.

Biographie/Antécédents :

Il s'agit d'un premier abord d'une femme au foyer, mariée depuis plus de quinze années et mère de trois enfants, insérée socialement, ayant une sphère amicale.

Elle n'a jamais eu de contact avec le monde psychiatrique au préalable.

Madame V est d'origine de la Picardie.

Elle a une enfance qu'elle qualifie de globalement heureuse, deux parents qui travaillent tous deux dans la fonction publique en tant qu'instituteurs, et deux frères aînés avec qui elle entretient de bonnes relations.

Elle fait un parcours d'étude sans encombre, obtient son bac littéraire à 18 ans, et commence une formation d'assistante sociale.

Elle rencontre son futur mari au lycée, avec qui elle restera en couple quatre ans avant d'avoir son premier enfant.

Elle accouche d'un petit garçon, à l'âge de 22 ans et elle se marie quelques mois après.

Les premières années de sa vie conjugale se passent sans problème particulier, Madame V décide de ne pas travailler pour élever son enfant. Ce garçon est en bonne santé. Son mari, lui, travaille en tant que cadre commercial, et obtient une promotion intéressante dans le sud de la France.

Madame V a alors 26 ans, est enceinte de son deuxième enfant, une fille cette fois, et toute la famille déménage dans les bouches du Rhône.

Nous apprendrons par la suite que notre patiente avait probablement subi une dépression post-partum lors de l'accouchement de ce deuxième enfant, qui avait duré plusieurs semaines. Madame V n'a reçu que des anxiolytiques et n'a pas vraiment bénéficié de suivi psychiatrique ou psychologique.

Quand on la questionne à ce sujet, Madame V justifie la dépression comme conséquence directe du déménagement et du changement soudain de région. L'éloignement de sa famille, de qui elle était restée très proche, rendait le quotidien difficile.

Quatre ans plus tard, Madame V tombe enceinte pour la troisième fois mais connaît une fausse-couche précoce pour des raisons probables de malformations fœtales.

Une seconde fois, elle explique avoir été abattue de longs mois durant, son mari l'ayant relayé auprès des enfants sur cette période, car elle avait du mal à s'en occuper. Elle a rencontré à cette occasion une psychologue de la région, ne l'a seulement vue quatre séances et n'a pris aucun traitement à cette issue.

Elle explique de manière assez émoussée cet effondrement parce qu'elle attendait avec impatience ce troisième enfant, mais ne saura en dire davantage en entretien, comme une rationalisation un peu défensive.

A priori, quand nous faisons l'historique des antécédents familiaux avec elle, rien de notable n'a pu être mis en exergue, hormis peut-être une tante du côté maternel qui pourrait souffrir de symptômes anxieux et dépressifs au long cours mais sans élément franc de décompensation.

Enfin, à l'âge de 33 ans, Madame V apprend qu'elle est de nouveau enceinte. La grossesse se passe bien, et elle finit par accoucher d'une fille, cette fois par césarienne du fait d'une présentation en siège du bébé, alors que ses deux précédents s'étaient déroulés par voie basse. Elle vit cette opération comme éprouvante, et assez traumatisante, car la sage-femme juste après l'opération lui « aurait pris sa fille immédiatement presque sans le lui montrer ». Mais elle sort dans les délais normaux de l'hôpital avec sa fille en bonne santé.

Les premiers mois de vie de sa fille cadette se passent bien, Madame V se dit « comblée de bonheur » et continue de « *s'épanouir comme mère au foyer* »

Elle ne parle qu'assez peu de son mari, occupé par son travail, d'après elle, et ne dira que peu de choses sur sa vie intime et sexuelle « *ça allait bien, hein, mais après 10 ans de vie commune, on fait plus trop attention* »

Ses enfants restent au centre de ses préoccupations. Madame V s'entend avec quelques voisines, et sort une fois par semaine à son cours de gym.

Globalement, elle maintient des rapports assez bons avec des copines du cours de gym et d'autres mamans à l'école des enfants.

Elle est très attachée à appeler régulièrement ses parents chaque semaine et les accueillent chaque année une fois chez elle, en été, et monte leur rendre visite en Picardie également une fois dans l'année lors des fêtes de fin d'année. Ses deux frères sont mariés et habitent tous deux dans la région parisienne, elle les voit lors de grands rassemblements familiaux mais maintient de très bons rapports avec eux.

Histoire de la maladie/érotomanie :

Un jour, alors que les enfants sont tous à l'école, elle regarde les informations à la télévision et voit une interview d'un ministre (que nous ne nommerons pas).

Elle reviendra plus précisément en entretien par la suite sur « *ce premier échange de regards* ».

A cet instant, elle est persuadée de manière inébranlable que le ministre s'adresse à elle au travers des questions posées par la journaliste. « *C'est sûr il est amoureux de moi* » elle dira plus tard, lorsque nous évoquerons cet évènement.

Le début des troubles est d'abord insidieux. Son mari ne se rend compte de rien et continue le même rythme de travail assez soutenu, il en va de même pour ses trois enfants, dont elle continue à bien s'occuper.

Sans le dire à personne, elle commence à rédiger des courriers adressés au politicien, sur lesquels elle pourra par exemple déposer son parfum, ou une fois encore y déposer un baiser de la couleur de son rouge à lèvres.

Cela dit, elle ne les enverra pas mais les gardera cachés précieusement dans une boîte à couture sous le lit conjugal, que son époux trouvera par la suite et qu'il nous remettra.

Quelques extraits :

« J'ai compris que nous étions destinés à être ensemble »

« J'ai lutté un premier temps contre cette passion dévorante mais elle a eu raison de moi »

« Je vous accuse d'avoir provoqué ce tourment dans ma vie, mais je ne vous en veux pas, vous m'aimez, et l'amour n'est jamais mauvais »

« Je sais que nous ne devons pas être amants, mais cela est impossible de lutter, c'est contre-nature, l'être humain doit suivre ses obstinations, sinon cela n'a plus de sens, et je comprends le message de la dernière fois, aussi je viendrais dès que possible chez toi »

Elle y écrit sa passion grandissante pour lui, répétant à plusieurs reprises que c'est interdit et contre-nature, et qu'il est le premier responsable de cette situation, répondant donc au postulat initial.

Son autonomie est préservée, elle reste d'humeur enjouée comme à son habitude.

Néanmoins, au bout de quelques jours de romance imaginée, son mari commence par percevoir une distance inhabituelle de sa part et elle tiendra des propos étranges, en exprimant avoir un autre destin que celui-là, et être aimée par quelqu'un d'important.

Une dispute éclate un soir entre le couple au décours de laquelle notre patiente va révéler l'identité de son amant virtuel à son mari. Ce dernier, très surpris et inquiet, appelle la mère de la patiente pour essayer d'éclaircir la situation. Celle-ci explique avoir eu des nouvelles de sa fille ces dernières semaines, mais les appels téléphoniques étaient plus succins.

Il décide alors de mener sa femme aux urgences pour qu'elle rencontre le corps médical, lui expliquant que ce qu'elle raconte n'a pas de sens. Madame V refuse mais finit par le suivre, malgré elle, pensant que de toute façon les médecins lui donneront raison.

Elle est alors menée aux urgences, où elle va rencontrer un psychiatre qui décide de la garder en hospitalisation sous contrainte, à la demande du tiers.

Suite des soins :

La patiente est hospitalisée dans une unité psychiatrique, et se montre dans une opposition nette des soins, refusant de parler lors des entretiens, exaspérée par les médecins « *qui ne comprennent rien et l'empêchent de vivre* ».

En dehors des entretiens, au sein du service, elle se montre assez labile sur le plan émotionnel, mais sans grand élément clinique supplémentaire.

Elle reste de bon contact, son discours est globalement organisé, il n'existe pas d'élément délirant en dehors de l'érotomanie.

Quelques jours plus tard, elle commence à se livrer en entretien, et exprime la conviction délirante d'être aimée par une personne, et de l'aimer en retour.

Elle restera mystérieuse dans un premier temps sur l'identité de cet homme, et finira par nous révéler son nom par la suite. Le mauvais objet reste son mari, qui, parce qu'il est jaloux qu'elle en aime un autre, et qui l'a faite hospitaliser pour se venger. La persécution envers son mari se résume aux propos suivants, et ne va pas plus loin.

« *C'est incroyable comme il est possessif, il sait que je suis aimée par quelqu'un d'autre de plus important que lui et ça le rend dingue* »

Nous introduisons un traitement neuroleptique de deuxième génération Aripiprazole, pour agir à la fois sur les éléments délirants et la thymie fluctuante, et dont la tolérance est globalement bonne.

Madame V accepte passivement le traitement, et quelques jours plus tard (environ une semaine de prise bien conduite à posologie moyenne) elle parvient à prendre du recul sur les symptômes récents et remet en question pour la première fois sa relation secrète.

Elle commence à partiellement critiquer cet amour partagé, et se demande si elle n'a pas exagéré certains éléments.

« Oui, il m'aime, mais je pense que de mon côté c'est moins net, j'ai mes enfants après tout, et mon mari n'est pas si mauvais »

Nous lui donnons également des anxiolytiques et sédatifs les premiers jours pour lui permettre de gérer sa tension interne et ses angoisses, qui étaient assez prégnantes lors de l'entrée dans le service.

Elle arrive ensuite à admettre qu'elle avait besoin de repos, puis au fur et à mesure des semaines, en groupe de parole ou à la psychothérapie, Madame V ne parle plus de son amant, ne le mentionne presque plus en entretien.

Quand nous lisons ensemble les lettres qu'elle a écrites pour cet homme, puisque son époux nous les aura remises par la suite, notre patiente se montre très critique envers elle-même et même étonnée de ce qu'elle a pu y faire figurer.

Elle dit que le style graphique ne lui ressemble pas, que la grammaire n'est pas la sienne, et qu'elle ne se reconnaît pas dans le vocabulaire alors employé.

Elle note cela dit qu'elle se souvient les avoir rédigés dans un moment d'euphorie important à chaque fois, et régulièrement associées à la prise d'un verre de vin.

Au bout de sept semaines d'hospitalisation, Madame V est faite sortante.

Elle va alors commencer un suivi au centre médico-psychologique avec un psychiatre référent, qui est différent de ceux qui se sont occupés d'elle lors de son hospitalisation en temps-plein, d'abord de manière rapprochée (deux fois par mois) puis de manière plus espacée (mensuelle).

Elle continue en parallèle le traitement à prises orales par aripiprazole, dont l'observance semble bonne.

Elle arrive à dire qu'elle s'est imaginée des choses, ne sachant pas pour autant expliquer pourquoi. Elle ne mentionne plus du tout son objet en entretien.

Elle revient davantage sur les épisodes dépressifs et euphoriques qu'elle a connus, qu'elle n'avait à l'époque ni elle ni son entourage su authentifier.

Elle commence à faire des liens avec des événements traumatisants de l'enfance. Son oncle paternel l'aurait déjà attouché sexuellement lorsqu'elle était petite.

Quant aux relations avec son mari, elles semblent s'être apaisées depuis la crise.

Il leur a d'ailleurs été suggéré (à elle et à son mari) de participer à des séances de thérapie de couple. Madame V est complètement d'accord et volontaire, néanmoins son mari se montre moins enclin à initier la prise en charge.

Ces séances n'ont pour l'heure jamais commencé, mais le couple est toujours marié, et d'après les dires de Madame V, cela se passe bien. Les trois enfants vivent encore au domicile parental, sont scolarisés, et n'ont pas eu connaissance de ce qui est arrivé à notre patiente puisque les deux parents ont souhaité les préserver.

Madame V est suivie depuis un an sur le secteur, et n'a plus présenté de symptômes similaires depuis.

Elle envisage d'arrêter le traitement par aripiprazole PO sous couvert de surveillance médicale, mais souhaite continuer la prise en charge psychothérapeutique mensuelle avec son psychiatre.

Discussion :

En somme, le cas de Madame V est une érotomanie de présentation classique.

Il s'agit d'une femme de moins de 40 ans, sans antécédent psychiatrique au premier abord. *A priori*, il y a quand même eu deux épisodes dépressifs spontanément résolutifs.

Elle est insérée socialement, mère de trois enfants, mariée. Son objet est un homme, de rang social élevé, un inconnu, avec qui elle ne partage pas d'histoire commune.

Elle a d'emblée la conviction qu'il est amoureux d'elle, répondant ainsi au postulat fondamental de Clérambault.

Néanmoins, le mode d'entrée dans la maladie pose question. Elle regarde une émission politique en effectuant ses tâches ménagères, et se persuade que l'homme d'état s'adresse directement à elle au travers des questions posées par la journaliste.

Il s'agit là d'une idée de référence, idée délirante dans laquelle le sujet pense que certains événements de l'environnement posséderaient une signification particulière pour lui, idée dans laquelle le sujet est lui-même la référence. C'est une idée que nous voyons volontiers dans la schizophrénie.

Il n'y a pas d'élément déclencheur retrouvé.

Il n'y avait pas de consommation toxique associée, hormis des consommations rapportées comme ponctuelles, notamment avant d'écrire les lettres destinées à son objet. Ce comportement renvoie à des études portant sur des femmes auteur de stalking qui pouvaient également présenter ce genre de comportements d'abus de substances juste avant de commettre un délit (harcèlement téléphonique ...)

Madame V est restée fixée au stade espoir, et aucun élément en faveur de sentiment de dépit ou de rancune n'est venu se greffer au tableau d'ensemble. Madame V n'a pas connu d'altération de son fonctionnement, a continué à tenir sa maison rangée, est allée chercher les enfants à l'école, ce qui correspondrait assez aux descriptions cliniques des érotomanies primaires de Clérambault à l'époque.

Hormis le discours étrange tenu à son mari, elle ne montre pas de signe alarmant, et elle n'est pas en proie à des phénomènes hallucinatoires. En dehors de la thématique érotomaniaque, il n'y aura pas d'autre élément délirant retrouvé dans le discours.

Son objet est resté le même, et elle est atteinte de graphorrhée, elle multiplie les tentatives de communication avec lui, mais sans les envoyer pour autant. Elle ne mentionne pas de désir sexuel envers cet homme politique ni dans ses entretiens psychiatriques, ni dans ses lettres que son mari nous apporte.

Nous supposons quand même qu'au vu des antécédents, Madame V pourrait souffrir d'un trouble cyclothymique.

Ce dernier implique une relation temporelle régulière entre la survenue des épisodes hypomaniaques, maniaques, ou dépressifs et une période particulière de l'année, des rémissions complètes, et au moins deux épisodes saisonniers maniaques, hypomaniaques ou dépressifs au cours des deux dernières années.

En effet, elle a connu deux épisodes non traités de dépression, spontanément résolutifs en quelques mois et qui sont survenus tous deux lors de la période hivernale, ce qui est plus courant.

Son mari rapporte d'elle des périodes d'exaltation un peu plus franches au printemps et en été, où elle a tendance à faire beaucoup d'activités, à dépenser davantage mais sans achat inconsidéré, et consommer un peu plus d'alcool.

Nous avons des difficultés à comptabiliser ces épisodes. Les propos du mari ne sont pas entièrement validés par la patiente. Elle rationalise beaucoup en avançant « *je vis au rythme du soleil* ». Selon son mari, cet incident a été précédé d'un changement d'humeur récent qu'il avait constaté. La patiente n'est pas en accord avec les dires de son mari.

Ce cas clinique fait donc état d'une érotomanie secondaire à un trouble cyclothymique chez une femme jeune, qui semble de bon pronostic avec une résolution rapide des symptômes sous neuroleptique à fonction thymorégulatrice, et nous pouvons parler de rémission complète sans persistance de symptômes à bas bruit.

Une thérapie de couple nous semble être une bonne option dans la suite des soins de Madame V. Elle n'a pas encore été mise en place. La prévention secondaire veille à repérer les quelconques signes de récurrence.

VIII. Conclusion

Au cours des siècles, l'érotomanie a été une entité clinique débattue et controversée par les auteurs, suscitant également bon nombre d'investigations. Elle connaît plusieurs définitions et est associée aux déviances sexuelles pendant des générations, jusqu'à ce que Clérambault, véritable révolutionnaire de la clinique de l'érotomanie, n'intervienne pour défendre sa cause.

L'érotomanie pure telle qu'elle a été décrite par Clérambault reste peu fréquente et le débat quant au maintien de cette entité clinique parmi les nomenclatures psychiatriques garde malgré tout une certaine légitimité.

Dans sa définition classique, l'érotomane se présente comme une femme jeune, célibataire, avec des antécédents psychiatriques familiaux. Le choix de son objet est un individu idéalisé, réel ou imaginé, de rang socialement élevé.

Les écrits plus récents objectivent quand même une tendance à l'égalisation des *sex ratio*. L'érotomanie masculine ne serait donc plus considérée comme l'exception qui confirme la règle. Néanmoins, les présentations cliniques entre les deux sexes diffèrent quelque peu. Les hommes choisissent volontiers des objets plus jeunes sans notion de supériorité sociale, et ils changent plus souvent d'objet que les femmes, ou en ont plusieurs en même temps.

La solution érotomaniaque apparaît comme une défense psychique contre un effondrement narcissique ou une homosexualité refoulée. L'objet se substituerait alors à un imago parental, pré œdipien.

Les érotomanies, dans leur ensemble, représenteraient 1% de la totalité des troubles délirants.

En somme, nous retenons que le diagnostic de l'érotomanie est loin d'être une chose aisée car se confondant souvent avec d'autres pathologies psychiatriques et/ou somatiques.

Ces intrications multiples de tableaux cliniques ouvrent des perspectives de compréhension des mécanismes physiopathologiques sous-jacents. Des études complémentaires seraient alors nécessaires pour comprendre les fonctionnements cérébraux, hormonaux et auto-immuns en jeu ainsi que les circuits des neurotransmetteurs.

Un traitement causal et symptomatique ainsi qu'une prise en compte globale de l'environnement semblent de rigueur. Les recommandations actuelles ne sont pas spécifiques à

la prise en charge de l'érotomanie, et vont dépendre du consentement du patient et des bonnes pratiques d'usage. Il va de soi qu'une prise en charge reste individuelle, adaptée et pluridisciplinaire.

Chaque clinicien est tenu de respecter les droits fondamentaux des patients en psychiatrie, et de leur délivrer une information claire, précise et appropriée, selon *la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades*.²⁰⁰

Aussi semble-t-il opportun que l'érotomanie soit réellement considérée comme un enjeu en santé publique, car si les signes cliniques étaient correctement repérés et déclarés à temps, nous pourrions éviter d'éventuelles issues dramatiques, comme le sont les passages à l'acte auto ou hétéro-agressifs.

Evidemment, pour un patient qui est naïf de toute prise en charge psychiatrique, ce repérage est plus difficile à mettre en place. C'est pourquoi une information claire devrait être diffusée, dispensée par des professionnels de santé, et non pas teintée des fantasmes que la culture populaire sert depuis des décennies. Celle-ci n'est pas à rejeter dans son intégralité, car elle exerce en partie sa fonction d'information du grand public. Néanmoins, elle sonne encore trop stigmatisante et alarmante comme pour le reste du cortège des maladies psychiatriques.

On peut imaginer que, disposant d'une information simple et concise, les aidants des personnes malades se verraient réagir plus vite. Par conséquent, les victimes se sentiraient certainement moins désarmées et culpabilisées, et leur entourage se montrant plus compréhensif et soutenant, elles seraient aussi encouragées dans leur démarche de porter plainte et de se protéger.

Il ne faut pas pour autant confondre le patient érotomane qui souffre d'un trouble psychiatrique authentifié, et le stalker. Tout stalker n'est pas érotomane, et tout érotomane n'est ou ne devient pas stalker. Le stalking est le harcèlement du 3^{ème} type ou dioxis. Les stalker se divisent en cinq grandes catégories, contenant chacune des individus aux profils psychopathologiques distincts.

Au sein de la catégorie des chercheurs d'intimité, on peut retrouver entre 10 à 30% de patients atteint d'érotomanie.

En France, aucune législation n'existe pour le cas particulier du stalking. Le délai de latence de la justice après les premières plaintes des victimes a des conséquences importantes sur la qualité de vie sociale, professionnelle et psychologique des victimes.

L'exacerbation des réseaux sociaux a potentialisé les conduites harcelantes et encouragé certaines dérives, en donnant libre accès à l'intimité des individus. Le cyberstalking prend son envol ces dernières décennies, et peut provoquer les mêmes dégâts psychologiques et sociaux sur les victimes. L'érotomanie se trouve également encouragée par ces intrusions faciles dans la vie privée des objets, à la fois idéalisés et inabordables.

Concernant les intervenants de la santé, et en particulier ceux de la santé mentale, les chiffres sont impressionnants. Près de 11% des professionnels de santé ont déjà été la proie d'un stalker, les psychiatres arrivant en tête de liste. Notre profession est surexposée du fait du transfert érotomane encouragé à cause de la position du praticien, et des difficultés pour le patient souvent psychotique de comprendre les limites nettes du cadre thérapeutique.

Des réflexes doivent être adoptés par les psychiatres afin de se prémunir de ce risque. Il faut savoir repérer tout changement de comportement de la part d'un patient, et protéger au maximum ses données personnelles (email, réseaux sociaux, adresse, voiture). Faire remonter l'information auprès de la hiérarchie ne paraît pas être contre-thérapeutique, et la distanciation est parfois nécessaire.

Cependant, l'enjeu médico-légal est prégnant à la fois pour la victime et la société en général mais aussi pour le patient souffrant authentiquement. Les experts psychiatres sont amenés à en rencontrer et à statuer sur leur état psychique au moment des faits. Ce rapport impacte la décision rendue par la Cour. L'expertise émet également un avis sur la potentielle dangerosité du sujet (notamment le risque de récurrence).

Il semble que la potentielle dangerosité du patient érotomane soit surestimée par les études menées sur des échantillons médico-légaux, et par le fantasme que la culture populaire produit au sein de notre société. Les facteurs les plus probants de risque de passage à l'acte hétéro-agressifs restent le sexe masculin, la multiplicité des objets, les traits de personnalité pré-morbide et les antécédents de violence.

Lorsque des patients érotomanes sont incarcérés, il paraît primordial qu'ils puissent bénéficier d'une continuité des soins, résultant directement de l'articulation médico-pénitentiaire organisée sur le territoire. La prise en charge des auteurs des violences sexuelles est quant à elle légiférée par un cadre spécifique.

IX. BIBLIOGRAPHIE

1. Sachdev, P. S. *et al.* Classifying neurocognitive disorders: the DSM-5 approach. *Nat. Rev. Neurol.* **10**, 634–642 (2014).
2. Ferdière, G. Gaston Ferdière, *L'Érotomanie : Illusion délirante d'être aimé*, 1937. (1937).
3. Clérambault, G. G. de. *L'érotomanie de Clérambault G. G* 1942. *Evol. Psychiatr. (Paris)* **68**, 475–475 (1942).
4. Portemer, A. *De l'érotomanie au point de vue médico-légal*, Portemer, 1902. (1902).
5. Esquirol, J. *Le traité des maladies mentales*, Esquirol 1838. (1838).
6. Galien. *Galien, Traité des passions de l'âme et de ses erreurs*, Paris, Grec, 1993.
7. Ferrand, J. *De la maladie d'amour ou mélancolie érotique*. 1623 458 p. (1623).
8. Denis de Rougemont. *L'amour et l'Occident - Denis de Rougemont*. (1939).
9. Descartes, R. *Les Passions de l'âme....* (Jacq. besongne, 1651).
10. Ball, B. (1833-1893) A. du texte. *La folie érotique par B. Ball*. (1888).
11. Sérieux, P. & Capgras, J. *Les Folies raisonnantes, le délire d'interprétation*. (Paris : J.-F. Alcan, 1909).
12. Sagna, C. D.-L. Clérambault, une anatomie des passions. *Cause Freudienne N° 74*, 222–242 (2010).
13. Clérambault, G. G. de. Gaëtan Gatian de Clérambault, « Les délires passionnels. Érotomanie, Revendication, Jalousie » (Présentation de malade), *Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale*, février 1921, p. 61. <http://psychanalyse-paris.com/835-Les-delires-passionnels.html> (1921).
14. Freud, S. *Freud S.* « *Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa* » 1911. In : *Les Cinq Psychanalyses*. Paris : PUF, 1954, p. 308-309. (1911).

15. Lacan, J. De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité, Jacques Lacan, 1932. (1932).
16. Berrios, G. E. & Kennedy, N. Erotomania: a conceptual history. *Hist. Psychiatry* **13**, 381–400 (2002).
17. Fretet, J. Les Causes affectives de l'érotomanie, principalement chez l'homme. ([s. n.], 1938).
18. LAGACHE, D. Erotomanie et jalousie. *J. Psychol. Norm. Pathol. (Paris)* **35**, 127 (1938).
19. LAGACHE, D. *Passions et psychoses passionnelles (1936)*. (1977).
20. Dide, M. *Les idéalistes passionnés - Maurice Dide 1913*.
21. Mangin-Lazarus, C. Les idéalistes passionnés. *Quest. Psychiatr.* 49–68 (1994).
22. KESTEMBERG, J., HELD, R.-R., RACAMIER, P.-C., FAIN, M. & LUQUET, P. A propos de la relation érotomaniaque. *Rev. Fr. Psychanal.* **26**, n° 5, 533-589 (57 pages) (1962).
23. Perrier. *Perrier F. « De l'érotomanie »*. In : *Le Désir et la Perversion*. Paris : Point Seuil, 1967, p. 129-151. (1967).
24. Seeman, M. V. Delusional loving. *Arch. Gen. Psychiatry* **35**, 1265–1267 (1978).
25. Ellis, P. & Mellsop, G. De Clérambault's Syndrome—A Nosological Entity? *Br. J. Psychiatry* **146**, 90–93 (1985).
26. Kennedy, N., McDonough, M., Kelly, B. & Berrios, G. E. Erotomania revisited: Clinical course and treatment. *Compr. Psychiatry* **43**, 1–6 (2002).
27. Organisation Mondiale de la Santé. Classification internationale des maladies, dixième révision: CIM---10/ICD---10 : chapitre V (F) : troubles mentaux et troubles du comportement : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. OMS; 1993. 332 p.
28. Veyrat, J.-G. Représentation cinématographique de l'érotomanie. *Ann. Méd.-Psychol.* **170**, 48–51 (2012).
29. Granger, B. Adèle Hugo, une érotomane sans repos. *Mag. Litt.* **444**, 50–50 (2005).
30. Tanguy, C. Contribution à la psychopathologie de la vie amoureuse : le « cas » Adèle Hugo, entre lignages et ruptures : une clinique de la passion. (2011).

31. Ordóñez Fernández, P. Erotomanic delusion in Almodovar's film 'Hable con ella'. (2009).
32. *You - Caroline Kepnes - 2015*. (2015).
33. Mullen, P. E., Pathé, M., Purcell, R. & Stuart, G. W. Study of stalkers. *Am. J. Psychiatry* **156**, 1244–1249 (1999).
34. Faden, J., Levin, J., Mistry, R. & Wang, J. Delusional Disorder, Erotomanie Type, Exacerbated by Social Media Use. *Case Rep. Psychiatry* **2017**, (2017).
35. McEwan, I. *Délire d'amour - Ian McEwan 2001*. (2001).
36. Rheims, N. *Maladie d'amour - Nathalie Rheims (2014)*. (2014).
37. Noiville, F. *L'illusion délirante d'être aimé - Florence Noiville (2015)*. (éditions stock, 2015).
38. Demidoff, A. Les petites morsures d'une érotomane: La chorégraphe Prisca Harsch et le plasticien Martin Rautenstrauch s'inspirent des mille et une lettres d'une érotomane prénommée Jeanne et signent à Genève une pièce aussi méditative que belle. *Le Temps* (2012).
39. Retterstøl, N. & Opjordsmoen, S. Erotomania--erotic self-reference psychosis in old maids. A long-term follow-up. *Psychopathology* **24**, 388–397 (1991).
40. Sampaio, T. de M., Andrade, A. G. de & Baltieri, D. A. De Clérambault's syndrome: diagnostic and therapeutic challenge. *Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul* **29**, 212–218 (2007).
41. Rudden, M., Sweeney, J. & Frances, A. Diagnosis and clinical course of erotomanic and other delusional patients. *Am. J. Psychiatry* **147**, 625–628 (1990).
42. Brüne. Brüne M. De Clérambault's syndrome (erotomania) in an evolutionary perspective. *Evol Hum Behav.* nov 2001;22(6):409-15. (2001).
43. de Portugal, E., González, N., Haro, J. M., Autonell, J. & Cervilla, J. A. A descriptive case-register study of delusional disorder. *Eur. Psychiatry J. Assoc. Eur. Psychiatr.* **23**, 125–133 (2008).
44. Tran The, J. Reflexions sur un cas d'érotomanie associée dans la perspective freudienne du délire comme " tentative de guérison " dans la psychose/Reflections on a case of erotomania, in the Freudian perspective of delusion as an 'attempt to cure' in psychosis. *Evol. Psychiatr. (Paris)* **84**, 165 (2019).

45. Hollender, M. H. & Callahan, A. S. Erotomania or de Clérambault syndrome. *Arch. Gen. Psychiatry* **32**, 1574–1576 (1975).
46. Raskin et Sullivan. Raskin, DE, Sullivan LE. Erotomania. *Am J Psychiatry*. 1974;131 (9):1033-1035. (1974).
47. Feder, S. Feder S. Clerambault in the Ghetto: Pure Erotomania Reconsidered. *J Psychoanal Psychother*. 1973;2:240-247. (1973).
48. Clérambault, G. G. de. G. de Clérambault, « Érotomanie pure persistant depuis 37 années (Présentation de malade) », *Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale*, juin 1923, p. 192. (1923).
49. CHANES, FOLLIN & DIGO. Erotomanie pure stabilisée depuis 28 ans au stade de l'espoir. *Ann. Med. Psychol. (Paris)* **104**, 58 (1946).
50. Gernez, C. Une érotomanie « pure » en consultation privée. *Inf. Psychiatr.* **93**, 764–766 (2017).
51. Alberti, C. Un cas d'érotomanie discrète. (2009).
52. Signer, S. F. & Swinson, R. P. Two cases of erotomania (de Clérambault's syndrome) in bipolar affective disorder. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.* **151**, 853–855 (1987).
53. Signer, S. F. 'Les psychoses passionnelles' reconsidered: a review of de Clérambault's cases and syndrome with respect to mood disorders. *J. Psychiatry Neurosci. JPN* **16**, 81–90 (1991).
54. Rizk, C. Borderline Personality Disorder Within Erotomania. (ProQuest Dissertations Publishing, 2017).
55. Meloy, J. R. Nondelusional or Borderline Erotomania. *Am. J. Psychiatry* **147**, 820–820 (1990).
56. Corcos et al.
Corcos M, Tordjmann S, Jeammet P. Anorexie mentale et relation érotomaniaque. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 1994;42(3):110-7.
57. Lehmann, M. De l'anorexie-boulimie à l'hallucination verbale, de l'objet oral à l'objet voix. *Anal. Freudienne Presse* n° **16**, 105–113 (2009).

58. Phillips, M. R., West, C. L. & Wang, R. Erotomanic Symptoms in 42 Chinese Schizophrenic Patients. *Br. J. Psychiatry* **169**, 501–508 (1996).
59. Ritchie, B. Erotomania in an adolescent male with concomitant gender identity issues. *J. Can. Acad. Child Adolesc. Psychiatry J. Acad. Can. Psychiatr. Enfant Adolesc.* **18**, 247–248 (2009).
60. Myers, W. & Miller, S. Commentary to Erotomania in an Adolescent Male with Concomitant Gender Identity Issues. *J. Can. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* **18**, 249 (2009).
61. Luauté, J.-P. Joseph Capgras (1873–1950). Sa vie, son œuvre. *Ann. Méd.-Psychol.* **170**, 748–756 (2012).
62. Signer, S. F. & Isbister, S. R. Capgras syndrome, de Clérambault's syndrome, and folie à deux. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.* **151**, 402–404 (1987).
63. Zarrouk, E. T. The co-existence of erotomania and Capgras' syndrome. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.* **159**, 717–719 (1991).
64. O'Dwyer. O'Dwyer: Coexistence of the Capgras and de Clerambault's. (1990).
65. Wright, S., Young, A. W. & Hellawell, D. J. Frégoli delusion and erotomania. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* **56**, 322–323 (1993).
66. Brüggemann, B. R. & Garlipp, P. A Special Coincidence of Erotomania and Fregoli Syndrome. *Psychopathology* **40**, 468–468 (2007).
67. Thibierge, S. Le syndrome de Fregoli. *J. Français Psychiatr.* n° **35**, 37–40 (2009).
68. Mann, J. & Foreman, D. M. Homo-erotomania for a delusional parent: erotomania with Capgras and Fregoli syndromes in a young male with learning difficulties. *J. Intellect. Disabil. Res. JIDR* **40 (Pt 3)**, 275–278 (1996).
69. García-Toro, M., M. D. ., Ph. D., Vilella, A., M. D., Gili, M., Ph. D., Salva, J., M. D. ., Ph. D. & Roca, M., M. D. ., Ph. D. Hepatitis C treatment and erotomania. *Gen. Hosp. Psychiatry* **34**, 103.e7-103.e10 (2012).
70. Quarantini, L. C. *et al.* Psychosis During Peginterferon- α 2a and Ribavirin Therapy: Case Report. 2.

71. Silverman, B. C., Kim, A. Y. & Freudenreich, O. Interferon-Induced Psychosis as a “Psychiatric Contraindication” to Hepatitis C Treatment: A Review and Case-Based Discussion. *Psychosomatics* **51**, 1–7 (2010).
72. Adamou, M. & Hale, A. S. Erotomania induced by venlafaxine: a case study. *Acta Psychiatr. Scand.* **107**, 314–317 (2003).
73. Waldmeier, P. C. & Maitre, L. On the Relevance of Preferential Increases of Mesolimbic Versus Striatal Dopamine Turnover for the Prediction of Antipsychotic Activity of Psychotropic Drugs. *J. Neurochem.* **27**, 589–597 (1976).
74. Risch, S. C. Pathophysiology of schizophrenia and the role of newer antipsychotics. *Pharmacotherapy* **16**, 11–14 (1996).
75. Doust, J. W. & Christie, H. The pathology of love: some clinical variants of De Clérambault’s syndrome. *Soc. Sci. Med.* **12**, 99–106 (1978).
76. Singh, H., Ganjekar, S., Ghandhi, P. & Thyloth, M. A case of Fregoli syndrome and Erotomania associated with anemia. *J. Ment. Health Hum. Behav.* **19**, 83–84 (2014).
77. Rajkumar, A. P. & Jebaraj, P. Chronic psychosis associated with vitamin B12 deficiency. *J. Assoc. Physicians India* **56**, 115–116 (2008).
78. Iron deficiency: Differential effects on monoamine transporters: Nutritional Neuroscience: Vol 8, No 1. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10284150500047070>.
79. Chen, M.-H. *et al.* Association between psychiatric disorders and iron deficiency anemia among children and adolescents: a nationwide population-based study. *BMC Psychiatry* **13**, 161 (2013).
80. Morali, A. & Bénézech, M. Syndrome de Klinefelter, érotomanie délirante et harcèlement sexuel : l’influence du traitement hormonal. À propos d’une observation originale. *Ann. Méd.-Psychol.* **168**, 448–453 (2010).
81. Bojesen, A., Juul, S., Birkebaek, N. H. & Gravholt, C. H. Morbidity in Klinefelter syndrome: a Danish register study based on hospital discharge diagnoses. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* **91**, 1254–1260 (2006).

82. Bruining, H., Swaab, H., Kas, M. & van Engeland, H. Psychiatric characteristics in a self-selected sample of boys with Klinefelter syndrome. *Pediatrics* **123**, e865-870 (2009).
83. van Rijn, S., Aleman, A., Swaab, H. & Kahn, R. Klinefelter's syndrome (karyotype 47,XXY) and schizophrenia-spectrum pathology. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.* **189**, 459–460 (2006).
84. Kebers. Kebers F, Janvier S, Colin A, Legros J-J, Anseau M. En quoi le syndrome de Klinefelter peut-il intéresser le psychiatre et le pédiopsychiatre ? A` propos d'un cas clinique. *Encephale* 2002;28:260–5. (2002).
85. Senon JL. Senon JL. Quelles sont les théories actuelles concernant les causes impliquées dans les agressions sexuelles ? In: Thurin JM, Allilaire JF, editors. *Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle*. John Libbey Eurotext; 2002. (2002).
86. Silva, J. A., Ferrari, M. M. & Leong, G. B. Erotomania in a case of fragile-X syndrome. *Gen. Hosp. Psychiatry* **20**, 126–127 (1998).
87. Kua, E. H. & Yeo, P. P. Hyperthyroidism and de Clérambault's syndrome in a young woman. *Br Med J Clin Res Ed* **295**, 1097–1098 (1987).
88. Michael, A., Zolese, G. & Dinan, T. G. Bisexual Erotomania with Polycystic Ovary Disease. *Psychopathology* **29**, 181–183 (1996).
89. Mazeh, D., Merimsky, O., Melamed, Y. & Inbar, M. Erotomania following an orchiectomy: a case report. *J. Sex Marital Ther.* **23**, 154–155 (1997).
90. Wright, M. T. Neuropsychiatric Illness in Systemic Lupus Erythematosus: Insights From a Patient With Erotomania and Geschwind's Syndrome. *Am. J. Psychiatry* **167**, 502–507 (2010).
91. The American College of Rheumatology nomenclature and case definitions for neuropsychiatric lupus syndromes. *Arthritis Rheum.* **42**, 599–608 (1999).
92. Montmorand, B. de. L'ÉROTOMANIE DES MYSTIQUES CHRÉTIENS. *Rev. Philos. Fr. L'Étranger* **56**, 382–393 (1903).
93. Smith, E. J. Multiple Sclerosis Presenting With Erotomaniac Delusions in the Context of "Don't Ask, Don't Tell". *Mil. Med.* **174**, 297–298 (2009).

94. Patten, S. B., Svenson, L. W. & Metz, L. M. Psychotic disorders in MS: population-based evidence of an association. *Neurology* **65**, 1123–1125 (2005).
95. Feinstein, A. The neuropsychiatry of multiple sclerosis. *Can. J. Psychiatry Rev. Can. Psychiatr.* **49**, 157–163 (2004).
96. McGuire, B. E., Akuffo, E. & Choon, G. L. Somatic sexual hallucinations and erotomanic delusions in a mentally handicapped woman. *J. Intellect. Disabil. Res. JIDR* **38 (Pt 1)**, 79–83 (1994).
97. Bhaumik, S. & Collacott, R. A. Erotomanic delusions in a male with a mental handicap. *J. Intellect. Disabil. Res. JIDR* **37 (Pt 3)**, 319–323 (1993).
98. Gaddal, Y. Y. E. De Clérambault's Syndrome (Erotomania) in Organic Delusional Syndrome. *Br. J. Psychiatry* **154**, 714–716 (1989).
99. Anderson, C. A., Camp, J. & Filley, C. M. Erotomania after aneurysmal subarachnoid hemorrhage: case report and literature review. *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* **10**, 330–337 (1998).
100. Suárez-Richards, M. & Fournes, O. Erotomania preceding an aneurysmal subarachnoid hemorrhage: is there an association? *J. Affect. Disord.* **70**, 333–336 (2002).
101. Drevets, W. C. & Rubin, E. H. Erotomania and Senile Dementia of Alzheimer Type. *Br. J. Psychiatry* **151**, 400–402 (1987).
102. Carrier L. Erotomania and senile dementia. *Am J Psychiatry* 1987; 147:1092.
103. Cipriani, G., Logi, C. & Di Fiorino, A. A romantic delusion: de Clerambault's syndrome in dementia. *Geriatr. Gerontol. Int.* **12**, 383–387 (2012).
104. Brüne, M. & Schröder, S. G. Erotomania variants in dementia. *J. Geriatr. Psychiatry Neurol.* **16**, 232–234 (2003).
105. Wijeratne, C., Hickie, I. & Schwartz, R. Erotomania associated with temporal lobe abnormalities following radiotherapy. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* **31**, 765–768 (1997).
106. Geroldi, C. Temporal lobe asymmetry in patients with Alzheimer's disease with delusions. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* **69**, 187–191 (2000).

107. Signer, S. F. & Cummings, J. L. De Clérambault's syndrome in organic affective disorder. Two cases. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.* **151**, 404–407 (1987).
108. Olojugba, C., de Silva, R., Kartsounis, L. D., Royan, L. & Carter, J. De Clerambault's Syndrome (Erotomania) As a Presenting Feature of Fronto-Temporal Dementia and Motor Neurone Disease (FTD-MND). *Behav. Neurol.* **18**, 193–195 (2007).
109. Kelly, B. D. Erotomania : epidemiology and management. *CNS Drugs* **19**, 657–669 (2005).
110. Maha, A. & Goetz, K. Risperidone for the treatment of delusional disorder due to HIV disease. *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* **10**, 111 (1998).
111. Andreassen, C. S., Pallesen, S. & Griffiths, M. D. The relationship between addictive use of social media, narcissism, and self-esteem: Findings from a large national survey. *Addict. Behav.* **64**, 287–293 (2017).
112. Pantic, I. *et al.* Association between physiological oscillations in self-esteem, narcissism and internet addiction: A cross-sectional study. *Psychiatry Res.* **258**, 239–243 (2017).
113. Highton-Williamson, E., Priebe, S. & Giacco, D. Online social networking in people with psychosis: A systematic review. *Int. J. Soc. Psychiatry* **61**, 92–101 (2015).
114. Krishna, N. *et al.* The role of social media networks in psychotic disorders: a case report. *Gen. Hosp. Psychiatry* **35**, 576.e1–2 (2013).
115. Dressing, H., Klein, U., Bailer, J., Gass, P. & Gallas, C. [Cyberstalking]. *Nervenarzt* **80**, 833–836 (2009).
116. Dowling, C. *The Cinderella Complex: Women's Hidden Fear of Independence*. (Pocket Books, 1990).
117. Jordan, H. W. *et al.* Erotomania revisited: thirty-four years later. *J. Natl. Med. Assoc.* **98**, 787–793 (2006).
118. Demangeat, M. Grandes illusions de la passion amoureuse. *Imagin. Inconsc.* **no 17**, 27–38 (2006).
119. Racine, J. *Phèdre - Jean Racine, 1677*. (1677).

120. Mishra, B. R., Das, S. & Nath, S. An adolescent crush or delusion of erotomania? Dissecting the normal from the pathological. *Indian J. Psychiatry* **61**, 107–108 (2019).
121. Gabriel, S. *Fans de... : sociologie des nouveaux cultes contemporains*. (Armand Colin, 2014).
122. West, S. G. & Friedman, S. H. These Boots are Made for Stalking: Characteristics of Female Stalkers. *Psychiatry Edgmont* **5**, 37–42 (2008).
123. Veyrat, J. La représentation cinématographique du harcèlement. *Ann. Méd.-Psychol. Rev. Psychiatr.* **162**, 554–558 (2004).
124. Bourgeois, M. L. & Bénézech, M. La dioxis (stalking), le harcèlement du troisième type. *Ann. Méd.-Psychol. Rev. Psychiatr.* **160**, 316–321 (2002).
125. Reid Meloy, J. Stalking (obsessional following): A review of some preliminary studies. *Aggress. Violent Behav.* **1**, 147–162 (1996).
126. FOUILHOUX, N., KAHVEDJIAN, A. & PETITJEAN, F. Érotomanie et harcèlement. *Ann. Méd.-Psychol. Rev. Psychiatr.* **162**, 574–576 (2004).
127. *Code pénal - Article 122-1. Code pénal vols 122–1.*
128. Dunne, F. J. & Schipperheijn, J. A. Stalking (obsessive pursuit). *Hosp. Med. Lond. Engl.* **1998** **61**, 31–32 (2000).
129. Zona, M. A., Sharma, K. K. & Lane, J. A Comparative Study of Erotomaniac and Obsessional Subjects in a Forensic Sample. *J. Forensic Sci.* **38**, 894–903 (1993).
130. Kamphuis, J. H. & Emmelkamp, P. M. Traumatic distress among support-seeking female victims of stalking. *Am. J. Psychiatry* **158**, 795–798 (2001).
131. Pathé, M. & Mullen, P. E. The impact of stalkers on their victims. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.* **170**, 12–17 (1997).
132. Meloy, J. R. & Boyd, C. Female Stalkers and Their Victims. *J. Am. Acad. Psychiatry Law* **31**, 9 (2003).
133. Purcell, R., Pathé, M. & Mullen, P. E. A Study of Women Who Stalk. *Am. J. Psychiatry* **158**, 2056–2060 (2001).

134. Flach, R. M. D. & Deslandes, S. F. Cyber dating abuse in affective and sexual relationships: a literature review. *Cad. Saude Publica* **33**, e00138516 (2017).
135. Fox, J. & Tokunaga, R. S. Romantic Partner Monitoring After Breakups: Attachment, Dependence, Distress, and Post-Dissolution Online Surveillance via Social Networking Sites. *Cyberpsychology Behav. Soc. Netw.* **18**, 491–498 (2015).
136. Henry, N. & Powell, A. Technology-Facilitated Sexual Violence: A Literature Review of Empirical Research. *Trauma Violence Abuse* **19**, 195–208 (2018).
137. Dressing, H., Kuehner, C. & Gass, P. The epidemiology and characteristics of stalking. *Curr. Opin. Psychiatry* **19**, 395 (2006).
138. Lion, J. R. & Herschler, J. A. Chapter 8 - The Stalking of Clinicians by Their Patients. in *The Psychology of Stalking* (ed. Meloy, J. R.) 163–173 (Academic Press, 1998).
139. Sandberg, D. A., McNeil, D. E. & Binder, R. L. Stalking, threatening, and harassing behavior by psychiatric patients toward clinicians. *J. Am. Acad. Psychiatry Law* **30**, 221–229 (2002).
140. Romans, J. S. C., Hays, J. R. & White, T. K. Stalking and related behaviors experienced by counseling center staff members from current or former clients. *Prof. Psychol. Res. Pract.* **27**, 595–599 (1996).
141. Kapsambelis, V. La position érotomaniaque. *Rev. Fr. Psychanal.* **Vol. 75**, 783–796 (2011).
142. Laurent, É. (1861-1904). A. du texte. *Fétichistes et érotomanes / par le Dr Émile Laurent.* (Vigot frères (Paris), 1905).
143. Laurent, É. (1861-1904) A. du texte. *L'amour morbide : étude de psychologie pathologique, Dr Émile Laurent.* (1891).
144. Giannini, A. J., Slaby, A. E. & Robb, T. O. De Clérambault's syndrome in sexually experienced women. *J. Clin. Psychiatry* **52**, 84–86 (1991).
145. Berrios, G. E. & Kennedy, N. Erotomania: a conceptual history. *Hist. Psychiatry* **13**, 381–400 (2002).

146. Chaperon, S. Les fondements du savoir psychiatrique sur la sexualité déviante au XIXe siècle. *Rech. En Psychanal.* n° 10, 276–285 (2010).
147. Magnan, V. (1835-1916) A. du texte. *Des anomalies, des aberrations et des perversions sexuelles : communication faite à l'Académie de médecine dans la séance du 13 janvier 1885 par Magnan.* (1885).
148. Markos, A. R. Alcohol and sexual behaviour. *Int. J. STD AIDS* 16, 123–127 (2005).
149. Johnson, M. W., Herrmann, E. S., Sweeney, M. M., LeComte, R. S. & Johnson, P. S. Cocaine administration dose-dependently increases sexual desire and decreases condom use likelihood: The role of delay and probability discounting in connecting cocaine with HIV. *Psychopharmacology (Berl.)* 234, 599–612 (2017).
150. Marczinski, C. A. & Fillmore, M. T. Energy drinks mixed with alcohol: what are the risks? *Nutr. Rev.* 72 Suppl 1, 98–107 (2014).
151. van Amsterdam, J., Opperhuizen, A. & Hartgens, F. Adverse health effects of anabolic-androgenic steroids. *Regul. Toxicol. Pharmacol. RTP* 57, 117–123 (2010).
152. Arnulf, I. Kleine-Levin Syndrome. *Sleep Med. Clin.* 10, 151–161 (2015).
153. M Das, J. & Siddiqui, W. Kluver Bucy Syndrome. in *StatPearls* (StatPearls Publishing, 2020).
154. Dalle, Edel, Fernandez. *Bien que mon amour soit fou* Benoît Dalle, Yves Edel, Alejandro Fernandez. (1997).
155. *LOI n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.* 2011-803 (2011).
156. Benoît, D. Espaces psychanalytiques dans le traitement de l'érotomanie. *NERVURE* 109–111 (1994).
157. HAS, H. autorité de santé. *Isolement et contention en psychiatrie générale-Recommandations de bonnes pratiques-HAS.* https://www.has-sante.fr/jcms/c_2055362/fr/isolement-et-contention-en-psychiatrie-generale (2017).

158. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 72.
2016-41 (2016).
159. Billard, M. & Costantino, C. Fonction contenante, groupes et institution soignante. *Cliniques*
N° 1, 54–76 (2011).
160. Bantman, P. Réseaux et psychiatrie. *VST - Vie Soc. Trait.* **no 81**, 25–29 (2004).
161. Davtian, H. & Collombet, É. Aidant familial en psychiatrie, une place « naturelle » ? *Empan n°*
94, 47–52 (2014).
162. Canceil, O. *et al.* Quelle place pour l'éducation thérapeutique du patient dans son parcours
de rétablissement au sein des services de secteur ? *Inf. Psychiatr.* **Volume 89**, 243–246 (2013).
163. Christaki, A. Logique passionnelle et transfert paranoïaque. *Psychol. Clin.* **29**, 48–58 (2010).
164. Sakellariou, D. Le transfert érotomaniaque. *Psychanalyse* **no 6**, 5–25 (2006).
165. Bulat-Manentj, G. Sur le fil du rasoir. L'érotomanie dans les détours du transfert. *Clin.*
Lacanienne **23**, 79–90 (2013).
166. Covello, Dalle. Covello A, Dalle B, Gougoulis
N. A propos de l'érotomanie. Histoire de lettre d'amour perdu. *Evol Psychiatr (Paris)*. 198
7;vol. 52, n° 2:pp. 453-70.
167. Caroli. Caroli F. Objet d'érotomane ou la folle passion. *Nervure*. 4(Mai 1988):43-7.
168. Leong, G. B. De Clérambault syndrome (erotomania) in the criminal justice system: another
look at this recurring problem. *J. Forensic Sci.* **39**, 378–385 (1994).
169. Munro, A., O'Brien, J. V. & Ross, D. Two cases of 'pure' or 'primary' erotomania successfully
treated with pimozide. *Can. J. Psychiatry Rev. Can. Psychiatr.* **30**, 619–622 (1985).
170. Myers, W. C. & Ruiz, R. ARIPIRAZOLE AND PSYCHOTHERAPY FOR DELUSIONAL DISORDER,
EROTOMANIC TYPE. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* **43**, 1069–1070 (2004).
171. Kelly, B. D., Kennedy, N. & Shanley, D. Delusion and desire: erotomania revisited. *Acta*
Psychiatr. Scand. **102**, 74–76 (2000).

172. Remington et al. Remington G. Case Report of De Clerambault Syndrome, Bipolar Affective Disorder, and Response to Lithium. *Am J Psychiatry*. 1984;141:1285-1287.
173. Farnham et al.
Farnham FR, Ritchie CW, James DV, Kennedy HG. Pathology of love. *Lancet*. 6 sept 222 1997;350(9079):710.
174. Iruela.
Iruela LM, Marcos MA. De Clérambault's syndrome in unipolar depression. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. sept 1988;153:417-8.
175. Kovács, A., Vörös, V. & Fekete, S. Suicide attempt and melancholic depression in a male with erotomania: case report. *Arch. Suicide Res. Off. J. Int. Acad. Suicide Res.* **9**, 369–372 (2005).
176. Remington, G. J. & Jeffries, J. J. Erotomanic delusions and electroconvulsive therapy: a case series. *J. Clin. Psychiatry* **55**, 306–308 (1994).
177. Arrojo, M., Esteves, M., Ferreira, P. & Palha, A. P. [Response to electroconvulsive therapy in a case of erotomania]. *Actas Esp. Psiquiatr.* **31**, 361–363 (2003).
178. Jordan, H. W. & Howe, G. DE CLERAMBAULT SYNDROME (EROTOMANIA): A REVIEW AND CASE PRESENTATION. *J. Natl. Med. Assoc.* **72**, 7 (1980).
179. Munro, A. *Delusional disorder: paranoia and related illnesses*. (Cambridge University Press, 1999).
180. ZAGURY, D. *Place et évolution de la fonction de l'expertise psychiatrique*. (2001).
181. *Code pénal (ancien) - Article 64*. *Code pénal (ancien)* vol. 64.
182. *LOI n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales*. 2014-896 (2014).
183. Mullen et al. *Stalking and the Pathologies of Love* - Paul E. Mullen, Michele Pathé, 1994. (1994).
184. Menzies, R. P. D., Fedoroff, J. P., Green, C. M. & Isaacson, K. Prediction of Dangerous Behaviour in Male Erotomania. *Br. J. Psychiatry* **166**, 529–536 (1995).

185. Rodrigues, C., Andrade, M., Palma, V. & Cardoso, C. When a man loves a woman: A case of erotomania in the 21st century. *Eur. Psychiatry* **33**, S464–S464 (2016).
186. *LOI n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs. 98-468 (1998).*
187. *Code pénal - Article 131-36-1. Code pénal vols 131-36–1.*
188. BALIER, C., CIAVALDINI, A. & GIRARD-KHAYAT, M. *Rapport de recherche sur les agresseurs sexuels.* (La Documentation Française, 1996).
189. *Loi n° 94-89 du 1 février 1994 instituant une peine incompressible et relative au nouveau code pénal et à certaines dispositions de procédure pénale.*
190. *Code de procédure pénale - Article 723-37. Code de procédure pénale vols 723–37.*
191. Codispoti, V. L. Pharmacology of sexually compulsive behavior. *Psychiatr. Clin. North Am.* **31**, 671–679 (2008).
192. Assumpção, A. A., Garcia, F. D., Garcia, H. D., Bradford, J. M. W. & Thibaut, F. Pharmacologic treatment of paraphilias. *Psychiatr. Clin. North Am.* **37**, 173–181 (2014).
193. Guay, D. R. P. Drug treatment of paraphilic and nonparaphilic sexual disorders. *Clin. Ther.* **31**, 1–31 (2009).
194. Turner, D. & Briken, P. Treatment of Paraphilic Disorders in Sexual Offenders or Men With a Risk of Sexual Offending With Luteinizing Hormone-Releasing Hormone Agonists: An Updated Systematic Review. *J. Sex. Med.* **15**, 77–93 (2018).
195. Ministère de la justice. *Création d'unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) pour les personnes détenues - Publié dans le JO Sénat.*
<https://www.senat.fr/questions/base/2007/qSEQ070226213.html> (2007).
196. *Décret n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique. | Legifrance.*
197. *Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice.*
198. *Code de procédure pénale - Article D398. Code de procédure pénale vol. D398.*

199. *Code de procédure pénale - Article D391. Code de procédure pénale vol. D391.*
200. *LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 (2002).*

Glossaire/Abréviations :

APA : american association of psychiatry

ACR : american college of rheumatology

CATTP : centre d'activité thérapeutique partiel

CIM : classification internationale des maladies

CMP : centre médico-psychosocial

CMPR : centre médico-pénitentiaires régionaux

COFOR : centre de formation au rétablissement

CSAPA : centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie

DSM : diagnostic and statistical manual of mental disorders

ECG : électrocardiogramme

ECT : electroconvulsivothérapie

GEM : groupes d'entraide mutuelle

HAS : haute autorité de santé

HDJ : hôpital de jour

IM : intra musculaire

INSERM : institut national de la santé et de la recherche

IRM : imagerie par résonance magnétique

ISRS : inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine

ONDRP : office nationale de la délinquance et des réponses pénales

SEP : sclérose en plaques

SDRE : soins psychiatriques sous contrainte à la demande du représentant de l'état

SDT : soins psychiatriques sous contrainte à la demande d'un tiers

SMPR : services médico-pénitentiaires régionaux

SOPK : syndrome des ovaires polykystiques

SPIP : service pénitentiaire d'insertion et de probation

SSJ : suivi socio judiciaire

UHSA : unité d'hospitalisation spécialement aménagée

UHSI : unité d'hospitalisation sécurisée interrégionale

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

