

Voyages et risques de décompensations psychiatriques

Parmi les troubles survenant à l'occasion d'un voyage les problèmes psychiatriques sont à prendre en compte. Quels sont-ils et quelles sont leurs causes ?

« On croit que l'on va faire un voyage, mais bientôt c'est le voyage qui vous fait ou vous défait ». Nicolas Bouvier, L'Usage du monde.

Parmi les maladies liées aux voyages peu de place est laissée à la santé mentale alors que le pourcentage de problèmes psychiatriques à l'origine d'un retour anticipé, voire d'un rapatriement psychiatrique (suivi ou non d'une hospitalisation), est loin d'être négligeable parmi les transferts sanitaires effectués par les compagnies d'assurance¹. En effet tout voyage constitue un stress qui peut déclencher ou aggraver des troubles psychiatriques : du simple « choc culturel » au « voyage pathologique ». Que ce soit le touriste ou le routard en quête d'exotisme, l'expatrié, le réfugié politique ou l'immigré à la recherche de meilleures conditions économiques, l'homme en marche peut trébucher sur les traces du « fantasme collectif » de sa culture d'origine ou de son propre « roman familial » et présenter à un moment de son parcours des troubles psychologiques. Chaque culture semble désigner à ses membres des lieux où il est plus facile de « vaciller » : sur les chemins de l'Orient pour les Occidentaux, sur les routes des pays du Nord attirés par la culture occidentale pour d'autres, ou sur des lieux chargés de mysticisme...

La plupart du temps un retour dans le pays d'origine s'impose afin de reprendre pied dans

la réalité à laquelle le sujet a été initialement « formaté »...

Les motivations du voyage

– Touristiques (voyages individuels ou en groupe) sont le plus souvent de courte durée, dans le cadre de loisirs : ce sont des voyages à but récréatif, pour fuir la routine, faire une parenthèse de vie, découvrir une autre culture, mais aussi les pèlerinages religieux...

– Professionnelles : voyages d'affaires, expatriations...

– Initiatives : ils concernent une population qui part découvrir le « vaste monde ». Ils permettent aux jeunes de connaître leurs limites, non seulement physiques, mais aussi morales : mission humanitaire, études (programme Erasmus)², formation, recherche, année sabbatique...

– Les voyages « d'aventure » : aboutissement d'un projet de vie, réalisation d'un rêve (tour du monde, croisière, exploit sportif...), projet scientifique, globe-trotters, routards...

Dans tous ces cas, le voyage implique un retour dans la culture d'origine : il s'agit d'une parenthèse de vie.

Ces voyages sont à distinguer des migrations pour fuir la pauvreté ou suite à des problèmes politiques, des guerres, des catastrophes naturelles (tremblements de terre, sécheresse, tsunamis, cyclones...) avec souvent une pathologie de *stress post-traumatique* associée.

La pathologie de l'exil est un vaste sujet qui ne peut qu'être évoquée dans cet article.

Dr Régis Airault
Psychiatre hospitalier, Paris

1. Dont sont le plus souvent exclues les personnes déjà rapatriées pour des raisons psychiatriques, celles ayant fait usage de drogue, les tentatives de suicide...

2. Cf. l'article « Guide de survie de l'étudiant Erasmus » (*Courrier international* n° 1073 du 26 -31 mai 2011, p. 38).



Les troubles psychiatriques liés aux voyages

Les troubles liés au choc culturel

Transplanté dans une culture où les repères sont différents, tout voyageur est soumis à un *choc culturel* à l'origine soit d'une fascination avec le sentiment de « se sentir chez soi », soit au contraire d'un rejet de cette nouvelle culture (pauvreté, foule, nourriture, codes sociaux, langue et écriture différents...). Les troubles révélés ou accentués par la perte des repères habituels peuvent aller de l'anxiété à la dépression, de la somatisation à un sentiment de déréalisation, voire de dépersonnalisation. Après ce choc ou au contraire cette « lune de miel », le candidat à l'expatriation passera par une étape de nostalgie avant de s'adapter à cette nouvelle culture.

Le jet lag

La fatigue liée au décalage horaire est fréquente lorsque l'on voyage à travers plusieurs fuseaux horaires, avec asthénie, irritabilité, somnolence diurne, baisse de la concentration et parfois dépression modérée.

Les épisodes maniaques sont parfois déclenchés chez les patients bipolaires par la privation de sommeil.

Les décompensations psychiatriques

Les voyageurs présentant des pathologies psychiatriques stabilisées peuvent « décompenser » au cours de leur voyage. Ils sont alors mis (à tort) dans la catégorie des *voyageurs pathologiques* (voyages motivés par un délire) alors qu'ils sont parfois plus prudents qu'un voyageur qui ne connaît pas ses limites, comme nous le verrons dans le cadre du *voyage pathogène*.

Ils pourront ainsi présenter des symptômes (au même titre que les autres voyageurs) dès l'arrivée (choc culturel, jet lag...) ou au cours de leur séjour, parfois suite à l'arrêt de leur traitement, soit de manière volontaire (fenêtre thérapeutique...), soit de manière involontaire (médicaments non disponibles, négation de la pathologie)...

On peut également regrouper dans cette catégorie le voyage thérapeutique : le patient attend du déplacement une amélioration des troubles dont il souffre, comme le voyage dans les pays ensoleillés l'hiver pour échapper à une dépression saisonnière (il était fréquent de soigner ainsi sa mélancolie au début du XIX^e siècle).

Les troubles psychiatriques déclenchés par les médicaments

De nombreuses molécules ont des effets adverses pourvoyeurs de manifestations psychiatriques comme la méfloquine (le Lariam[®] est utilisé dans la prévention du paludisme), qui peut être à l'origine de troubles anxieux ou dépressifs voire d'hallucinations... On peut également citer pour mémoire l'interféron, les antiparkinsoniens de synthèse (Artane[®]), les psychotropes (benzodiazépines, barbituriques...).

Dans le cas des patients sous Lithium[®], les changements climatiques peuvent provoquer une variation des taux plasmatiques qui peuvent entraîner soit une inefficacité du traitement (sous-dosage), soit au contraire une intoxication (surdosage).

Le voyage pathologique

Les troubles psychiatriques peuvent être à l'origine du déplacement : le voyage est alors qualifié de pathologique.

La notion de voyage pathologique apparaît pour la 1^{re} fois en 1875 dans un article d'Achille Foville, qui décrit deux types « *d'aliénés migrants* » : les persécutés qui fuient leurs persécuteurs et les mégalomanes qui cherchent une reconnaissance ailleurs.

En 1887, Jean-Martin Charcot décrit l'« *automatisme ambulatoire* » dans certaines formes d'épilepsies temporales, et dans le cadre du *somnambulisme hystérique* (avec déambulations inconscientes et amnésiques). Puis arrive l'ère des *fugues* (voyage conscient chez des personnes ni folles, ni hystériques, ni épileptiques) comme les « *fugues psychasthéniques* » de Raymond et Janet (1889), de la « *dromomanie* » ou tendance impulsive à voyager de Régis (1893), des « *voyages impulsifs* » de Pitres, et enfin des « *fugues hébéphréniques* » de Krapelin qui développe le concept de « *démence précoce* » (la future schizophrénie).

En 1914, Briand et Morel opposent « *voyage pathologique* » (symptomatique d'un état délirant) et « *fugues* » (souvent réactionnelles) dues à des troubles de la personnalité ou à l'épilepsie (avec troubles de la conscience et impulsivité).

Plus tard au XX^e siècle, Caroli et Massé (1981) gardent cette distinction.

Avec la démocratisation des voyages au long court, le voyage devient « *pathogène* » : apparition de troubles psychiques chez des personnes sans antécédent en des lieux chargés de sens pour la culture d'origine : syndrome de Stendhal, de Jérusalem, ou Indien...

Dans les classifications internationales des

maladies mentales (la CIM 10 de l'OMS) et du DSM IV, le voyage pathologique n'existe pas encore en tant que tel : on ne retrouve que « *la fugue dissociative, non due à des toxiques, avec départ soudain et confusion d'identité* » (F44-1) et « *les troubles des conduites chez l'enfant* » (F9).

Dans la pratique, on étend abusivement la notion de voyage pathologique à toute personne qui a des antécédents psychiatriques et qui présente des troubles psychiques au cours d'un déplacement.

Abus de substances, troubles addictifs et voyage

La drogue a toujours été associée au voyage : ne parle-t-on pas de « trip » pour qualifier ces expériences ? Ainsi celles de Moreau de Tour avec le haschich au XIX^e siècle et des hippies dans les années 1970. À l'époque coloniale, l'alcool pour lutter contre la nostalgie est un cliché de la vie sous les tropiques, mais les troubles addictifs sont le plus souvent antérieurs au départ et peuvent faire écran à des pathologies psychiatriques sous-jacentes.

Les voyages à la recherche de toxiques (en Inde et en Thaïlande pour les opiacés dans les années 1970) ont nettement diminué avec la mise en place des traitements de substitution des opiacés (TSO). Ils sont encore fréquents au Maroc et en Asie pour le cannabis, en Colombie pour la cocaïne et peuvent poser des problèmes légaux (détenion, trafic...).

Les patients stabilisés sous TSO (la méthadone ou le subutex) pourront rencontrer des problèmes en cas de perte ou d'insuffisance de traitement.

Plus récents sont les « voyages chamaniques » avec usage d'hallucinogènes comme l'iboga en Afrique ou l'ayahuasca en Amérique du Sud qui peuvent déclencher des pharmacopsychoses, mode d'entrée possible dans une pathologie chronique.

Sur les vols long-courriers, les fumeurs pourront bénéficier de substituts nicotiques pour éviter les troubles dus au sevrage : irritabilité, agressivité...

De même, les personnes dépendantes de l'alcool peuvent présenter un syndrome de sevrage à l'arrivée dans un pays où ce produit est prohibé.

Le voyage pathogène

Le voyage, comme tout événement de vie stressant, peut être à l'origine de troubles psychiatriques, que ce soit une anxiété massive, des attaques de panique, un sentiment de dépersonnalisation, de déréalisation, des

idées de référence, un vécu persécutif, des hallucinations...

Ces symptômes déclenchés par le voyage, survenant chez une personne sans antécédent psychiatrique et sans prise de drogue sont alors qualifiés de pathogènes. Ils régressent habituellement après le retour dans le milieu habituel.

Certains lieux sont plus propices à ce « syndrome du voyageur » car plus investis par la culture d'origine. Ainsi l'axe oriental pour les Occidentaux sur les traces de Marco Polo (et de la route des Indes), des croisés (syndrome de Jérusalem), du grand tour en Italie (syndrome de Florence), mais aussi à la recherche du paradis perdu : syndrome des îles ou insulaire.

Pour les cultures de confession musulmane ce sera La Mecque, pour les hindouistes, Bénarès, pour les Japonais, Paris...

Le syndrome de Jérusalem est un épisode psychotique aigu déclenché par le séjour dans cette ville. Ce délire mystique s'accompagne le plus souvent de troubles du comportement : après s'être purifié et drapé dans une toge blanche, la personne part prêcher l'amour universel. Décrit dans les années 1990 par le Dr Bar-El de l'hôpital Kfar Shaul à Jérusalem, ce délire régresse spontanément après un rapatriement vers le pays d'origine.

Le syndrome de Stendhal (ou de Florence) a été décrit par le Dr Graziella Magherini de l'hôpital Santa Maria Nuova de Florence dans les années 1990.

Il touche les touristes d'origine occidentale qui sont pris d'un vertige avec extase ou angoisse face à la beauté des œuvres d'art, comme Stendhal lors de sa visite de l'église de Santa Croce à Florence.

Le syndrome indien a été décrit dans les années 1980 par les psychiatres en poste à l'ambassade de France en Inde. Les troubles ont d'abord été mis sur le compte des prises de drogue ou sur le fait que ce pays attirait les psychotiques. Cette bouffée délirante apparaît après un séjour de quelques semaines en Inde avec des mécanismes interprétatifs, hallucinatoires, à thématique persécutive, mystique...

Le syndrome des Japonais à Paris a été décrit par le Dr Ota à la fin des années 1980. Déçus par la culture française qu'ils avaient idéalisée³ et des codes culturels opposés, les voyageurs nippons présentent un vécu d'hostilité qui peut déboucher sur un tableau de bouffée

délirante avec des idées de persécution, des hallucinations...

Le syndrome des îles ou insulaire (d'Hawaï, de Tahiti, de La Réunion, de Mayotte...). Après une lune de miel pouvant aller de quelques semaines à quelques mois, la personne se retrouve « prisonnière » de son fantasme insulaire avec : sentiment d'enfermement, anxiété, vécu dépressif, idées de référence, vécu persécutif⁴. Certains tentent d'échapper à ce malaise par les toxiques (alcool, cannabis...), d'autres par les aventures sexuelles (maison du jour de Gauguin...) ou par un surinvestissement de leur travail.

Le syndrome d'Ulysse concerne le retour des expatriés et les difficultés qu'ils rencontrent pour se réadapter à leur culture d'origine. Tout comme dans le mythe d'Ulysse on retrouve : la punition, l'interdiction du retour et le sentiment d'être étranger en des lieux en d'autres temps si familiers. S'ensuivent une période dépressive et un travail de deuil pour retrouver une place qui n'existe plus dans son propre pays : la tentation est alors grande de repartir.

En conclusion

Toutes les pathologies psychiatriques peuvent se trouver exacerbées ou se déclencher sous l'effet du stress que représente le voyage.

Vu l'augmentation toujours croissante des mouvements de populations, il faut être vigilant face à cette problématique car le nombre de personnes victimes du « syndrome du voyage » ne peut qu'augmenter.

Le retour anticipé, voire le rapatriement en cas de troubles avérés, est un acte thérapeutique qui doit se faire dans de bonnes conditions avec participation active du patient. Se réappropriant ainsi le voyage du retour, il transforme ce vécu en expérience initiatique. ✨

Bibliographie

1. Airault R. « Fous de l'Inde, délires d'occidentaux et sentiment océanique ». Paris : Petite bibliothèque Payot, 2002.
2. Bar-El I., Durst R., Katz G. et al. « The Jerusalem syndrome ». *British journal of psychiatry*, 176, 86-90. 2000.
3. Bouvier N. *L'Usage du monde*. Paris : Payot, 2001.
4. Caroli F. Masse G. « La notion de voyage pathologique ». *Annales médico-psychologiques*. 1981, 139, 7 ; 828-832.
5. Foville A. « Les aliénés voyageurs ou migrants. Étude clinique de certains cas de lipémanie ». *Annales médico-psychologiques*. 1875, 5 ; 5-45.
6. Freud S. « Un trouble de mémoire sur l'Acropole, Lettre à Romain Rolland ». *Revue française de psychanalyse*. 1977, 3, XLI ; 407-414.
7. Magherini G. *Le Syndrome de Stendhal*. 1990.
8. Ota H. « Voyages et déplacements pathologiques des Japonais vers la France ». *Nervure*, 1988, 6 ; 12-16.

3. Ils s'attendent par exemple à retrouver l'ambiance artistique des Années folles de Montparnasse.

4. Comme dans la série anglaise des années 1960 *Le Prisonnier*.