



# Stalking : une nouvelle figure de la clinique du traumatisme

Rev Med Suisse 2008 ; 4 : 398-402

**P. Ohlendorf**  
**P. Prada**  
**D. Maire**  
**A. Andreoli**

**Pilar Ohlendorf**  
**Drs Paco Prada et Daphné Maire**  
**Pr Antonio Andreoli**  
**Service d'accueil, d'urgences**  
**et de liaison psychiatriques**  
**HUG, 1211 Genève 14**

## Stalking : a new traumatic syndrome ?

Stalking is a recently described syndrome including a pattern of repeated intrusion and seeking for intimate relationship with another person that is unwanted. Such behaviour is perceived as an explicit threat from a victim who experiences fear. Recent studies indicate that stalking is an important legal and clinical issue with elevated prevalence rates especially among women (10%) eventually with dramatic consequences. Furthermore stalking situation are important in psychiatric practice especially among patients referred to emergency room and crisis intervention. A specific form of «treatment barrier» comes along with stalking and will be discussed. Judiciary actions are often necessary before it is possible to plan a treatment.

Le *stalking* est une forme grave de harcèlement mêlant recherche d'intimité avec une victime et violation de sa vie privée. Sa prévalence élevée et son impact dramatique sur les victimes en font un problème de société. Les médecins, fréquemment confrontés à ce phénomène, rencontrent des difficultés pour l'identifier, l'évaluer correctement et établir un plan thérapeutique. Ces difficultés résident dans la complexité et la dangerosité de ces situations, dans la multiplicité des intervenants, dans leur aspect médico-légal mais aussi en raison d'une forme spécifique de «barrière au traitement». Les soignants eux-mêmes constituent des cibles de choix du *stalking*. La restitution du cadre légal par une action juridique brise la spirale du *stalking* et permet une approche thérapeutique.

## INTRODUCTION

Le *stalking*, qui peut se traduire littéralement par «suivre furtivement», «pister» ou «traquer» est une forme particulièrement grave et répandue de harcèlement. Sa particularité est une violation répétée de la sphère privée d'une victime par un *stalker* à la recherche d'une intimité abusive. L'impact sur la santé des victimes est majeur et, désormais, bien documenté.<sup>1</sup> Nous

choisissons ici d'utiliser le terme anglais, la traduction française, peu satisfaisante, n'englobe pas les formes précoces de ce comportement. Bien qu'étudié depuis longtemps par les psychiatres, le concept émerge dans les années 80. Il constitue dès lors un nouvel objet d'intérêt médico-psychologique,<sup>2</sup> juridique et social. Il bénéficie d'une importante couverture médiatique dans les pays anglo-saxons et constitue un délit dès 1990 avec la naissance de lois anti-*stalking* aux Etats-Unis.<sup>3</sup> L'émergence récente de ce phénomène paraît être en rapport avec le souci croissant de protéger les minorités, sexuelles ou ethniques, mais aussi avec la redéfinition des sphères individuelles, familiales, professionnelles ou religieuses au sein de la société.

Il s'agit alors de définir le plus clairement possible ce type de comportement et ses relations avec la pathologie psychique, mais aussi de mieux en étudier les conséquences pour les victimes, les risques associés et les stratégies de prévention et d'intervention.

## DÉFINITION

Certains auteurs définissent le *stalking* comme une forme de harcèlement, menaçant l'intimité et l'intégrité de la victime, et ressentie comme effrayante.<sup>4</sup> Ce harcèlement vise une recherche d'intimité et peut se manifester par une répétition de formes de communications non souhaitées (téléphones, lettres, cadeaux), de contacts non désirés (approches directes, filatures, surveillances) ou d'autres comportements associés comme l'intrusion, la coercition, l'agression directe ou indirecte envers la personne ou ses biens.<sup>5</sup> L'étendue des comportements susceptibles d'être considérés comme du *stalking* est telle qu'il n'est pas aisé de le définir de ce seul point de vue comportemental. De même, la souffrance engen-



drée chez la victime et le danger encouru sont variables. La nosographie psychiatrique n'est que d'une aide modérée dans cette définition : si certaines formes de *stalking* sont accompagnées ou aggravées par une affection mentale, aucune pathologie psychiatrique ne correspond spécifiquement à ce comportement. Enfin, il ne faut pas négliger une dimension culturelle. Certains aspects du *stalking* sont tolérés, voire ouvertement encouragés, dans des contextes culturels particuliers.<sup>6</sup> Les auteurs s'accordent toutefois sur un certain nombre d'éléments permettant de donner une définition multiaxiale du comportement déviant qu'est le *stalking*<sup>7</sup> (tableau 1).

**Tableau 1. Critères de définition multiaxiale du stalking**

- Le stalking comporte une victime et un persécuteur dont le comportement relève du harcèlement
- Le stalking est caractérisé par la recherche abusive d'intimité et l'intrusion de la sphère privée
- Le stalking engendre craintes, appréhension ou terreur et constitue une souffrance pour la victime
- Le stalking comporte un certain danger d'agression physique
- Le stalking répond à différentes motivations permettant de définir diverses typologies de stalkers

## EPIDÉMIOLOGIE

Une revue des données épidémiologiques récentes sur le *stalking* permet de mesurer l'importance de ce phénomène dans les sociétés occidentales. Les études ont été réalisées sur des échantillons de *stalkers* condamnés ou de victimes ainsi qu'à plus grande échelle sur la population générale (Australie,<sup>1</sup> Etats-Unis<sup>8</sup> et Allemagne<sup>7</sup>).

Ainsi, selon les auteurs, de 12 à 16% des femmes et de 4 à 7% des hommes sont victimes de *stalking* durant leur vie.<sup>9</sup> Les femmes constituent l'énorme majorité des victimes (78%) et la première agression a le plus souvent lieu entre 18 et 29 ans. Les victimes sont choisies principalement parmi les ex-partenaires (30%), les soignants (33%) et les amis et collègues (11%).<sup>10</sup> Les conséquences du *stalking* sont multiples et dramatiques,<sup>1,5</sup> sur le plan médical, psychiatrique, social et économique. Ainsi, 24% des victimes ont des idées suicidaires et 37% d'entre elles remplissent les critères DSM-IV pour un PTSD (Syndrome de stress post-traumatique). Dans 18% des cas, le *stalking* aboutit à des agressions physiques et dans 2,5% à des viols. Dans leurs tentatives de faire cesser le *stalking*, 53% des victimes ont changé d'emploi et 39% de domicile. Le *stalker*<sup>10</sup> est un homme dans 78% des cas, fréquemment sans emploi (36%) et n'ayant jamais eu de relations intimes (52%). Une détection précoce du *stalking* et une prise en charge adaptée sont donc primordiales et dépendent d'une bonne sensibilisation de la part des soignants. Ce d'autant que, comme nous venons de le voir, ils constituent fréquemment des cibles au *stalking*<sup>11</sup> (tableau 2).

## FIGURES CLINIQUES DU STALKING

Les psychiatres et les médecins de premier recours sont régulièrement en contact avec du *stalking* dans leur pra-

**Tableau 2. Diverses classifications de stalking**

- En fonction de la psychopathologie du stalker (troubles de l'axe I, II ou pas de troubles) avec des implications pour sa prise en charge
- En fonction des motivations du stalker (s'il vise des célébrités, assouvir un désir sexuel, motifs professionnels, suite à un amour déçu, désir de vengeance, idéologie politique) avec peu d'implications pour la prise en charge
- En fonction des facteurs étiologiques supposés et/ou du lien avec la victime (époux(se)/partenaire; amour; idées délirantes; sadisme) utiles en pratique pour définir le type d'intervention nécessaire (médicale, policière ou légale)

tique mais ils ne savent pas toujours le reconnaître. Voici des exemples de situations rencontrées par le praticien en consultation et dans lesquelles l'élément déterminant à prendre en compte est le *stalking*.

### VIGNETTE CLINIQUE 1

#### **Stalking en présence de troubles psychiatriques structurés**

Claire, 42 ans, est hospitalisée dans notre unité de crise suite à une tentative de suicide. Mariée avec un homme qu'elle décrit comme déprimé et «paranoïa-que», elle vit un véritable état de siège à domicile. Elle ne peut sortir librement, est surveillée et battue. Les enfants sont souvent absents de l'école, retenus par leur père qui craint d'être dénoncé. L'équipe ressent une impuissance : Claire n'a pas de moyens financiers et peu d'entourage. La conviction que ce *stalker* est inarrêtable semble avoir gagné successivement la police, les services sociaux, l'école et plusieurs services d'urgences médicales en ville, pour atteindre finalement notre équipe. Le mari, qui se présente un soir à l'unité pour réclamer son épouse souffre d'une dépression sévère avec des idées de persécution et de jalousie non systématisées ainsi qu'une dépendance à l'alcool.

### VIGNETTE CLINIQUE 2

#### **Le stalking comme vicissitude de la rupture amoureuse ou du conflit conjugal**

Jean exerce son métier dans le secteur sécuritaire de l'Etat. Abandonné par sa femme à cause de sa violence, il est accompagné aux urgences par des collègues en raison de menaces suicidaires. Nous apprenons qu'il surveille régulièrement sa femme. Il lui téléphone au milieu de la nuit ainsi qu'au travail. Il s'est introduit à plusieurs reprises chez elle et y a fait des dégâts matériels (elle a changé de domicile). Elle a obtenu une carte de protection de la police qui n'est pas allée plus loin dans cette affaire. Hospitalisé, il essaie de poursuivre son *stalking* depuis l'hôpital. Il se montre intimidant lorsqu'on lui interdit le téléphone, mais cesse son comportement lorsque nous l'informons avoir signalé la situation au procureur et qu'il sera entendu rapidement par la justice.



### VIGNETTE CLINIQUE 3

#### Les soignants, cibles de choix du *stalking*

Il n'est pas rare qu'au cours de leur travail, les soignants soient des cibles du *stalking*. Des infirmiers de notre équipe furent persécutés par un mystérieux personnage. Celui-ci appelait, menaçait de se suicider tout en refusant de donner son adresse pour nous permettre d'intervenir. Le harcèlement s'était étendu progressivement et certains infirmiers étaient même dérangés à domicile. Plus tard, nous apprendrons que l'inconnu harcelait une infirmière en particulier depuis longtemps. Au commencement, des menaces vagues s'entremêlaient avec des gestes de séduction. Bientôt suivirent des menaces graves et des attaques. Des dégâts furent commis chez elle. Par un mélange d'attentions et de menaces, le *stalker* essaie d'établir une relation d'intimité abusive avec sa victime isolée puis exerce sur elle sa cruauté. La terreur, la honte et l'état d'impuissance de cette collaboratrice sont autant de facteurs d'excitation pour le *stalker*.

### VIGNETTE CLINIQUE 4

#### Figure du *stalking* en psychothérapie

Daniel, 23 ans, suit une psychothérapie analytique après une rupture affective et une tentative de suicide. Son attitude est d'emblée séductrice envers la thérapeute. Il alterne flatteries et menaces dans le but d'établir un contrôle sur elle. Il téléphone la nuit et dresse une liste des déplacements de la thérapeute la journée ou laisse des fleurs devant sa porte. Il raye la carrosserie de sa voiture, puis celle de son ami. Cette violence, qui évolue crescendo, ainsi que les intrusions dans la sphère privée mettent en échec le cadre thérapeutique. Une supervision permet à la thérapeute d'aviser la justice. La thérapie sera interrompue de façon plus formelle en communiquant au patient l'impossibilité de sa réalisation et en mettant en place un nouveau traitement.

### SCÉNARIO INTERSUBJECTIF DU STALKING : IMPORTANCE DE LA PERSONNALITÉ SADIQUE

L'agressivité du *stalker* relève de la cruauté et contraste avec la violence de l'antisocial, l'hostilité du narcissique ou l'abandonisme du *borderline*. Elle est dirigée envers une personne en position d'impuissance et qui se trouve à sa merci. Il choisit sa victime, la mène à un état d'infériorité et tente d'établir une relation intime abusive, fortement teintée d'érotisme (ou de violence érotisée), en recherchant à la fois la contrainte et la séduction, la souffrance et l'attention. La notion de personnalité sadique prend ici toute son importance. La victime, inconsciente de ce qui se passe dans un premier temps, peut avoir une attitude hésitante, compréhensive ou même intéressée. La relation pathologique risque alors de se cristalliser et fournit au *stalker* un nouvel ingrédient de son action, la culpabilité. Un phénomène d'identification pathologique à l'agresseur habite le *stalker* et en constitue son histoire. Des trauma-

tismes passés sont fréquents et nourrissent la conviction inconsciente du *stalker* d'être un parent justicier, juge ou policier. Il puise sa capacité à exercer ce comportement inacceptable dans la conviction profonde d'être appelé à surveiller et punir. Il n'est pas rare de le voir choisir une voie professionnelle en rapport avec le pouvoir ou l'uniforme. La suspicion de «fautes» commises par la victime (adultère, refus de relation sentimentale ou sexuelle, mauvaise pratique d'un soignant) est essentielle à l'action du *stalker*. Cela nourrit tant l'identification pathologique du *stalker* qu'à nouveau le sentiment de culpabilité de la victime.

Le scénario central du *stalking*, qui met en jeu le *stalker* comme un parent sadisant, nous renvoie l'image insoutenable de l'enfant sadiquement maltraité, attisant des réactions d'évitement, de dénégation et de refoulement.

Cela confère au *stalking* une importance clinique très large en pratique psychiatrique tant de nombreux aspects des relations pathologiques familiales, conjugales ou professionnelles sont empreintes de cette atmosphère. La victime se voit attribuer une image d'un enfant imaginaire, sadisé par ses parents selon la figure universelle du sacrifice de l'enfant. La fréquente association de ce schéma avec des prétentions d'amour malheureux montre à quel point la vie sentimentale du *stalker* est vécue de manière totalement inappropriée. Elle évoque le fantasme de la réédition du couple parent-sadisant et enfant-masochique. Cela constitue tant une figure essentielle de la sexualité infantile de chacun que l'un des aspects les mieux refoulés de notre passé. Le soignant éprouve face au *stalking* un intense besoin de refouler la conscience de la gravité de la situation. Cela prend la forme d'excuses permettant d'expliquer la conduite du *stalker* autant que le manque de réaction de la victime et aboutit à une dénégation de la gravité du danger, surtout chez les soignants les moins expérimentés. Ainsi, face à l'impuissance de sa victime et de son entourage relationnel ou institutionnel (police, soignants) en réponse à ses agissements, le *stalker* va être entraîné dans une escalade de son comportement d'harcèlement et d'intrusion.

### INTERVENTION DE CRISE AUPRÈS DES VICTIMES DU STALKING

Un praticien sensibilisé à ce phénomène peut y consacrer l'attention nécessaire et faire une évaluation complète de la situation. Il s'intéressera à la souffrance psychique, physique et socio-économique de la victime tout en assurant un accueil sécurisant. Il convient d'investiguer son lien avec le *stalker*, les comportements subis et la présence d'une psychopathologie chez celui-ci. La réponse clinique est souvent complexe dans son agencement et met en jeu de nombreux intervenants. A tel point que le clinicien peut être gagné par la conviction (partagée par les intervenants antérieurs) que la situation est explosive et qu'il convient de ne pas s'en mêler. En plus de ces dangers réels, des facteurs virtuels tendent à paralyser l'action des intervenants. L'interaction du couple *stalker*-victime avec les soignants fait naître des réactions individuelles, groupales et institutionnelles difficilement prévisibles car dépendantes de la



réaction émotionnelle de chacun. Nous nommons ce phénomène «barrière au traitement»<sup>12</sup> pour définir ce qui constitue l'obstacle à surmonter afin d'améliorer la qualité et l'efficacité des soins lors d'une prise en charge de crise. Enfin, la dimension médico-légale inhérente au *stalking* met les soignants en difficulté.<sup>13</sup>

Il est donc capital de sortir la victime ou les équipes soignantes du sentiment d'isolement et d'impuissance<sup>14</sup> par la reconnaissance du caractère illégal et punissable du *stalking*.<sup>15</sup> Ainsi, en plus de la protection de la victime, la répression du *stalking* par voie pénale en contactant le procureur a un effet immédiat et persuasif, qui permet de mesurer l'importance d'une action simultanée sur le plan légal et sur celui des soins. La législation pénale en vigueur dans les pays joue un rôle important dans la paralysie des réactions de défense face à ce genre de comportement. Elle doit continuer à évoluer afin de mieux protéger la sphère privée et prévenir cette forme sournoise de violence qui frappe en premier lieu les femmes ou les personnes en situation de fragilité sociale.

Dans notre formulation de l'intervention de crise,<sup>12</sup> nous distinguons trois dimensions comme autant de niveaux d'intervention : des dimensions individuelles, interpersonnelles et institutionnelles. Concernant la dimension institutionnelle, l'apport spécifique de la psychiatrie par rapport aux autres institutions impliquées (juridique, policière) est de soulager ce système de la confusion, de la projection et du clivage qui contribuent à un sentiment d'impuissance général. Cela implique, du fait des enjeux institutionnels, l'intervention d'une personne dont le rôle et le savoir sont reconnus (tableau 3).

## CONCLUSION

Le *stalking* souligne l'importance d'une meilleure connaissance des troubles de la personnalité en pratique cli-

**Tableau 3. Points forts de l'intervention de crise en cas de stalking**

- Identification de la situation de stalking
- Accueil sécurisé et évaluation clinique complète, qui comprend l'évaluation de facteurs compliquant les soins («barrière au traitement»)
- Rétablissement du cadre légal en informant le parquet (pour empêcher le stalker de nuire par sa prise de pouvoir dans l'imaginaire des soignants)
- Etablissement d'un plan de traitement et de soins

nique et en psychiatrie d'urgence. Cela nous permet de nous positionner face à un comportement déviant ne résultant pas forcément d'une psychopathologie, mais aussi à mieux comprendre la dynamique psychopathologique et institutionnelle sous-jacente dans les processus d'accueil, d'évaluation et de traitement des troubles psychiatriques. Enfin, cela permet de définir le focus et les modalités de l'intervention de crise. ■

## Implications pratiques

- > Ce travail apporte les éléments nécessaires à l'identification et au diagnostic d'un nouveau syndrome traumatique, ayant une importance clinique considérable, et actuellement sous-estimé
- > Le *stalking* fait appel à une intervention active sur le plan de l'aide sociale, du traitement et de l'intervention juridique comme explicité dans l'article
- > Ce travail apporte également des éléments pour une meilleure compréhension du comportement de la personnalité sadique ainsi que des informations permettant de la reconnaître et de la confronter en situation clinique

## Bibliographie

- 1 Purcell R, Pathe M, Mullen PE. The prevalence and nature of stalking in the Australian community. *Aust N Z J Psychiatry* 2002;36:114-20.
- 2 Meloy J. Stalking, an old behaviour, a new crime. *Psychiatr Clin North Am* 1999;22:85-99.
- 3 Davis JA, Chipman MA. Stalkers and other obsessional types: A review and forensic psychological typology of those who stalk. *J Clin Forensic Med* 1997;4:166-72.
- 4 MacKenzie, et al. Dans : Curci P, Galeazzi GM, Secchi C. La sindrome delle molestie assillanti (stalking). Torino: Bollati Boringhieri, 2003.
- 5 \*\* Pathe MT, Mullen PE. The impact of stalkers on their victims. *Br J Psychiatry* 1997;170:12-7.
- 6 Dunn J. *Courting disaster: Intimate stalking, culture, and criminal justice*. Hawthorne, New York: Aldine de Gruyter, 2002.
- 7 Dressing H, Gass P, Kuehner C. What we can learn from the first community-based epidemiological study on stalking in Germany? *Int J Law Psychiatry* 2007;30:10-7.
- 8 \* Tjaden P, Thoennes N. Stalking in America: Findings from the National violence against women survey. National Institute of justice and the Centers for disease control and prevention, 1997. Available at [www.ojp.usdoj.gov/nij](http://www.ojp.usdoj.gov/nij)
- 9 \*\* Dressing H, Kuehner C, Gass P. The epidemiology and characteristics of stalking. *Curr Opin Psychiatry* 2006;19:395-9.
- 10 \*\* Mullen P, Pathe M, Purcell R, et al. Study of stalkers. *Am J Psychiatry* 1999;156:1244-9.
- 11 Pathe MT, Mullen PE, Purcell R. Patient who stalks doctors: Their motives and management. *Med J Aust* 2002;176:335-8.
- 12 Andreoli A, Lalive J, Garrone G. Crise et intervention de crise en psychiatrie. Lyon: SIMEP, 2007.
- 13 Logan TK, Walker R, Stewart C, Allen J. Victim service and justice system representative responses about partner stalking: What do professionals recommend? *Violence Vic* 2006;21:49-66.
- 14 Harmon RB, O'Connor M, Forcier A, Collins M. The impact of anti-stalking training evaluation protocol (ASTEP). *J Forensic Sci* 2004;49:1050-5.
- 15 McFarlane J, Malecha A, Gist J, et al. Protection orders and intimate partner violence: An 18-month study of 150. Hispanic, and white women. *Am J Public Health* 2004;94:613-8.

\* à lire

\*\* à lire absolument